

Master 2 Sciences de l'éducation

Parcours Promotion et Education à la Santé

Année universitaire 2019-2020

MEMOIRE

La région Auvergne-Rhône-Alpes face à la pandémie de la COVID-19:

Retour d'expérience des professionnels de santé

prenant en charge des personnes âgées.

**Compréhension des changements organisationnels du système de soins et acceptation
des professionnels de santé.**

Nom de naissance et d'usage : GAULIER

Prénom : Chloé, Pauline

Numéro d'étudiante : 2148034

Sous la direction de: M. SIMEONE Arnaud

Etablissement de rattachement : Université Lumière Lyon 2 - ISPEF

Avec clause de confidentialité

Sans clause de confidentialité

Remerciements

Je tiens à commencer ce mémoire en remerciant toutes les personnes qui ont contribué à la rédaction de ce mémoire et à mon cursus pédagogique à l'Université Lumière, Lyon II.

Je remercie Mme BARTH Nathalie, chef de projet et ma tutrice de stage au Gérontopôle AURA, pour sa bienveillance, son expertise, et sa patience. Elle a toujours su se montrer disponible et ses conseils m'ont été d'une grande aide dans l'élaboration de cette recherche.

Je voudrais adresser mes plus grands remerciements à M. SIMEONE, mon directeur de mémoire, et responsable de l'ISPEF du parcours M2 Promotion et éducation à la santé, pour sa réactivité, ses précieux conseils, sa bienveillance, ses encouragements, sa pédagogie et son humour débordant.

Je remercie Mme DORIER Solène, chargée de projet au Gérontopôle AURA, pour ses conseils judicieux, sa réactivité et ses relectures.

Merci à l'ensemble de l'équipe du Gérontopôle AURA et de La Chaire Santé des Aînés-Ingénierie de la Prévention (Université Jean Monnet, Saint-Etienne) et de ses stagiaires pour leur soutien, leur motivation et leur contribution à l'élaboration de cette recherche.

Je rajoute une mention spéciale pour remercier plus particulièrement M. RABIER Sébastien, pour son aide en statistiques et Mme DUPRE Caroline, statisticienne à La Chaire Santé des Aînés- Ingénierie de la Prévention (Université Jean Monnet, Saint-Etienne) pour m'avoir appris à me servir du logiciel Lime-survey et pour sa disponibilité lors de l'élaboration de mon questionnaire.

Je tiens à remercier l'ensemble des professeurs de l'Université Lumière Lyon II, pour avoir partagé leurs connaissances et leurs expériences. Je remercie plus particulièrement M. FRANCHET Henri, professeur de Démarche en Santé Communautaire à l'Université Claude Bernard, Lyon I qui, par son savoir-faire et sa pédagogie, est certainement le professeur m'ayant donné le plus goût à travailler dans le domaine de la promotion et l'éducation à la santé. Ma motivation à obtenir ce diplôme me vient en partie de vos cours.

A tous les étudiants de la promotion du Master de Sciences de l'Education, promotion et éducation à la santé (2018-2020) pour ses années de soutien mutuel, de travaux de groupe et de rigolades.

Je tiens à témoigner toute ma reconnaissance à M. BONGUE Bienvenu pour m'avoir partagé ses contacts et aux 482 professionnels de santé qui m'ont accordé de leur temps précieux pour participer à cette recherche.

Enfin, je remercie ma formidable maman et mes frères pour leur corrections et leurs encouragements sans faille.

Table des matières

Remerciements	2
Table des matières	3
Introduction	7
Cadrage contextuel :	10
1. Pandémie de la COVID-19	10
1.1. Qu'est-ce que la COVID-19 ?	10
1.2. Les symptômes de la maladie :	10
1. 3. Une transmission principalement par contacts rapprochés :	11
1.4. Populations touchées :	13
	14
2. Lutter contre les situations sanitaires exceptionnelles en France : Zoom sur la COVID-19	16
2.1. Qu'est-ce qu'une situation sanitaire exceptionnelle ?	16
2.2. La gestion des alertes et des crises sanitaires en France	16
2.2.1. L'organisation de l'offre de soins en situations sanitaires exceptionnelles	17
2.2.1.1 Le schéma ORSAN (Organisation de la réponse du système sanitaire)	17
2.2.1.1.1 Le Plan « ORSAN REB », un volet spécialement conçu pour lutter contre la COVID-19	19
2.2.1.2. Le schéma ORSEC (Organisation de la sécurité civile)	21
Cadrage conceptuel	23
3. Définitions et typologies des changements	23
4. Le processus du changement selon Kurt Lewin	24
4.1. La dynamique de groupe, un facteur d'influence de l'acceptation du changement	24
4.2. Les différentes étapes du changement : « Unfreeze, Change, Refreeze model »	26
5. Qu'est-ce que l'acceptabilité et l'acceptation ?	28
5.1. L'acceptabilité selon Jakob Nielsen (1993)	28
5.2. Le modèle TAM et les facteurs prédictifs de l'intention comportementale (Davis, 1989)	29
5.3. L'UTAUT et l'UTAUT-2, des modèles explicatifs et prédictifs de l'acceptation	30
6. Méthode	33
6.1. Ce qui a été fait en amont :	33
6.1.1. Des entretiens exploratoires	33
6.1.2. Le comité d'éthique	35
6.2. Recherche qualitative	36
6.2.1. Population	37
6.2.2. Le guide d'entretien semi-directif	38
6.2.3. Recrutement des participants et passation des entretiens	41
6.3. Recherche quantitative	42
6.3.1. Population	42

6.3.2. Le questionnaire	43
4.3.3. Recrutement des participants et passation des questionnaires	48
7. Méthodes d'analyses et résultats : Partie qualitative.....	49
7.1. Méthode d'analyse des entretiens semi-directifs :	49
7.2. Résultats	50
7.2.1. Données socio-démographiques :.....	51
7.2.2. Implication dans la crise sanitaire :	51
7.2.3 Organisation sanitaire pendant la pandémie de la COVID-19	51
7.2.3.1. La gestion des visites :	52
7.2.3.2. Les gestes barrières	54
7.2.3.3. La gestion du personnel :	55
7.2.3.4. La gestion du matériel.....	57
7.2.3.5. La gestion des consultations médicales – afflux de patient :.....	58
7.2.3.6. La modification des services	60
7.2.3.7 Les dépistages.....	61
7.2.4. Prise en charge des patients COVID :	62
7.2.5. Prise en charge des patients Non-COVID :	67
7.2.6. Ressentis globaux.....	71
7.3. Synthèse des résultats.....	73
8. Méthode d'analyse et résultats : Partie quantitative.....	74
8.1 Méthode d'analyse des questionnaires	74
8.2. Résultats	75
8.2.1. Données socio-démographiques :.....	75
8.2.2. Partie 1 : Compréhension de l'ampleur, de la nature et de la qualité perçue des changements organisationnels	76
8.2.2.1. Partie 1 Echantillon A : les professionnels médicaux hospitaliers et d'établissements de santé	76
8.2.2.2. Partie 1 Echantillon : les professionnels paramédicaux hospitaliers et d'établissements de Santé	80
8.2.2.3. Partie 1 Echantillon C : les professionnels de santé libéraux et/ou à domicile.....	83
8.2.3. Partie 2 : Les cellules psychologiques	87
8.2.4. Partie 3 : Acceptation de la gestion de crise sanitaire.....	87
9. Discussion :.....	91
Bibliographie :	100
Glossaire des abréviations	119
Annexes :.....	120

Annexe 1 : Tableau représentatif des situations à traiter par le plan ORSAN et volets correspondants, (Ministère des affaires sociales de la santé et des droits des femmes et Direction générale de la santé (DGS), 2014)	120
Annexe 2 : Schématisation du processus de classement des patients, (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020)	121
Annexe 3 :Figure représentative des zones de défense et de sécurité, (Nahon et Michaloux, 2016).	122
Annexe 4 : Schématisation de la Théorie de l'action raisonnée (Ajzen et Fishbein, 1980)	122
Annexe 5 : Guide d'entretien, gériatres utilisant la Hotline– COVID-19	123
Annexe 6: Page de garde du dossier pour avis à la commission recherche.....	124
Annexe 7: Résumé du projet « ARECOVID » : comité d'éthique	125
Annexe 8 : Notice d'information à destination des professionnels de santé du GHT de la Loire et des Médecins traitants de la Loire.....	129
Annexe 9 : Avis favorable du comité d'éthique pour le projet « ARECOVID »	131
Annexe 10 : Tableau récapitulatif des participants aux entretiens semi-directifs.....	132
Annexe 11 : Guide d'entretien semi-directif	133
Annexe 12 : Exemple de courriel de recrutement des participants : partie qualitative	136
Annexe 13 : Tableau récapitulatif des professions des participants au questionnaire	136
Annexe 14 : Tableau récapitulatif des lieux d'exercice des participants au questionnaire	136
Annexe 15 : Tableau récapitulatif des départements d'exercice des participants au questionnaire.	137
Annexe 16 : Schématisation de la structure du questionnaire	138
Annexe 17 : Le questionnaire	139
Données socio-démographiques 1 :	139
Partie 1 – échantillon A (professionnels médicaux exerçant en établissement):	140
Partie 1 – échantillon B :	143
Partie 1 – échantillon C:	145
Partie 2 – échantillons A et B (professionnels médicaux et paramédicaux qui travaillent en établissement)	148
Partie 2, échantillon C :	149
Partie 3:	150
Données socio-démographiques 2 :.....	153
Annexe 18 : Affiche de diffusion du questionnaire	156
Annexe 19 : Tableau thématique du guide d'entretien	157
Annexe 20 : Retranscription de l'entretien semi-directif entre l'enquêteur et le sujet.....	158
Annexe 21 : Les différentes étapes du codage.....	169
Annexe 22 : Diagramme hiérarchique des nœuds	178
Annexe 23 : Résultats quantitatifs de la partie 1A :	178
Annexe 24 : Résultats quantitatifs de la partie 1B	186
Annexe 25: Résultats quantitatifs de la partie 1C	195
Annexe 26 : Résultats quantitatifs de la partie 2.....	205

Annexe 27 : Résultats quantitatifs de la partie 3.....	206
Annexe 28 : Résultats d'acceptance de la partie 3:.....	214

Introduction

« Nous sommes en guerre, en guerre sanitaire, certes. Nous ne luttons ni contre une armée, ni contre une autre nation. Mais l'ennemi est là, invisible, insaisissable, qui progresse. Et cela requiert notre mobilisation générale » (Macron, 2020).

Ces mots cités par le Président de la République Française le 16 mars 2020 démontrent la gravité de l'apparition d'un nouvel ennemi auquel le monde doit actuellement faire face. Il s'agit d'un nouveau coronavirus appelé SARS-CoV-2. Cette maladie, nommée la COVID-19 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), a été identifiée premièrement en Chine, en janvier 2020 puis s'est progressivement propagée dans les autres pays (Gouvernement, 2020). Depuis le 11 mars 2020, l'OMS a officiellement qualifié la situation sanitaire mondiale de « pandémie », ce qui signifie que l'épidémie de la COVID-19 est à présent une urgence de Santé Publique internationale (Organisation Mondiale de la Santé, 2020).

En tant qu'étudiante en Master 2 des Sciences de l'Education, Promotion et Education à la Santé, c'est à cette même période que j'effectuais mon stage de fin d'études au sein de l'infrastructure du Gérontopôle AURA (Région Auvergne-Rhône-Alpes), permis par les financements du centre d'ingénierie en santé (CIS) de l'Ecole des Mines de Saint-Etienne.

Le Gérontopôle AURA a pour missions le développement de la recherche, le partage d'expérience et l'innovation dans le champ du vieillissement (Ville de Saint-Etienne, 2020). Le CIS, lui, compte, parmi ses travaux, l'ingénierie des structures de soin et des systèmes de santé (École des Mines de Saint-Étienne, 2020).

Dans cette visée, l'objectif initial de mon stage était d'effectuer une étude d'acceptabilité d'une innovation technologique d'activité physique adaptée auprès des personnes âgées en établissement. En raison de la situation exceptionnelle, ce projet appelé « Activ'Senior System » n'a malheureusement pas pu aboutir.

Dès lors que cette étude a dû être suspendue, le Gérontopôle AURA, en partenariat avec la Chaire santé des Aînés – Ingénierie de la Prévention (Université Jean Monnet, Saint-Etienne) et l'école des Mines de Saint-Etienne, a souhaité répondre à l'appel d'offre de l'ANR flash (Agence Nationale de la Recherche, 2020). L'un des objectifs de cet appel d'offre était d'effectuer une recherche en sciences humaines et sociales sur l'organisation des soins, des politiques de santé et de l'acceptation des décisions prises en temps de COVID-19. A cet objectif s'ajoutait une compréhension des représentations, des perceptions, des attitudes et des comportements résultant de l'épidémie.

Dans ce contexte, le CIS souhaitait effectuer des recherches de terrain afin d'élaborer un outil d'aide à la décision à destination des professionnels de santé en temps de crise épidémique. C'est alors que mes missions de stage se sont réorientées vers le projet « ARECOVID », une étude qualitative et quantitative des représentations, avis et expériences des professionnels de santé et des personnes âgées

face à l’organisation sanitaire due à la pandémie de la COVID-19. J’ai été missionnée sur le volet « professionnels de santé ».

L’étude qui sera présentée dans ce mémoire débutera par un apport théorique contextualisant la pandémie de la COVID-19 et la réponse du système de soins Français face à une telle situation. Puis nous ferons un aperçu de la littérature en détaillant différents concepts en lien avec les changements. Par ces recherches, nous verrons en quoi le recueil des représentations, avis et expériences des professionnels de santé est pertinent en cas de situation sanitaire exceptionnelle. Dans une partie méthodologique, nous expliquerons les différentes étapes de notre étude sociologique. Enfin, nous tenterons d’analyser et d’interpréter les résultats obtenus en les comparant avec des études récemment publiées sur notre thématique.

Sujet 9 : « Oui, je crois que c'est une bonne anticipation parce qu'on peut voir les hôpitaux de l'Est qui ont pris la vague en pleine gueule parce qu'on avait pas beaucoup tenu compte des alertes italiennes ou encore moins chinoises, on s'était dit que « c'était pour eux, ils ont un système pourris, ils savent pas faire, quand ça sera chez nous vous verrez ». Et finalement on s'est pris vraiment la vague de front et on a commencé à se dire « attends, c'est fini on arrête toute activité de bloc opératoire, on monte des réanimations partout et on envoie les gens se reposer pour qu'ils puissent être opérationnels le jour où on a besoin d'eux ».

Cadrage contextuel :

1. Pandémie de la COVID-19

1.1. Qu'est-ce que la COVID-19 ?

Le « coronavirus », la « COVID-19 », « le SARS-CoV-2 », tant d'appellations pour désigner une seule et même maladie de fin 2019 à aujourd'hui. Le 31 décembre 2019, dans la province de Hubei en Chine, lorsqu'un groupe de cas de pneumonie est signalé par la commission sanitaire municipale de Wuhan. Un nouveau coronavirus est alors identifié. A cet instant, aucun décès n'est encore recensé (Organisation Mondiale de la Santé, 2020).

Les coronavirus représentent une importante famille de virus infectant principalement les animaux, provoquant par la suite, des infections chez l'Homme.

Ceux-ci engendrent des conséquences plus ou moins importantes pouvant aller d'un simple rhume ou des syndromes grippaux bénins à des pathologies plus sévères telles que de fortes détresses respiratoires. D'après Santé Publique France, deux de ces coronavirus ont entraîné des épidémies graves chez les humains dont le SRAS-CoV (Syndrome Respiratoire Aigu Sévère-Coronavirus) en 2002 et 2003, et le MERS-CoV (Middle East Respiratory Syndrome-Coronavirus) présent depuis 2012 (Santé Publique France, 2020b). Le nouveau coronavirus dont nous parlons partagerait 80% de son génome avec le virus du SARS-CoV, d'où son appellation SARS-CoV-2 par le Comité international de taxonomie des virus (ICTV), (International Committee on Taxonomy of Viruses (ICTV), 2020 ; Juckel et al., 2020). Similairement aux autres coronavirus, la COVID-19 aurait une provenance animale (Santé Publique France, 2020).

Deux caractéristiques de la COVID-19 ont retenu l'attention du gouvernement et témoignent de la gravité de cette pathologie (Gouvernement, 2020) :

- Le virus est très contagieux. En effet, en l'absence de mesures de protections, chaque personne infectée contaminerait au moins trois autres individus.
- Chez certains individus, l'infection est silencieuse (ou asymptomatique). Toutefois, l'individu reste contagieux

A ce jour, même si de nombreuses pistes thérapeutiques ont été explorées pour lutter contre les coronavirus, aucun vaccin ni traitement antiviral efficace n'a été découvert (Juckel et al., 2020).

1.2. Les symptômes de la maladie :

La maladie de la COVID-19 peut se manifester par la présence de symptômes multiples (Santé Publique France, 2020) :

- Toux, éternuements, vomissements
- Fièvre ou sensation de fièvre (chaud-froid, frissons)

- Céphalées, courbatures ou une fatigue anormale
- Anosmie (perte de l'odorat) sans obstruction nasale, agueusie (perte du goût) ou diarrhées
- Difficultés respiratoires pouvant entraîner une hospitalisation en réanimation voire le décès du malade

D'autres symptômes plus ou moins difficiles à déceler sont cités dans de récentes études tels que l'hypoxémie (la diminution de la quantité d'oxygène transportée dans le sang), l'insuffisance cardiaque aigue, l'hémoptysie (rejet de sang lors de la toux), la production de crachats, l'opacité pulmonaire ou encore la présence du virus dans le sang du patient (Lei et al., 2020).

La période entre la contamination et l'apparition des premiers signes de la maladie de la COVID-19 est généralement de 3 à 5 jours, mais cette durée d'incubation peut s'étendre jusqu'à deux semaines, soit 14 jours (Santé Publique France, 2020). Les données quant à ce temps d'incubation ne semblent pas arbitraires. Dans les résultats de leur étude, Li et al ont fixé ce temps d'incubation à approximativement 5.2 jours (Li et al., 2020).

Aujourd'hui, de nombreuses études témoignent de la présence non-négligeable d'infections asymptomatiques à la COVID-19 (Gudbjartsson et al., 2020 ; Mizumoto et al., 2020 ; Nishiura et al., 2020). Alors qu'entre décembre 2019 et février 2020, une étude effectuée sur 72 314 patients en Chine montrait une proportion de 1,2% de cas positifs ne présentant pas de symptômes (The Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team, 2020), désormais, nous savons que ces chiffres sont bien plus élevés puisqu'ils représentent près d'un quart des infections (Santé Publique France, 2020b).

1. 3. Une transmission principalement par contacts rapprochés :

Afin de mieux comprendre cette maladie, il semble intéressant de se questionner sur sa transmission. Comme nous avons pu le voir, le virus SARS-CoV-2 est un virus d'origine animal. Il a d'ailleurs été suggéré que les premières affections de cas humains ont eu lieu lors d'une exposition des victimes au marché d'animaux marins de la ville de Wuhan (Chine), (Rothan et Byrareddy, 2020).

Le 31 décembre 2019, un premier patient est hospitalisé pour des difficultés respiratoires sévères (Organisation Mondiale de la Santé, 2020). Dans un premier temps, le diagnostic portait sur une pneumonie sévère. Très vite, un lien est fait avec le coronavirus. En effet, le patient a commencé à être malade suite à la consommation de fruits de mers sur le marché de Wuhan dont nous avons évoqué précédemment. Après analyse de la situation, du 18 au 29 décembre 2019, cinq patients ont été pris en charge par les services d'urgence avec des syndromes de détresse respiratoire importants. L'un d'entre eux est décédé suite à cette maladie. Il s'agit alors du premier cas de décès lié au virus de la COVID-19.

Progressivement, le nombre de cas a augmenté. Au 2 janvier 2020, 41 patients avaient été hospitalisés et diagnostiqués positifs : L'épidémie commençait (Rothan et Byrareddy, 2020).

Etant donné le caractère inédit et l'apparition soudaine de la mutation de ce virus, les connaissances restent limitées (Santé Publique France, 2020). Pour autant, nous savons désormais comment se transmet la maladie d'humain à humain.

La COVID-19 se transmet par ce qu'on appelle les gouttelettes.

Les gouttelettes représentent l'ensemble des sécrétions visibles ou non, que nous projetons lors d'un éternuement, en toussant ou encore lors d'une discussion. Les gouttelettes visibles sont communément nommées des postillons. Toutefois, la plupart des gouttelettes que nous produisons sont invisibles, (Gouvernement, 2020b; Santé Publique France, 2020b)

D'après le gouvernement français et Santé Publique France, le principal mode de transmission de la maladie se fait lors de contacts rapprochés avec un individu malade. Cette personne pouvant être un collègue ou encore un membre de la famille. En l'absence de mesure de protections, un contact direct à moins d'un mètre de la personne atteinte est susceptible de nous contaminer également.

La projection de gouttelettes par un individu pathogène (malade), est l'une des principales causes de la transmissions du virus. L'inhalation de ces gouttelettes par un individu sain engendre la maladie. Si un individu non-malade entre en contact physique direct avec un autre individu malade (poignée de main, embrassade ou encore accolade), et si ce même individu sain porte ensuite ses mains à la bouche ou à ses yeux, le virus peut être à nouveau transmis.

Enfin, il est possible de transmettre le virus par contact indirect, notamment lorsque des surfaces ou objets sont contaminés par un individu porteur de la maladie. A nouveau, si le sujet non-malade touche ces surfaces ou manipule ces objets et porte ensuite ses mains à sa bouche ou à ses yeux, il est susceptible de contracter le SARS-CoV-2. Notons que le virus ne reste que quelques heures sur ces surfaces et n'est plus contagieux après ce lapse de temps (Gouvernement, 2020b; Santé Publique France, 2020b). Santé Publique France affirme que 50% des transmissions interhumaines se font durant la phase pré-symptomatique des individus contaminés, rendant la transmission d'autant plus inquiétante, (Institut national de Recherche et de Sécurité, 2020; Santé Publique France, 2020b).

A ce jour, il n'a pas été rapporté la possibilité d'une transmission de la maladie par l'eau ni par l'air, pour autant, le déplacement des gouttelettes dans l'air sont à prendre en considération. Ces dernières peuvent atteindre une distance d'un mètre. A ce jour, il n'existe pas de données affirmant la propagation de la maladie par le biais des moustiques ou encore des animaux domestiques. Pour autant, il est possible que le virus stagne quelques heures sur le pelage d'un animal préalablement contaminé par un individu malade (Institut national de Recherche et de Sécurité, 2020; Santé Publique France, 2020b).

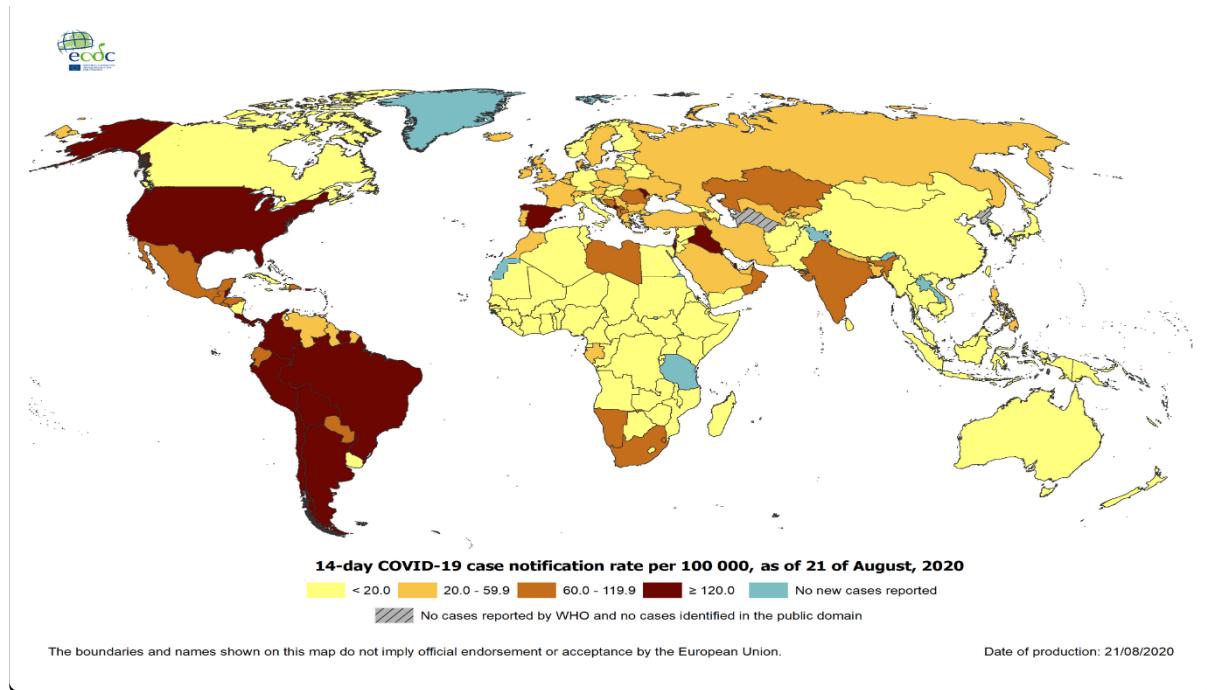
1.4. Populations touchées :

La maladie de la COVID-19 a été qualifiée de pandémie mondiale rapidement. En effet, à dater du 11 mars 2020, la prévalence du virus s'élevait à plus de 100 000 personnes (Organisation Mondiale de la Santé, 2020c).

Sur l'ensemble du globe, du 31 décembre 2019 au 21 août 2020, le nombre de personnes ayant été contaminées par le virus SARS-CoV-2 s'élève à 22 431 929 dont 1 981 994 en Europe. Le nombre de décès sous-jacents est de 787 773 morts dans le monde dont 180 231 sur le continent Européen. Ces chiffres rendent compte de la vitesse importante de propagation du virus ainsi que sa gravité (European Centre for Disease Prevention and Control, 2020 ; Santé Publique France, 2020a)

La carte ci-dessous nous montre l'ensemble des pays touchés par la pandémie au 21/08/2020

Carte 1: Répartition géographique du nombre cumulé de 14 jours de COVID-19 cas déclarés pour 100 000 habitants, dans le monde, au 21 août 2020 (European Centre for Disease Prevention and Control, 2020)

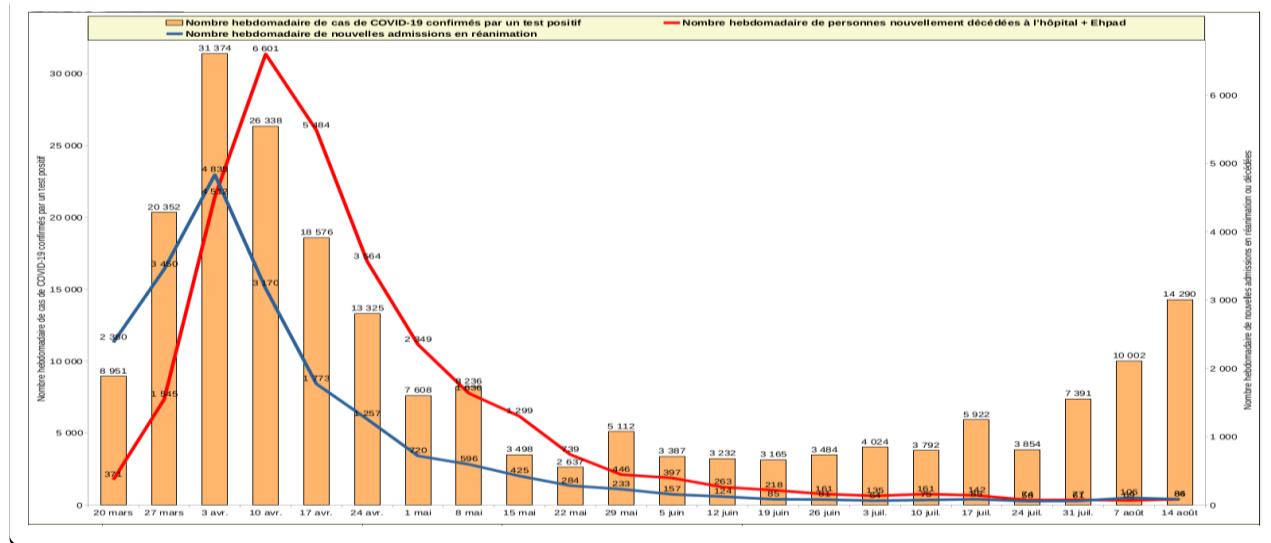


Le 24 janvier, les trois premiers cas de COVID-19 sont apparus en France. Dans notre pays, le 21 Août 2020, le nombre cumulé de personnes diagnostiquées positives était de 211 225 avec un total de 30 334 décès. Notre pays était alors classé 29ème parmi les territoires les plus touchés, (Organisation Mondiale de la Santé, 2020b).

Comme nous pouvons le voir sur le graphique 1, en France, la période de mars à juin 2020 est celle où la prolifération du virus SARS-CoV-2, le nombre d'hospitalisations en réanimations et le nombre de décès sont les plus élevés. Il est nécessaire de le préciser puisque l'étude qui a été menée dans le cadre de ce mémoire s'est faite à cette même période. Nous étions à ce moment-là dans un

contexte épidémique très présent sur le territoire, avec une augmentation significative de nouveaux cas, d'hospitalisations et de décès en mars. On observe par la suite une régression progressive à compter du mois d'avril (République Française, data.gouv.fr, 2020).

Graphique 1: Statistiques sur la pandémie de Coronavirus COVID-19 en France
(République Française, data.gouv.fr, 2020)



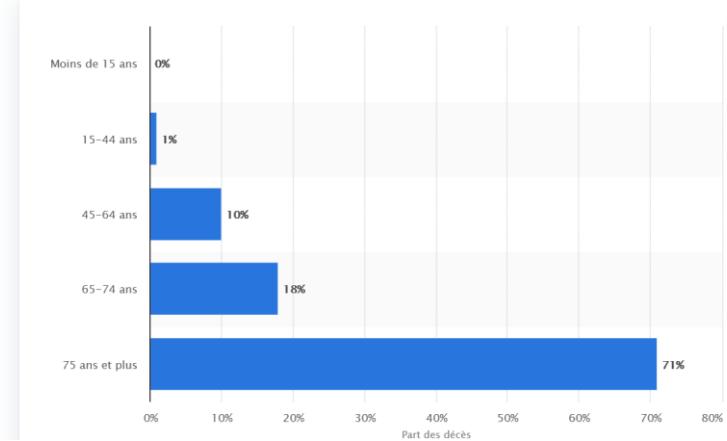
Le projet « ARECOVID » mené par le Gérontopôle AURA s'intéresse particulièrement à la région AURA. Or, selon Santé Publique France, si cette région est l'une des premières à recenser la présence de clusters sur son territoire, la région AURA ne fait pas partie, début avril 2020, des régions de France les plus touchées par l'épidémie. Néanmoins, entre le 2 février et le 5 avril, 7 509 cas se sont avérés positifs au virus SARS-CoV-2 en AURA et 624 établissement sur les 944 de la région ont signalé un ou plusieurs cas de COVID-19 dans leur structure à Santé Publique France. Parmi ces structures, 72% sont des hébergements pour personnes âgées. Ces mêmes données épidémiologiques font état de plus de 1029 décès en lien avec la COVID-19 au sein des structures médico-sociales et des hôpitaux de la région. Il est précisé que cette augmentation importante de mortalité impactera majoritairement les personnes âgées de plus de 65 ans (Santé Publique France et al., 2020a). La progression de l'épidémie est très rapide, en aout 2020 plus d'une quarantaine de nouveaux cas de SARS-CoV-2 en AURA ont été recensés en une semaine. On observe alors une augmentation de 57% de l'incidence en une semaine (Santé Publique France et al., 2020a).

En AURA, deux départements sont en niveau de vulnérabilité modéré. Le Rhône et la Haute-Savoie. Les autres départements ont un niveau de vulnérabilité limité. Même si la maladie semble désormais toucher davantage les populations plus jeunes (les 20 à 30 ans représentent 31,5% des cas), les cas les plus graves sont majoritairement détectés chez les sujets âgés. La région AURA comptent tout de même, depuis le début de l'épidémie, 1 772 décès à l'hôpital liés à la COVID-19 dont 67% des

victimes avaient 80 ans ou plus, ainsi que 1 335 décès en EMS (établissements médico-sociaux), (Santé Publique France et al., 2020b).

Comme le témoignent les communiqués épidémiologiques de la région AURA, ce nouveau coronavirus peut toucher l'ensemble de la population (Santé Publique France et al., 2020a, 2020b). Globalement, 20% des personnes infectées développent une forme grave voire critique de la maladie (Organisation Mondiale de la Santé, 2020e). Pour autant, les autorités sanitaires soulignent que les formes graves de la COVID-19 sont plus fréquentes chez les personnes âgées ainsi que chez les individus ayant déjà une santé fragilisée, peu importe leur âge (Organisation Mondiale de la Santé, 2020b ; Santé Publique France, 2020). Parmi les différentes pathologies préexistantes qui influent sur la sévérité du virus SARS-CoV-2, nous pouvons citer le diabète, l'hypertension, la pneumopathie, le cancer, ou encore les cardiopathies (Organisation Mondiale de la Santé, 2020a). Par ailleurs, le graphique 2 ci-dessous nous confirme ces déclarations puisqu'il témoigne d'un nombre de décès de plus en plus important suivant l'âge des malades. Ainsi, du 1^{er} mars au 12 mai 2020, le taux de décès qui n'était que de 1% chez les moins de 44 ans s'élève à 18% pour les personnes de 65-74 ans, et à 71% pour les individus âgés de plus de 75 ans.

Graphique 2 : Distribution des personnes décédées du coronavirus (COVID-19) en France du 1er mars au 12 mai 2020, selon la tranche d'âge, (Statista, 2020).



Le projet « ARECOVID » s'intéresse à l'organisation sanitaire de la région AURA durant cette pandémie et aux expériences vécues des professionnels de santé de ce même territoire. De ce fait, nous allons en amont tenter de comprendre ce que nous qualifions de « crise sanitaire ». Nous étayerons ensuite les différentes stratégies adoptées en France dans un tel contexte.

2. Lutter contre les situations sanitaires exceptionnelles en France : Zoom sur la COVID-19

2.1. Qu'est-ce qu'une situation sanitaire exceptionnelle ?

Selon le gouvernement, un risque sanitaire se définit comme étant « *un risque immédiat ou à long terme représentant une menace directe pour la santé des populations nécessitant une réponse adaptée du système de santé* », (2020). Nous pouvons notamment citer les risques infectieux tels que la pandémie grippale, l’Ebola ou la COVID-19, qui, pouvant entraîner une contamination, peuvent mettre en danger l’ensemble de la population (Gouvernement, 2020).

Le Ministère des Affaires Sociales de la Santé et des Droits des Femmes ainsi que la Direction Générale de Santé expliquent que la notion de « *situation sanitaire exceptionnelle* » (SSE) est très large. Elle regrouperait tant les problèmes quotidiens de Santé Publique que les répercussions d'une crise sanitaire alarmante. Les SSE engloberaient l'ensemble des contextes entraînant un accroissement de la demande de soins et étant susceptibles d'apporter des modifications dans la gestion de l'offre en santé afin de répondre à cette demande. Ici, la définition des SSE est plus précise. En effet, elle comprend les risques de maladies infectieuses mais concerne également les catastrophes naturelles, les accidents technologiques ou attentats intentionnels. Ce terme a été intégré au Code de la Santé Publique pour faciliter l'adaptation de l'offre de soins selon l'amplitude de la demande, d'un contexte « *habituel* » à une situation de crise. Elle permettrait aux différents acteurs de soins de fournir une réponse opérationnelle à tout moment (Ministère des Affaires Sociales de la Santé et des Droits des Femmes et Direction Générale de la Santé (DGS), 2014 ; Code de la santé publique, Légifrance, 2020).

2.2. La gestion des alertes et des crises sanitaires en France

Suite aux différentes crises sanitaires qui se sont abattues sur le pays au cours de ces dernières années, de nouveaux outils et guides pratiques de l'offre de soins ont vu le jour. Alors qu'initialement le domaine sanitaire s'axait sur des plans interministériels ou ministériels, aujourd'hui, de nouvelles stratégies sont définies pour rendre opérationnels l'ensemble des acteurs de terrain en cas de besoins (Ministère des Affaires Sociales de la Santé et des Droits des Femmes et Direction Générale de la Santé (DGS), 2014). Dans un premier temps a émergé l'élaboration des plans blancs (PB) propres aux établissements de santé territoriaux. Ceux-ci sont généralement conçus conjointement avec les plans blancs élargis départementaux (PBE). Par la suite, des dispositifs ORSAN (Organisation de la réponse du système sanitaire) et ORSEC (Organisation de la sécurité civile), (Ministère des affaires sociales de la santé et des droits des femmes et Direction générale de la santé (DGS), 2014).

L'élaboration de ces stratégies d'offres de soins en contexte sanitaire exceptionnel fait partie des obligations des Agences Régionales de Santé (ARS), (DGS_Anne.M et al., 2020). Ces stratégies s'appuient sur l'implication des ressources sanitaires mises à disposition. Les ressources sanitaires englobent les établissements médico-sociaux et de santé, les professionnels de santé libéraux et la réserve sanitaire

(Ministère des affaires sociales de la santé et des droits des femmes et Direction générale de la santé (DGS), 2014). Dans certains cas, les moyens des établissements de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) sont aussi mobilisés en complément de ressources sanitaires disponibles. Ces moyens, aussi appelés « ressources extérieures » font référence à des centres médicaux ou d'instruction des armées, à des services d'incendie et de secours ainsi qu'à leurs services médicaux, ou encore la médecine du travail (Nahon et Michaloux, 2016). Ces ressources extérieures ne dépendent pas des ARS.

2.2.1. L'organisation de l'offre de soins en situations sanitaires exceptionnelles

2.2.1.1 Le schéma ORSAN (Organisation de la réponse du système sanitaire)

Le schéma ORSAN est le dispositif central de la planification de l'organisation de la réponse du système sanitaire en cas de SSE (Ministère des affaires sociales de la santé et des droits des femmes et Direction générale de la santé (DGS), 2014). Alors qu'avant 2014, les plans blancs étaient les principaux piliers d'actions de réponse du système sanitaire, aujourd'hui le schéma ORSAN permet une amélioration significative de la coordination des différents dispositifs régionaux, incluant les secteurs ambulatoires, médico-sociaux et hospitalier (DGS_Anné.M et al., 2020).

Pour que la réponse donnée par le système de soins soit adaptée, le dispositif ORSAN a pour intérêt d'identifier les besoins et les modifications organisationnelles de l'offre de soins à prévoir tout en réquisitionnant les ressources sanitaires requises présentes dans le territoire.

C'est parce qu'il est essentiel que les acteurs de santé soient opérationnels très rapidement que le schéma ORSAN se doit d'être cohérent avec la structure des soins de tous les jours. De ce fait, cette organisation de la réponse du système sanitaire se base directement sur le schéma d'organisation des soins (SROS) qui se décline lui-même en deux schémas distincts de l'organisation « classiques » : le schéma régional d'organisation des soins (SROS) et le schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS), (Ministère des affaires sociales de la santé et des droits des femmes et Direction générale de la santé (DGS), 2014; Nahon et Michaloux, 2016; République Française et Agence régionale de santé (ARS), 2018).

En plus de recenser les moyens sanitaires régionaux, le schéma ORSAN planifie l'organisation des opérations lors d'une augmentation inhabituelle de la demande de l'offre de soins. Pour ce faire, plusieurs volets du schéma ORSAN existent. Chacun d'entre eux correspond à des stratégies d'adaptation à une situation précise pouvant impacter négativement l'organisation du système de soins. Ces planifications, sous les directives du haut comité régional, permettraient de riposter efficacement face à des scénarios auxquels notre système de soins pourrait être confronté. Pour cela, le dispositif ORSAN permettrait d'atteindre des « *effets à obtenir* » exprimés par le préfet lui-même. Cette notion d'« *effets à obtenir* » définit ce qu'est « *une organisation adaptée des soins* » en prenant en compte les moyens utilisés face aux « *conséquences sanitaires* » d'une conjoncture (Ministère des affaires sociales de la santé et des droits des femmes et Direction générale de la santé (DGS), 2014).

C'est en déterminant en amont la nature des communications et des coordinations entre les différents secteurs médicaux et en prévoyant d'avance les parcours de soins adaptés des patients que le schéma ORSAN participe à la gestion organisationnelle en cas de SSE. Pour illustrer ce dispositif, nous pouvons nous référer à l'activation des plans ORSAN intersectoriels pendant la pandémie de grippe, la gestion d'une crise nucléaire, d'une canicule ou encore l'émergence de la dengue (Ministère des affaires sociales de la santé et des droits des femmes et Direction générale de la santé (DGS), 2014). Le plan ORSAN peut être activé de façon régionale ou zonale selon les raisons de son déploiement.

Pour conclure sur cet outil, celui-ci est composé (Ministère des Affaires Sociales de la Santé et des Droits des Femmes et Direction Générale de la Santé (DGS), 2014) :

- De cinq articulations prévues par cet outil détaillées dans le tableau disponible en annexe 1 (DGS_Anne.M et al., 2020) :
 - o Le volet « ORSAN AMAVI » pour accueillir un nombre important de victimes non contaminées.
 - o Le volet « ORSAN CLIM » pour prendre en charge de nombreux patients victimes de phénomènes climatiques
 - o Le volet « ORSAN EPI-VAC » pour la gestion épidémique ou pandémique présente sur le territoire français et pouvant nécessiter une campagne de vaccination inhabituelle.
 - o Le volet « ORSAN BIO » qui prend en charge un risque biologique connu ou en émergence.
 - o Le volet « ORSAN NRC » si la population est exposée à un risque nucléaire.
- D'une analyse préalable des potentiels besoins de renfort au niveau national ou zonal
- D'un processus permettant un retour à la normale du système de santé
- D'un résumé des besoins de formation et de la priorisation de ceux-ci

Le schéma ORSAN est établi et mis à jour tous les ans par le directeur général de l'ARS avec l'approbation des préfets, des comités de l'aide médicale urgente et de la permanence des soins et des transports sanitaires départementaux (CODAMUPS) ainsi que de l'ARSZ (Agence régionale de santé zonale). C'est à l'ARS de fournir une fiche synthétisant l'outil ORSAN aux préfets départementaux. Enfin, le directeur de l'ARS peut décider de rendre la totalité du volet du plan ORSAN opérationnel ou de se servir que d'une partie de celui-ci selon la situation (Ministère des affaires sociales de la santé et des droits des femmes et Direction générale de la santé (DGS), 2014).

Etant donné l'ampleur prise par la pandémie de la COVID-19, le plan ORSAN a été déclenché par le Ministre des solidarités et de la Santé, M. Olivier Véran le 23 février 2020. Pour autant, la situation

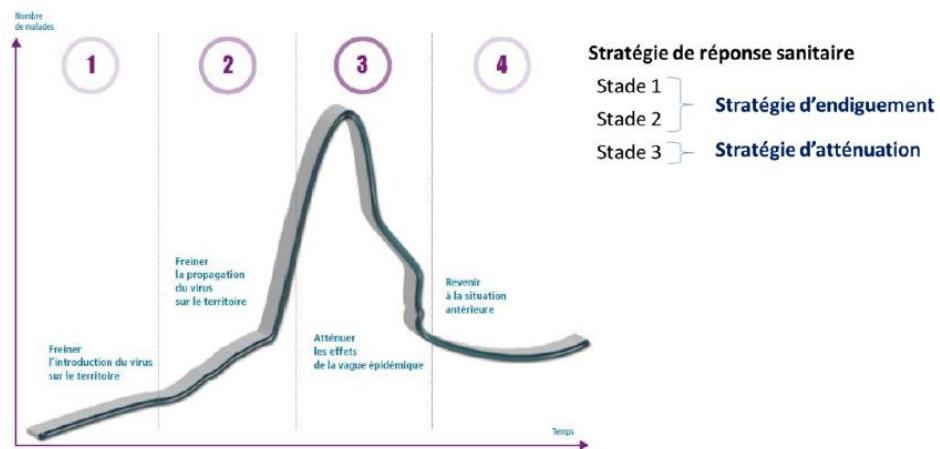
inédite et non-préméditée de cette pandémie a poussé l'Etat français à concevoir un tout nouveau volet du dispositif ORSAN : le plan ORSAN REB. Ce volet, par son caractère récent n'a pas encore été ajouté au guide méthodologique de l'offre de soins en situation sanitaire exceptionnelle (Coordination opérationnelle risque épidémique et biologique, 2019 ; Ministère des affaires sociales de la santé et des droits des femmes et Direction générale de la santé (DGS), 2014).

2.2.1.1.1 Le Plan « ORSAN REB », un volet spécialement conçu pour lutter contre la COVID-19

L'alerte internationale concernant le nouveau Coronavirus « SARS-CoV-2 » a obligé le Ministère des solidarités et de la santé à mobiliser le système de santé français pour que celui-ci puisse se préparer à la propagation imminente de la maladie. Cette mobilisation s'attarde sur la détection et la prise en charge des cas possibles et des cas confirmés. Pour ce faire, les ARS de chaque région ont ajouté à leur plan ORSAN le volet « REB » (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020).

Ce nouvel outil se structure en deux points principaux : La stratégie d'endiguement (stades 1 et 2) et la stratégie d'atténuation (stade 3). Cette organisation graduée permet d'adapter la réponse du système de santé si la situation le nécessite (clarté de la structuration, renforcement des rôles des établissements de première ligne et de la médecine de ville, augmentation des capacités des établissements de première ligne). Les établissements de première ligne, autrement appelés « établissements habilités COVID-19 » sont choisis en fonction de leurs capacités de prise en charge bio-sécurisée (chambres d'isolements, présence permanente d'un infectiologue, capacités de diagnostics de l'agent infectieux et de places en réanimation), (Coordination opérationnelle risque épidémique et biologique, 2019).

Graphique 3: La stratégie de réponse sanitaire du plan ORSAN-REB (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020)



Le stade 1 de la stratégie d'endiguement a pour objectif de freiner l'introduction du virus sur le territoire, le stade 2 lui tente de freiner sa propagation. Le 28 février 2020, le pays est passé au stade 2 de l'épidémie. Ce stade consistait à prendre en charge les patients contaminés et à limiter sa propagation en mettant en place des mesures de protections des malades, des professionnels de santé et des personnes contacts.

Ici, la mobilisation du système de santé a été indispensable pour diagnostiquer les cas et s'occuper des patients possibles et confirmés. Le schéma disponible en annexe 2 résume le processus d'un patient potentiellement infecté. Même si la prise en charge se fait uniquement dans les établissements habilités COVID-19, la médecine de ville et le secteur médico-social sont des acteurs non-négligeables dans la détection des nouveaux cas et dans la préparation à l'atténuation de la propagation de la pandémie en stade 3. Le gouvernement dénonce aussi l'importance de l'implication des différents points d'entrées du virus tels que les aéroports (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020).



Schéma 1: Stade 1 et 2 de la stratégie d'endiguement (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020)

Le 6 mars 2020, M. Véran, Ministre de la Santé annonce le déclenchement des plans blancs pour les hôpitaux et les cliniques et des plans bleus pour les EHPAD (établissements d'hébergements pour les personnes âgées dépendantes) et autres établissements médico-sociaux. Depuis la loi du 9 août 2004 relative à la politique santé publique, tous les établissements doivent disposer d'un tel outil et le revisiter chaque année (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2006). Ces plans permettent d'organiser l'offre de soins lors de SSE. C'est via ces derniers que sont définies les stratégies d'actions. Les points abordés concernent les modalités de déclenchement du plan, la constitution et l'organisation de la cellule de crise, les modalités de communications internes, l'orientation et l'accueil des patients, ou encore les plans de confinements et d'évacuations des établissements concernés. Aussi, à compter de cette date, M. Véran explique qu'il ne sera désormais plus possible de rendre visite aux ainés en établissements médico-social et que les visites aux patients hospitalisés (toutes causes confondues) seront-elles-aussi interdites. A ce même discours a été ajouté la recommandation pour les personnes vulnérables de rester à leur domicile (Gouvernement, 2020a)

Par le biais du discours d'Edouard Philippe, premier ministre français, le gouvernement décrète le passage au stade 3 de lutte contre la pandémie le 14 mars 2020 (Gouvernement, 2020). Ce stade signifie que le virus circule activement sur le territoire. Alors que le stade précédent s'attardait sur une détection et une prise en charge individuelle, désormais, l'Etat Français entre dans une tactique collective. La protection des populations les plus vulnérables, la prise en charge ambulatoire des patients sans gravité et l'admission des patients plus graves en établissements de santé sont de mises. L'ensemble des secteurs de santé sont réquisitionnés. Ils se doivent alors d'agir en fonction de leurs ressources et capacités selon le rôle de chacun des acteurs. Chaque établissement doit pouvoir détecter les cas suspects et mettre en place des mesures d'isolement si nécessaire (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020a) Comme l'indique le Ministère des Solidarités et de la Santé, pour que l'opérationnalité du volet REB soit de qualité, il oblige une mobilisation et une coordination optimale de tous les acteurs du système de santé.

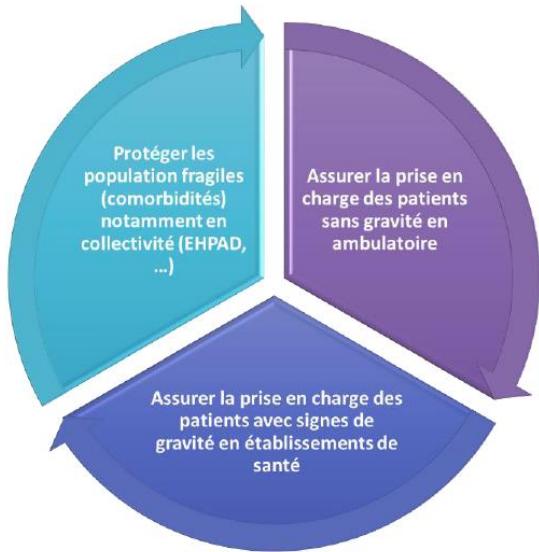


Schéma 2: Stade 3 de la stratégie d'endiguement
(Ministère des Solidarités et de la Santé , 2020)

2.2.1.2. *Le schéma ORSEC (Organisation de la sécurité civile)*

Le plan ORSEC est un dispositif qui a des objectifs différents du schéma ORSAN, pour autant, ces deux articulations sont complémentaires. Elles peuvent être utilisées ensemble ou séparément. Le schéma ORSEC permet d'organiser intersectoriellement la réponse de secours civil en cas de besoins urgents, notamment en ce qui concerne le secours à la personne (Ministère des affaires sociales de la santé et des droits des femmes et Direction générale de la santé (DGS), 2014). Celui-ci n'est mis en vigueur qu'en cas d'ampleur ou de nature particulière de la situation. Il s'agit d'un schéma opérationnel unitaire créé par département sous l'autorité unique du préfet. Pour autant, en cas de besoins, il peut s'élargir aux mers et/ou à la zone dite « de défense et de sécurité » faisant de lui un dispositif ORSEC zonal. Dans ce cas précis, ce sera le préfet de zone qui pilotera les actions. Une carte représentative des zones de défenses et de sécurité est disponible en annexe 3 (Nahon et Michaloux, 2016 ; Code de la sécurité intérieure, Section 1 : Plans Orsec Articles, 2012).

Le plan ORSEC devient opérationnel lors de difficultés sanitaires diverses tels que les catastrophes naturelles et industrielles ou encore les accidents de la route importants (Lumni, 2016).

Le Ministère des affaires sociales de la santé et des droits des femmes et la DGS (Direction générale de la santé) expliquent l'existence de trois champs d'application du dispositif ORSEC (Ministère des affaires sociales de la santé et des droits des femmes et Direction générale de la santé (DGS), 2014) :

- La protection des populations par la gestion de décès massifs, le secours et le soutien à la population et aux nombreuses victimes.
- La préservation des biens et environnement par la sauvegarde des biens mobiliers et immobiliers, la protection du patrimoine culturel du territoire ou l'évacuation des territoires
- La dégradation des fonctionnements de réseaux en approvisionnements d'urgences ainsi qu'en apport d'électricité et d'eau potable.

L'objectif est de permettre aux secours d'intervenir rapidement et de façon organisée dans un contexte prévisible ou non. Pour cela, le préfet, qui est le représentant de l'état dans le département, pilote les équipes d'urgences dont le SAMU, les pompiers, la gendarmerie, la police ou tout autre acteur pouvant être impliqué. Ce plan comprend aussi des équipes, chargées de faire circuler les informations entre les différents intervenants et d'organiser, si besoin, les déplacements sur les routes (Lumni, 2016). C'est pourquoi le préfet du département ou de la zone concerné est aussi chargé de diriger l'ensemble des moyens publics et privés possiblement nécessaires (opérateurs de réseaux, collectivités et associations de sécurité civile, Etat, etc...), (Gouvernement, 2020).

Même si le schéma ci-dessus n'a pas été déclenché lors de la première vague de la pandémie de la COVID-19, il n'en reste pas moins l'un des outils prédominant de l'organisation de réponse en cas de situation sanitaire exceptionnelle. C'est pourquoi il semble important de le notifier lorsque nous parlons de l'organisation de l'offre de soins en France. Aussi, nous pouvons préciser que la mise en opération du plan ORSEC a été réclamée à plusieurs reprises, notamment par l'association Secours Catholique, afin de venir en aide aux personnes sans-abris qui seraient « *confinées dehors, comme des animaux* » (La Croix, 2020 ; Secours Catholique, 2020).

Comme nous avons pu le voir, le contexte actuel a engendré une organisation sanitaire exceptionnelle sur l'ensemble des territoires. Les Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, ainsi que la Direction générale de la santé (DGS) stipulent le caractère essentiel de l'évaluation des réponses aux situations sanitaires exceptionnelles afin de donner lieu à « un processus continu d'amélioration » de celles-ci (Ministère des affaires sociales de la santé et des droits des femmes et Direction générale de la santé (DGS), 2014). C'est dans l'intérêt de nourrir la réflexion d'une éventuelle amélioration de la réponse sanitaire au profit des sujets âgés, en cas de situation de crise sanitaire épidémique, qu'il semble pertinent de se questionner sur le vécu des différents acteurs de santé concernés au sein de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Cadrage conceptuel :

Afin de répondre à la demande d'offre de soins en cette situation exceptionnelle, l'Etat a dû s'adapter en mettant en place de nouvelles stratégies sanitaires, notamment par le déclenchement des plans blancs et bleus des établissements de santé et médico-sociaux. Il a aussi intégrer un nouveau volet au schéma ORSAN, le plan ORSAN-REB. Ces modifications inédites du système de santé français ont entraînés des changements importants dans la pratique des différents acteurs de santé.

3. Définitions et typologies des changements

Le changement est défini par Bélanger comme *étant « le passage d'un état actuel à un état désiré, d'une situation originale actuelle, jugée inadéquate, à une autre considérée comme étant plus adaptée, qui répond mieux aux exigences du milieu ou aux nouvelles aspirations des personnes concernées »* (Bélanger, 1994).

Selon Grouard et Meston, il existerait deux types de changements : les changements qui sont provoqués et ceux qui sont subis (2005).

Les changements provoqués correspondent à des modifications décidées « *soit pour améliorer une situation, soit pour anticiper une possible dégradation de celle-ci* » (Grouard et Meston, 2005).

Le changement subit est à contrario, « *engagé rapidement* », il advient comme « *la condition nécessaire à la survie* » (Grouard et Meston, 2005). Ici, nous pouvons faire le lien avec les changements organisationnels liés à la pandémie de la COVID-19. Alors qu'il est indéniable que le déclenchement du stade 3 de la stratégie d'atténuation du plan ORSAN-REB ait été un changement subit, nous pouvons nous questionner sur la classification du changement des stades 1 et 2 de la stratégie d'endiguement. En effet, l'objectif était de freiner l'introduction et la propagation du virus. Il semblerait donc que le gouvernement ait tenté, même subitement, d'anticiper une possible dégradation de l'état de santé de la population française.

Qu'il soit subit ou provoqué, le changement peut être à court ou long terme, imposé ou consensuel, progressif ou violent (Grouard et Meston, 2005).

Même s'il est possible de distinguer les deux parties des changements organisationnels liés à la COVID-19 (stade 1 et 2 versus stade 3), il semblerait qu'ils engagent tous des modifications imposées, avec une temporalité incertaine.

Alors que Thévenet démontre en 1988 qu'une norme valorisant le changement s'installe progressivement dans les entreprises, Hannan et Freeman appuient sur le fait que cette tendance n'est pas sans conséquences. Pour ces auteurs, il ne faut pas oublier que « *le changement déstabilise les organisations, qu'il est coûteux et qu'il est souvent hasardeux* ». Aussi, le changement serait propice à

l'inexpérience et à la rupture d'équilibre pouvant créer un certain inconfort. C'est pourquoi les individus auraient une préférence pour les organisations « *stables et prévisibles* » (Hannan et Freeman, 1984 ; Thévenet, 1988).

Il existerait trois types de changements organisationnels. Ceux-ci sont définies en fonctions de plusieurs critères qui sont l'étendue, le rythme et l'ampleur (ou profondeur) de ces changements. Comprendre ces trois aspects de la modification permettent de témoigner d'un changement organisationnel de type évolutif, par apprentissage ou radical (Giroux, 1991 ; Guilhon et Trepo, 2001).

Le changement évolutif est un bouleversement graduel des normes organisationnelles qui se produit lorsque des changements s'opèrent progressivement, selon l'évolution habituelle des activités de l'entreprise (Ben Abdallah et Ben Ammar Mamlouk, 2007).

L'apprentissage organisationnel se fait, comme son nom l'indique, par l'apprentissage de nouvelles compétences en lien avec un changement d'aptitudes ou de structure. Il prend place en parallèle des processus de changements (Guilhon, 1998 ; Guilhon et Trepo, 2001).

Enfin, le changement radical correspond à « *un changement majeur, global et rapide qui survient en situation de crise réelle ou appréhendée* » (Soparnot, 2004, p.32). D'après Demers, il se référera à une réponse réfléchie et décidée par les dirigeants lors d'un contexte de crise réelle ou anticipée (Demers, 1999). Le changement radical est recommandé dans un contexte instable et bouleverserait l'entièreté de l'activité classique (Guilhon, 1998 ; Soparnot, 2004 ; Vas et Ingham, 2004).

La pandémie du virus SRAS-CoV2 étant une situation sanitaire exceptionnelle, les dirigeants de notre pays (Le Gouvernement) et leurs délégations (Préfets, ARS etc...) se sont chargés de piloter la réponse du système de soin dans un délai réduit, sans pré-méditation et en tentant de s'adapter du mieux possible à l'évolution de la propagation de la maladie (Coordination opérationnelle risque épidémique et biologique, 2019), nous pouvons donc en conclure que les changements opérés sont d'ordre radical.

4. Le processus du changement selon Kurt Lewin

C'est dans les années 1940 que Lewin contribue à la compréhension du processus de changement. Lors de ses recherches, il s'intéresse principalement au changement d'attitudes des individus, notamment via une notion appelée « la dynamique de groupe ». Par la suite il fondera le « *Unfreeze, change, Refreeze model* » qui est aujourd'hui considéré d'incontournable dans ce domaine (Kurt Lewin, 1944b, 1944a, 1946, 1947 ; Walsh et Renaud, 2010)

4.1. La dynamique de groupe, un facteur d'influence de l'acceptation du changement

Il postule en 1940 qu' « *il est de nos jours largement reconnu qu'un groupe est plus que, ou plus exactement, différent de la somme de ses membres* » (Lewin, 1948, p.196). Il explique qu'un groupe a

sa propre structure et que l'essence du groupe ne correspond pas à la similarité ni même à la dissimilarité des membres du groupe mais à leur interdépendance.

Lewin affirme que chaque groupe peut être caractérisé comme une “*totalité dynamique*”. Ainsi, il pose la théorie que s'il y a un changement au sein de l'une des sous-parties du groupe, ce changement impactera l'ensemble des membres de ce même groupe. L'interdépendance qui existe entre les sous-parties d'un même groupe dépend entre autres de la dimension de l'organisation au sein de ce groupe et de l'intimité qui y règne. Le groupe, n'est donc pas que l'ensemble des individus. Il est une totalité dynamique qui diffère de la psychologie individuelle (Lewin, 1948). Pour cet auteur, les membres chercheraient constamment à assurer l'équilibre du groupe. C'est cette interdépendance des membres qui fonde la dynamique de groupe.

Le comportement d'une personne résulterait de sa relation dynamique avec son environnement social. En d'autres termes, un individu aura un comportement différent selon le contexte dans lequel il se trouve. Le groupe agirait directement sur les comportements de l'individu, et donc sur son approbation ou sa résistance à s'adapter à un changement (tel que l'approbation des professionnels de santé face aux changements sanitaires face à un contexte pandémique). Pour Lewin, les influences sociales présentent dans le groupe sont favorisées par les interactions en face à face (Lewin, 1948). D'ailleurs, ces théories sont soutenues par Sartre pour qui le groupe n'est pas statique mais est « *un tout dynamique, en mouvement, à faire, avec des rapports dialectiques d'intériorité entre les parties* » (Sartre, 1985).

Afin d'illustrer ce qu'est la dynamique de groupe et son intérêt certain à être observée pour comprendre les processus du changement, il semble intéressant de détailler la première expérience de Lewin qui a débouché à cette notion.

L'apparition de l'expression « *Dynamics of groups action* » voit le jour en 1944 suite à la recherche que Lewin a mené pour répondre à la demande du ministère de la guerre des Etats-Unis en 1943 (Kurt Lewin, 1944b, 1944a). Celui-ci souhaitait que ce chercheur amène les américains à modifier leurs habitudes alimentaires en consommant davantage d'abats (tripes, cœurs, rognons) puisque cette période devait faire face à la pénurie de viande. Or, à cette époque, la consommation de tels produits était socialement inacceptable et faire changer le comportement alimentaire des populations n'était pas sans difficultés. Lewin postula cette aversion pour ces parties alimentaire comme un construit social ancré culturellement dans les normes sociales des américains. Suite à ses observations, il remarqua que les ménagères étaient les principales décideuses des habitudes alimentaires, or acheter des abats entraînerait aussi une pression sociale importante entraînant un contrôle social, aussi appelé le conformisme. Les ménagères se conformeraient les unes aux autres et n'achèteraient pas d'abats. C'est pourquoi il a décidé de travailler exclusivement sur ces groupes de femmes sans les sortir de leur contexte. Les femmes seront divisées en deux groupes :

- Dans le premier groupe un intervenant nutritionniste venait expliquer les bienfaits de la consommation d'abats aux femmes tout en leur expliquant qu'un contrôle sur leurs achats aura lieu dans six mois afin de voir si elles en consommaient davantage. Cette méthode de persuasion s'axe sur la pression vers le changement en lien avec le leadership autoritaire. On leur ordonnait explicitement de changer d'alimentation.
- Le seconde groupe sera focalisé sur les raisons poussant ou non les individus à acheter, ou ne pas acheter des abats. Les sujets sont amenés à verbaliser sur leurs résistances au changement et à prendre conscience que les normes sociales impactent leurs comportements alimentaires.

Les résultats après six mois nous montrent que dans le groupe 1, seul 3% des personnes vont acheter des abats contre 32% dans le groupe 2. Lewin explique ces résultats par le fait que le groupe 2 n'entrave pas la liberté de décision des femmes, ce qui favorise l'acceptation d'adopter une conduite différente (Lewin, 1943).

Nous pouvons en conclure que laisser les individus s'exprimer quant à un changement de comportement ou d'attitude leurs permettrait d'exprimer leurs réticences et d'en comprendre les raisons. De ce fait, il semble pertinent de s'intéresser au processus du changement et à ce qu'il peut engager pour un individu.

4.2. Les différentes étapes du changement : « Unfreeze, Change, Refreeze model »

Suite à ces nombreuses études sur la dynamique de groupe et la compréhension du changement, Lewin a élaboré en 1946 un modèle simple permettant de comprendre les différentes étapes de ce processus.

Afin d'imager son modèle, ce chercheur en psychologie sociale s'est inspiré de la métaphore de la glace. Pour lui, le changement suivrait un processus identique à celui d'un bloc de glace carré dont vous souhaitez changer la forme pour que celui-ci devienne un cône. Cette modification nécessiterait trois étapes : unfreeze (le dégel ou la décrystallisation), change (la transition) et refreeze (le regel ou la cristallisation). L'étape 1 correspondrait à la fonte du bloc de glace, la seconde à la mise en forme de l'eau à l'état liquide puis la dernière étape ferait référence à solidification de cette même eau afin d'obtenir la forme escomptée (Lewin, 1946 ; Manager GO, 2020).

Si nous sortons de cette métaphore pour en venir aux étapes concrètes du changement, Lewin explique que l'étape « unfreeze » est une phase durant laquelle les comportements, les attitudes et les perceptions des individus sujets au(x) changement(s) sont remis en question. Cette remise en question peut être consciente ou non (Lewin, 1946). C'est dès cette première phase que les individus se rendront compte des possibles inconvénients liés aux changements et de l'écart qui va se créer entre la situation initiale et celle souhaitée, l'une étant perçue plus positivement que l'autre pas les personnes concernées

(Bélanger, 1994). C'est en prenant conscience de ces inconvénients qu'apparaîtront les premières résistances au changement. Pour pallier celles-ci, il serait primordial de faire comprendre aux collaborateurs l'intérêt et l'urgence du changement. L'objectif principal de la décrystallisation est de tenter de diminuer les résistances présentes au sein d'un groupe (Lewin, 1946 ; Manager GO, 2020 ; Touchais et Herriau, 2009).

Le changement ne se cantonne pas seulement à l'abandon des anciens comportements mais aussi à l'acquisition de nouveaux (Bélanger, 1994).

Nous arrivons alors à la seconde phase, l'étape « change ». Celle-ci reflète une période d'apprentissage durant laquelle les individus vont devoir acquérir de nouveaux modes de fonctionnement et de nouvelles manières de travailler en modifiant leurs attitudes et leurs comportements (Lewin, 1946).

Enfin vient la recristallisation où le changement est acquit et où les sujets ont intégré cette nouvelle organisation. Selon Burnes, c'est à ce moment-là que se stabilisent de nouvelles valeurs, attitudes et comportements (Burnes, 2004). Cette étape correspond à l'atteinte d'un nouvel état d'équilibre (Lewin, 1946).

Comme l'exprime la citation de Bareil, « *le changement organisationnel ne peut se réaliser sans l'apport des individus* » (Bareil, 2004). Les individus participeraient à améliorer, enrichir et donner du sens aux changements pour que les résultats obtenus correspondent aux objectifs posés initialement. Les recherches de cette même auteure montrent que pour que le changement soit possible, l'individu doit changer lui aussi s'il veut réussir à s'adapter à la situation nouvelle. L'adaptation ferait « *référence à un effort soutenu pour satisfaire des exigences élevées ou qui dépassent les capacités* » (Bareil, 2004, p. 39).

Parce qu'ils doivent s'adapter à la situation nouvelle qui s'expose à eux, les individus feraient deux évaluations distinctes du contexte. L'évaluation primaire leur permettrait d'évaluer dans quelle mesure les changements sont-ils susceptibles de mettre en danger leur bien-être. L'évaluation secondaire les amène à se questionner sur les moyens ou les stratégies qu'ils devront mettre en place pour s'accommoder à la nouvelle situation (Morin, 1996). Dans un contexte aussi inédit que la pandémie actuelle, nous comprenons que les professionnels de santé sont les principaux acteurs du changements organisationnel. C'est pourquoi il est nécessaire de s'intéresser de plus près à l'acceptation des praticiens présents en première ligne face à la gestion de la crise.

5. Qu'est-ce que l'acceptabilité et l'acceptation ?

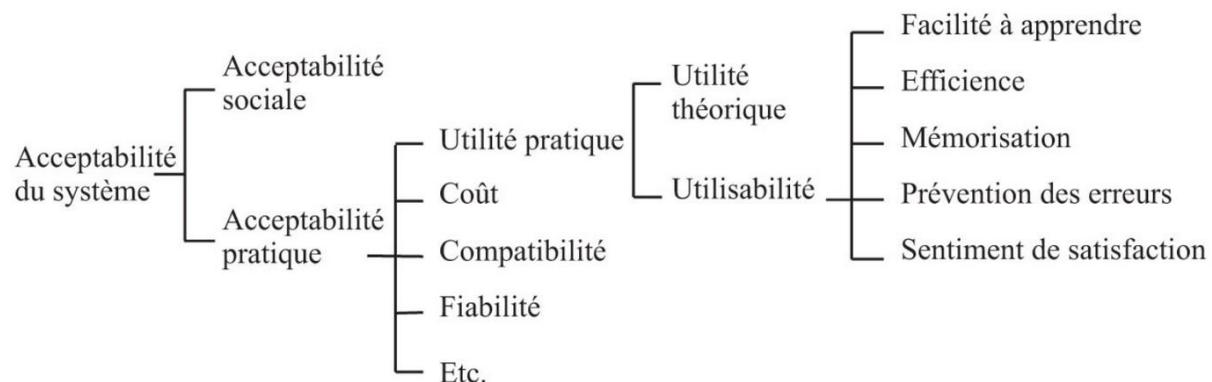
5.1. L'acceptabilité selon Jakob Nielsen (1993)

Cette organisation sanitaire peut aussi être appelée « artefact ». Un artefact se réfère à tout ce qui est « construit » artificiellement par l'Homme, il peut s'agir d'un objet numérique comme un ordinateur, d'un concept ou d'une organisation comme le plan ORSAN-REB. Tous les artefacts ne sont pas perçus de la même manière par les individus, c'est pourquoi nous allons nous intéresser aux travaux de Nielsen qui définit la notion « d'acceptabilité » selon deux catégories (Nielsen, 1993) :

- L'acceptabilité sociale se réfère à la correspondance entre l'artefact et l'éthique et les normes d'une société ou d'un groupe d'individu (tel qu'un groupe de professionnels). Depuis plusieurs années, il semblerait que les projets et décisions de la sphère privée et publique soient soumis à une « *contestation croissante* » (Gendron et al., 2016). C'est de là qu'émergera le débat de « *l'acceptabilité sociale* ». Ce concept est défini par Boissonade et al. comme traduisant « *le jugement des populations à propos des politiques ou des projets proposés par les décideurs et les promoteurs* » (Boissonade et al., 2016).
- L'acceptabilité pratique correspond à l'objectif que l'artefact est censé atteindre selon son utilité pratique, son coût, sa compatibilité ou encore sa fiabilité. L'utilité dite « *pratique* » comprend deux articulations : l'utilité théorique (le but que l'artefact est estimé atteindre) et l'utilisabilité (la facilité d'utilisation).

Comme nous pouvons le voir sur le schéma ci-dessous, l'utilisabilité dépendrait de la facilité à apprendre, de l'efficience, de la mémorisation, de la prévention des erreurs et du sentiment de satisfaction éprouvé par l'individu qui est exposé nouvellement à l'artefact. L'illustration qui vous est présentée est à lire de gauche vers la droite, étant donné que l'élément de gauche est toujours une condition nécessaire à celui de droite.

Schéma 3 : Modèle de l'acceptabilité du système (Nielsen, 1993 ; Simonian, 2018)



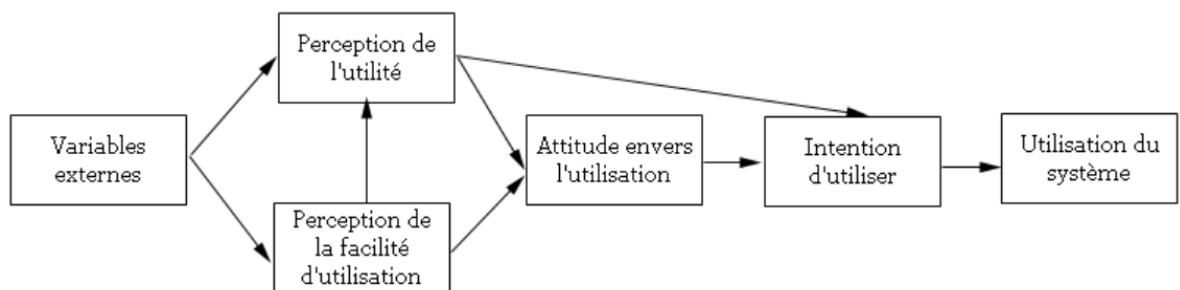
5.2. Le modèle TAM et les facteurs prédictifs de l'intention comportementale (Davis, 1989)

Le modèle de Nielsen expliqué précédemment s'inspire grandement des recherches de Davis et ses collaborateurs en 1989 qui lui-même s'accorde avec la théorie de l'action raisonnée (modèle TAR) de Ajzen et Fishbein. Un schéma explicatif de ce modèle est disponible en annexe 4, (Ajzen et Fishbein, 1980). Le modèle TAM (Technology Acceptance Model) considère lui aussi les notions utilité et d'utilisabilité. Pour Davis, l'utilité perçue par l'individu vis-à-vis de l'artefact correspond au degré auquel celui-ci pense que l'utilisation de ce nouvel outil améliorera ses performances et la situation dans laquelle il se trouve. L'utilisabilité perçue reflète, lui, le degré auquel le sujet estime qu'il nécessitera peu d'effort de sa part pour s'adapter à cet artefact, (Davis et al., 1989).

Cette notion est définie par la norme ISO 9241-11 comme étant le « degré selon lequel un produit peut être utilisé, par des utilisateurs identifiés, pour atteindre des buts définis avec efficacité, efficience et satisfaction, dans un contexte d'utilisation spécifié » (International Organization for Standardization, 2018)

D'après Davis, ces deux critères influencerait significativement l'attitude de l'individu face à cet objet puisqu'ils agiraient directement sur le sentiment d'auto-efficacité (Davis, 1985). Bandura appuie cette théorie. Pour lui, plus un système est facile à utiliser et plus l'utilisateur développera ce sentiment d'auto-efficacité (Bandura, 2007 ; Bandura, 1982). Cette facilité d'adaptation apporterait aussi à l'individu un contrôle plus important sur ce qu'il fait (Lepper, 1982). De ce fait, une utilisabilité et une utilité perçues positivement à l'égard du concept agiront directement sur l'intention comportementale de l'individu, et donc, sur sa manière de s'approprier, ou pas, l'objet en question. D'après Legris, Ingham et Collerette ; Hu, Chau, Sheng et Tam et Venkatesh et Bala, ce modèle prédirait environ 40% de la variance de l'utilisation de l'artefact, (Hu et al., 1999 ; Legris et al., 2003 ; Venkatesh et Bala, 2008).

Schéma 4 : Technology Acceptance Model (Davis et al., 1989)



Si nous adaptons ce modèle à notre thématique de recherche, il sera important d'une part de comprendre comment les professionnels de santé s'occupant de personnes âgées perçoivent l'utilité de la réorganisation sanitaire liées au plan ORSAN-REB. D'autre part, nous pourrons nous intéresser à l'effort qu'ils estiment devoir fournir pour s'approprier ce changement. Ainsi, nous pourrons

comprendre d'où vient leur intention comportementale de s'adapter ou non à ce nouveau mode de fonctionnement.

5.3. L'UTAUT et l'UTAUT-2, des modèles explicatifs et prédictifs de l'acceptation

Alors que le modèle TAM de Davis semble être le plus utilisé pour prédire l'acceptabilité d'un comportement vis-à-vis d'un nouvel outil, d'autres modèles plus récents et avec une meilleure prédiction ont vu le jour tel que l'« Unified Theory of Acceptance and Use of Technology » (UTAUT) avec une capacité explicative de l'intention comportementale de 56%, (Davis et al., 1989 ; Venkatesh et al., 2003 ; Venkatesh et Davis, 2000). Ce nouvel outil comprend des notions similaires à celles du modèle TAM (Davis et al., 1989). Il fait aussi appel à des déterminants qui sont, comme nous avons pu le voir dans les travaux de Lewin (Lewin, 1944, 1947, 1948, 1973), plus personnel, et spécifiques à l'environnement social, (Venkatesh et al., 2003 ; Venkatesh et Davis, 2000).

A la différence du processus d'acceptabilité qui se fonde sur une conception prédictive du comportement de l'individu face à l'artefact, le processus d'acceptance s'intéresse à une vision plus « *située* » et « *rationnelle* ». Cette seconde orientation s'attarde sur l'utilisation même de l'objet. L'acceptance se focalise sur le vécu des personnes suite à l'introduction du changement. Même si elle dépend grandement de l'acceptabilité que les individus se sont fait au préalable, l'acceptance permet d'obtenir un retour d'expérience concret des utilisateurs. Si les individus sont déjà soumis à la nouvelle organisation sanitaire, ils sont d'ores et déjà dans une situation d'acceptation (Bobillier-Chaumon et Dubois, 2009).

En 2003, L'UTAUT est élaboré par Venkatesh et ses collaborateurs (Venkatesh et al., 2003). Ce modèle propose quatre facteurs principaux influençant l'intention comportementale et l'utilisation d'un artefact.

Tout d'abord nous retrouvons la « *performance expectancy* » ou l'espérance de performance qui revient à l'utilité.

Le second facteur est l'espérance d'effort qui est le degré de facilité associé à l'utilisation, soit l'utilisation, appelée « *effort expectancy* ».

Ensuite, nous avons les « *facilitating conditions* » ou conditions facilitatrices. Ce troisième déterminant correspond au degré de facilité associé à l'utilisation du nouveau concept. Si nous nous intéressons à l'organisation sanitaire pendant la période de la pandémie de la COVID-19, nous chercherons à savoir si les professionnels de santé ont à leur disposition les ressources nécessaires à la prise en charge des patients âgées au sein des établissements de santé et de la médecine de ville (matériel, compétences, formations, personnels...).

Le dernier facteur intégré dans cette version de l'UTAUT est l'influence sociale ou « *social influence* ». En lien avec les théories de la dynamique de groupe, cette variable prend en compte l'influence des

personnes qui entourent l'individu et la perception qu'on a de ceux-ci de l'outil. En fait, plus l'utilisateur (ici le professionnel de santé) aura l'impression que son entourage (famille, collègues...) est favorable à l'adoption de l'artefact (de la nouvelle organisation), et plus celui-ci sera amené à approuver ce dernier (Bobillier-Chaumon et Dubois, 2009 ; Lewin, 1947 ; Venkatesh et al., 2003).

Même si l'UTAUT dispose d'une large analyse de l'acceptation, une extension de ce modèle a été formulée par les auteurs. Venkatesh et al. démontrent tout d'abord que l'intention comportementale serait directement impactée par l'âge, l'expérience et le sexe de l'individu (Venkatesh et al., 2012). C'est lors de ces mêmes recherches qu'ils intègrent trois nouveaux facteurs dans l'UTAUT-2 (Venkatesh et al., 2012) : La motivation hédoniste, la valeur des prix et l'habitude.

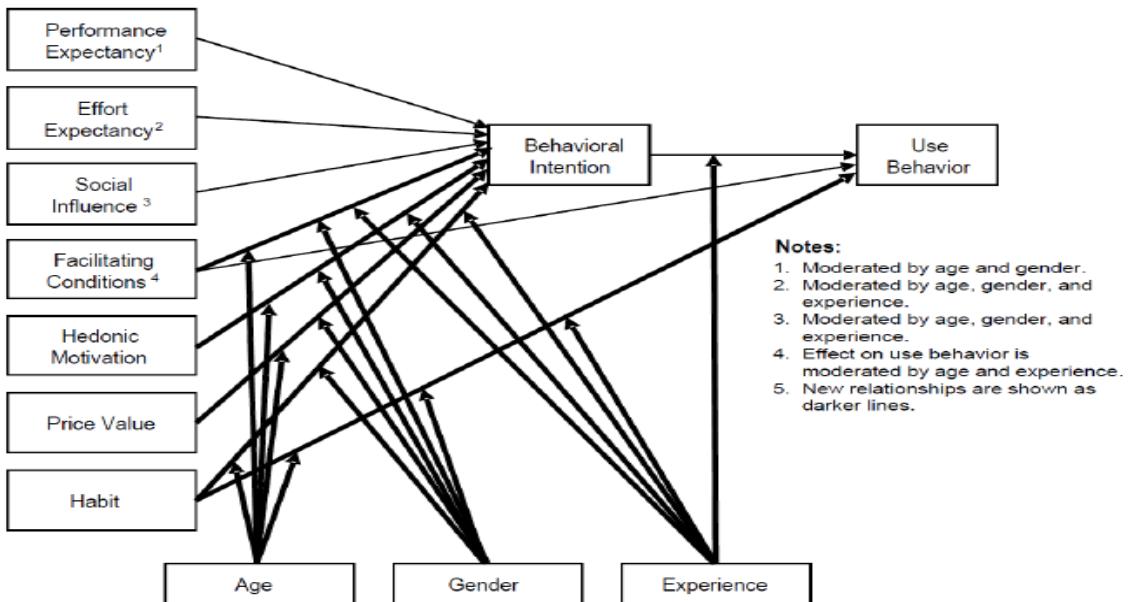
- La motivation hédoniste ou « *hedonic motivation* » correspond au plaisir que se fait un individu d'utiliser un nouvel outil. Elle jouerait un rôle important dans la détermination de l'acceptation et de l'utilisation d'une nouvelle technologie ou d'un nouveau concept (Brown et Venkatesh, 2005 ; Childers et al., 2001). Elle peut notamment s'exprimer par les émotions et le stress (Morin, 1996). Ainsi l'adaptation provoque des émotions qui « *facilitent l'évaluation de la situation d'adaptation et la préparation des réponses appropriées aux circonstances* », (Morin, 1996).

- La valeur des prix ou « *price value* » s'intéresse aux coûts de la mise en place du nouvel artefact. Si l'utilisateur doit supporter les coûts monétaire de l'organisation sanitaire, il sera moins enclin à l'accepter. À l'inverse, s'il perçoit davantage d'argent en s'y adaptant, il y sera potentiellement plus favorable (Venkatesh et al., 2012).

- L'habitude ou « *habit* » a été définie par Limayem et al. comme mesure dans laquelle les individus ont tendance à adopter des comportements automatiques en raison de l'apprentissage (Limayem et al., 2007). Si le comportement devient une atomicité, alors les utilisateurs seront plus enclins à approuver l'outil. En fait, ce facteur se rapporterait aux conditions facilitatrices (Kijasanayotin et al., 2009 ; Venkatesh et al., 2012). Pour autant, Venkatesh et ses collaborateurs soulignent l'importance de l'instaurer dans une catégorie à part entière.

Cette extension a permis d'améliorer la variance de l'intention comportementale, alors que la première version de l'UTAUT expliquait 56% de l'intention comportementale, Les résultats de l'UTAUT-2 s'élèveraient à 74% (Nordhoff et al., 2020 ; Venkatesh et al., 2012).

Schéma 5: L'UTAUT-2 (Molnar et al., 2013; Venkatesh et al., 2012)



Nous avons pu voir que la pandémie de la COVID-19 touche plus gravement les personnes âgées et fragiles, (Santé Publique France, 2020a). Pour permettre une réponse adaptée aux besoins de la population, la France a du réorganiser son système de soins, notamment auprès des services et structures de première ligne et prenant en charge le public âgé, (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020). Cette situation de crise sanitaire a engagé un changement radical dans les pratiques professionnelles et les organisations de santé (Giroux, 1991; Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020). Parce qu'ils ne sont pas toujours bien vécus et acceptés par les acteurs concernés, les changements nécessitent un accompagnement (Touchais et Herriau, 2009). Nous utiliserons tout au long de ce dossier les termes d'acceptance et d'acceptation définis par Bobillier-Chaumon et Dubois comme étant « *le déploiement d'un ensemble des conduites réelles d'adoption mises en œuvre par l'individu et/ou un collectif, dans le cadre des activités effectives au sein de l'organisation* ». Selon eux, « *l'acceptation se présente donc comme la façon dont un individu, mais aussi un collectif, une organisation perçoivent au gré des situations quotidiennes les enjeux liés à ces changements (atouts, bénéfices, risques, opportunité) et y réagissent favorablement ou non* », (Bobillier-Chaumon et Dubois, 2009, paragr. 25).

Dans une finalité de promotion de la santé et de la qualité de vie au travail des professionnels de santé de la région AURA, il est nécessaire de pouvoir anticiper les prochaines gestion de crises sanitaires. Pour cela, il est primordial d'étudier l'acceptation des professionnels de santé vis-à-vis des changements qui se sont opérés et d'en comprendre les facteurs l'ayant influencée (positivement et négativement).

L'usage et l'approbation d'une nouvelle organisation comporte des variables explicatives multifactorielles. Ainsi la nature, l'ampleur, l'utilité et l'utilisabilité des changements, les conditions facilitatrices à sa mise en place, nos normes subjectives, nos motivations, nos croyances ou encore nos émotions sont des éléments clefs dans l'acceptation et la compréhension des leviers et des freins de la gestion de cette crise, (Venkatesh et al., 2003, 2012). Nous les prendrons en considération dans notre recherche.

De par la nouveauté et l'urgence du contexte pandémique dans lequel nous nous trouvons, il ne semble pas possible d'émettre d'hypothèse quant au vécu de cette situation par les professionnels de santé de la région AURA. Pour autant, si nous nous référons aux travaux expliqués précédemment, des changements subis et radicaux engageraient un déséquilibre important chez les individus concernés. Plus les changements seraient importants (ampleur, rythme, profondeurs, utilisabilité...) et plus les personnes/groupes auraient du mal à y adhérer (Bareil, 2004; Davis, 1985; Hannan et Freeman, 1984; Lewin, 1946; Nielsen, 1993; Thévenet, 1988; Venkatesh et al., 2003, 2012).

Nous pouvons émettre l'hypothèse que si les professionnels de santé perçoivent les changements sanitaires dû à la pandémie comme étant importants et complexes, ils auront des difficultés à les accepter. A l'inverse, si ces mêmes changements ne viennent pas radicalement déséquilibrer leur pratique et qu'ils sont simples à mettre en œuvre, nous pouvons supposer que les professionnels de santé y seront plus favorables.

6. Méthode :

L'étude sociologique qui a été mené par le biais du projet « ARECOVID » s'est articulée en deux parties complémentaires. Dans un premier temps, nous nous sommes focalisé sur un étude qualitative par le biais d'entretiens semi-directifs auprès des professionnels de santé du GHT de la Loire. Par la suite, nous avons effectué une recherche quantitative à l'aide d'un questionnaire, qui nous ont permis d'approfondir nos données et d'obtenir les réponses d'un plus grand nombre de participants. D'après Bugeja-Bloch et Couto, combiner les approches qualitatives et quantitatives serait un « *atout dans les sciences sociales* ». Il semblerait que « *chacune des deux méthodes apporterait des informations distinctes de la précédente et l'enrichirait* » (Bugeja-Bloch et Couto, 2015 p.21).

6.1. Ce qui a été fait en amont :

6.1.1. Des entretiens exploratoires

En raison de l'épidémie du COVID-19, le Gérontopôle AURA et La Chaire Santé des Ainés (UJM St-Etienne), ont souhaité recueillir le point de vue de quatre gériatres concernant l'utilisation d'un outil de communication interprofessionnel : la hotline gériatrique. Ces recherches se sont faites via les réseaux internes du Gérontopôle AURA et de la Chaire Santé des Aînés.

Par cette brève étude, nous cherchions à comprendre l'intérêt d'un tel dispositif dans l'orientation des personnes âgées en cette période de crise sanitaire. L'objectif final était de pouvoir proposer des recommandations et de mettre en avant la plus-value d'un tel outil dans le contexte actuel. Nous préciserons que ces entretiens se sont déroulés entre le 16 et le 20 Mars 2020, soit au tout début de l'épidémie dans notre pays.

Etant donné que le public interrogé correspondait parfaitement à celui du projet « ARECOVID », nous avons décidé de nous inspirer des données de ces courts entretiens téléphoniques pour la construction de nos outils d'enquête.

En effet, si nous reprenons le guide d'entretien disponible en annexe 5, que nous considérerons d'« exploratoire », nous pouvons voir que plusieurs questions sont en lien avec notre recherche, par exemple :

Question 1. Pouvez-vous nous parler de l'impact de la pandémie du COVID-19 sur l'organisation de vos services de gériatrie ?

Question 3. Quel est l'impact de cette crise sanitaire sur la prise en charge des personnes âgées n'ayant pas le COVID-19 ?

Nous voyons ici qu'avant d'aborder la question de la hotline gériatrique, nous avons souhaité interroger les professionnels de santé sur les changements organisationnels et l'impact de ces derniers sur la prise en charge des personnes âgées. La nature et l'efficience de ces nouvelles mesures sont donc abordées.

Ces entretiens téléphoniques ont été enregistrés et retranscrit. Par la suite, nous avons procédé à une analyse thématique des données. Nous détaillerons l'ensemble de ces méthodologies d'enquêtes et d'analyses ci-dessous.

Les principaux résultats qui en ressortent sont des incertitudes et des appréhensions quant aux directives imposées. En effet, à cette période, l'ensemble des gériatres s'accordent sur le fait que cette organisation soit avant tout « préventive »

« C'est que là on est un peu ... on est un peu entre deux chaises quoi. On va avoir des patients COVID mais pour l'instant on en a pas mais on fait comme si on en avait alors qu'enfaite on en a pas et du coup ben... je trouve que le fait de mettre des mesures de ... d'isolement drastique etc.... ben on fait perdre quand même des chances » (Gériatre 1)

A cette période, les professionnels de santé pensent majoritairement que certaines mesures risquent d'être délétères, notamment en ce qui concerne l'isolement des personnes âgées :

« Les médecins doivent venir en chambre et ils ne peuvent pas venir en salles de rééducation. Donc là, on a ... on peut plus faire de rééducation correctement aux patients » (Gériatre 1)

Globalement, les principales craintes qu'ils exposent sont la gestion du matériel et l'effectif des potentiels décès.

« Le décès va se retrouver au cœur de la crise (...) ce qui nous inquiète c'est le volume de décès potentiels » (Gériatre 3)

« Pareille les consignes vont peut-être changer parce que nous ne savons pas non plus le stock de matériel » (Gériatre 2)

Pour autant, il semblerait que l'organisation prévue à destination des patients atteints de la COVID-19 soit optimale et que le personnel soit en nombre suffisant, avec des conditions de travail jugées confortables :

« la prise en charge des patients COVID a tellement été organisée par les infectiologues et eux... que du coup ils ont pas tellement besoins de nous là-dedans » (Gériatre 4).

« Pour l'instant on a pas eu de soucis supplémentaires j'ai l'impression. On a même plutôt eu un bon confort pour le personnel » (Gériatre 2).

Ces résultats ont permis de rendre compte d'une situation plutôt instable, où le changement s'opère progressivement. Nous savons que la gestion des isolements, des décès, du matériel, ou encore du personnel seront des thématiques importantes à aborder dans notre étude puisque ce sont celles qui ont été les plus citées lors de ces entretiens exploratoires. Aussi, nous savons désormais que les infectiologues sont les acteurs principaux de l'organisation sanitaire à destination des patients atteints de la pandémie. Une attention particulière pourra leur être portée lors du choix des populations interrogées.

6.1.2. Le comité d'éthique

Un comité d'éthique est un organisme indépendant qui est composé de professionnels de santé et de membres n'appartenant pas au domaine médical. Cette instance est obligatoire pour toutes les institutions hospitalières et a deux rôles principaux (Grand Hôpital de Charleroi, 2018):

- Il donne son avis sur les différents protocoles de recherches clinique qui se déroulent dans le cadre hospitalier. Par cette fonction, le comité d'éthique veille aux droits, aux bien-être et à la sécurité des sujets participants à ces études. Toute recherche est dépendante de l'avis favorable du comité d'éthique. Dans le cas échéant, elle ne peut avoir lieu.
- Il a pour devoir de répondre aux diverses interrogations éthiques concernant la pratique des soins dans l'institution. Dans cette situation, le comité d'éthique donne son avis mais son approbation n'est pas rédhibitoire.

Le Gérontopôle AURA dépend du CHU (Centre Hospitalier Universitaire) de St-Etienne. C'est pourquoi l'avis favorable du comité d'éthique est essentiel pour mener à bien notre projet. Le comité en

charge de cet hôpital est « Terre d’Ethique », présidé par le Professeur Pascal Vassal, chef du service en soins palliatifs du CHU de St-Etienne (Centre Hospitalier Universitaire Saint-Étienne, 2020).

Le 18 mars 2020, nous avons soumis un dossier pour avis à la commission de recherche. Ce dossier se composait :

- D'une page de garde présentant l'objet de la recherche, l'origine, les responsables, les investigateurs et les présentateurs du projet (v. annexe 6).
- D'un résumé du projet comprenant un justificatif et une analyse de la pertinence du projet, les objectifs principaux de la recherche, les critères d'évaluation ou de données à recueillir, la population à étudier, les modalités de recrutements des participants, la procédure d'investigation, l'évaluation des bénéfices et des risques potentiels, le nombre de participants et le calendrier (v. annexe 7).
- De notices d'informations à destination des participants. Le projet « ARECOVID » comporte plusieurs volets de recherches. C'est pourquoi trois notices ont été rédigées (pour les populations âgées, pour les gériatres et pour les professionnels de santé du groupement hospitalier (GHT) de la Loire et les médecins traitants de la Loire). Ces notices expliquent les objectifs de l'étude, le recrutement des populations, le déroulement de la recherche, les bénéfices et les risques ainsi que les informations réglementaires (modalités des recueils et de conservation des données, avis du comité d'éthique). La notice à destination des professionnels de santé du GHT de la Loire et des médecins traitants est disponible en annexe 8.

Le projet « ARECOVID » a été approuvé par « Terre d’Ethique » le 25 mars 2020. Vous trouverez l'avis favorable en annexe 9.

6.2. Recherche qualitative

L'origine latente à la recherche qualitative serait, d'après Karsenti et Savoie-Zajc, « *le courant interprétatif animé du désir de comprendre le sens de la réalité des individus* » (Karsenti, 2018, p. 193). La recherche qualitative s'intéresse à « *l'expérience des personnes, à leurs représentations, au sens qu'elles donnent à leurs actions, à leur histoire, aux relations qu'elles entretiennent* » (Wiance et Fourrier, 2016, p. 1). Selon ces auteurs, l'approche qualitative permettrait aux chercheurs de s'intéresser à tout ce qui n'est pas directement « *quantifiable* » et « *mesurable* ». Pour Alami et al., les méthodes qualitatives sont tout aussi pertinentes que les méthodes quantitatives. Ce qui justifie le choix de l'une ou de l'autre de ces approches est, en fait, la finalité de l'étude (Alami et al., 2019, paragr. 8). La recherche qualitative serait « *inductive* » et « *interprétative* ». Elle aurait pour vocation d'être utilisée pour explorer et comprendre « *des études de phénomènes sociaux* », cette approche permettrait d' « *étudier les sujets dans leur environnement* » et de « *créer des hypothèses* ». En fait, « *les avantages d'une collecte*

de données qualitatives bien menée résident précisément dans la richesse des données collectées et la compréhension plus en profondeur du problème étudié » (Kohn et Christiaens, 2014, paragr. 13).

Le projet « ARECOVID », a pour objectif de recueillir les avis, représentations et expériences des professionnels de santé de la région AURA quant tenu des changements organisationnels mis en place suite à la pandémie de la COVID-19. Lorsque la recherche a débuté, le contexte sanitaire se dégradait progressivement, nous étions dans une phase « *préventive* » de l'épidémie (Gouvernement, 2020a). Dans un tel contexte, nous n'avons pas eu la possibilité de fonder des hypothèses. De ce fait, commencer notre étude par une approche qualitative semble être un choix adapté. De nombreuses méthodes existent afin de recueillir des données verbales, dans le cas présent, c'est l'entretien semi-directif qui a été choisi (Savoie-Zajc, 1997).

6.2.1. Population

L'échantillon de participants que nous avions initialement choisi de recruter pour la passation des entretiens semi-directifs se composait de vingt professionnels de santé travaillant au sein du GHT de la Loire. Le GHT de la Loire est un groupement hospitalier composé de dix-neuf hôpitaux dont trois centres hospitaliers de pivots du bassin, trois établissements de Médecine, chirurgie-obstétrique, douze hôpitaux de proximités et un établissement public de cancérologie (Groupement hospitalier de Territoire - GHT de la Loire, 2020). Le Gérontopôle AURA travaillant régulièrement en partenariat avec ces établissements, nous avons choisi de nous focaliser sur le territoire de la Loire pour des raisons de faisabilité. Dans un contexte où les professionnels de santé n'avaient que peu de disponibilités, il nous a paru plus abordable d'utiliser les réseaux internes des porteurs du projet.

Nous nous sommes dans un premier temps focalisé sur un panel de dix infirmier(e)s et aides-soignants(e)s auquel s'ajouteraient dix médecins traitants de la Loire. Les trois critères d'inclusions étaient d'être professionnel de santé (médical ou paramédical), d'exercer au sein de la région AURA et de prendre en charge des personnes âgées et/ou atteintes de la COVID-19.

Suite à des discussions informelles avec des professionnels de santé et après avoir effectué et analysé les entretiens exploratoires, nous avons pu constater que les professionnels de santé travaillant en services d'infectiologie, en maisons de retraites et dans les autres unités dédiées aux patients atteints du virus seraient les plus enclins à nous expliquer les changements organisationnels qui ont eu lieu dans la prise en charge des personnes âgées.

Afin d'obtenir le plus de renseignements possible quant au vécu des professionnels de santé, nous avons fait le choix de nous intéresser en priorité aux « décideurs » tels que les chef(fe)s de services, les médecins et les cadres de santé. Parce que la situation a entraîné un investissement particulier des acteurs de santé, nous avons volontairement décidé de réduire notre échantillon à un total de dix participants et d'assouplir les critères de recrutements.

L'idée était de pouvoir interroger principalement les professionnels de santé médicaux investis dans la crise sanitaire au sein du GHT de la Loire, et pratiquants auprès des personnes âgées et/ou atteintes de

la maladie. Nous n'excluons pas pour autant la participation d'autres professionnels du domaine médical.

Notons que nous portions un intérêt certain à la participation des médecins traitants qui, de par leur proximité avec la population, sont des acteurs majeurs dans la détection des nouveaux patients COVID été dans leur prise en charge.

De par la difficulté que nous avons eu à les joindre, le recrutement de ces professionnels n'a pas abouti.

Finalement, notre échantillon final est constitué de 10 professionnels de santé exerçant dans la région AURA (départements 42 et 69) dont 5 hommes et 5 femmes âgés de 27 ans à 49 ans, donnant une moyenne d'âge de 31,1 ans.

Parmi ces participants, 9 sont médecins (3 médecins du sport, 2 infectiologues, 2 gériatres, 1 pneumologue, 1 animateur anesthésiste) et 1 interne en rhumatologie travaillant actuellement en service de la médecine du sport. Les professionnels interrogés ont une expérience dans leur métier allant de 1 an à 12 ans, donnant une moyenne de 5,5 ans d'exercice.

Un tableau récapitulatif des participants de la partie qualitative de ce projet est disponible en annexe 10.

6.2.2. Le guide d'entretien semi-directif

L'entretien est une méthode de recueil de données qui consiste en des échanges verbaux individuels ou de groupes. Ces échanges permettent à des personnes, soigneusement choisies, d'apporter au chercheur des informations sur des faits ou des représentations. La pertinence de ces informations est ensuite analysée selon le degré de validité et de fiabilité vis-à-vis des objectifs de l'étude (Ketele et Roegiers, 2016).

Plus précisément, l'entretien semi-directif est une technique de recueil de données fréquemment utilisée en sciences humaines et sociales. Elle permet de cadrer le discours des personnes interrogées autour de différents thèmes définis et considérés comme important par les enquêteurs (Flick et al., 2018). Le guide d'entretien qui doit être claire et rapidement lisible, est un support permettant aux enquêteurs d'organiser et de définir les questionnements principaux de l'interview. Les questions rédigées sur le guide sont là pour aiguiller les discours. Cependant, l'ordre dans lequel celles-ci sont posées peut être plus ou moins bien déterminé selon l'orientation que prend la discussion (Ketele et Roegiers, 2016, p. 172).

L'entretien semi-directif a pour spécificité de n'être ni trop directif (passation rapide, avec des questions précises et ordonnées, ne permettant de recueillir qu'un ensemble partiel ou réduit d'informations), ni totalement libre (Ketele et Roegiers, 2016). L'outil méthodologique qu'est l'entretien semi-directif permet le recueil d'informations de bonnes qualités orientées vers un but poursuivi dans un laps de temps raisonnable. Il permet d'aborder différentes thématiques, sans omettre certains passages obligatoires (Imbert, 2010, paragr. 5; Ketele et Roegiers, 2016, p. 172). Il va nous permettre, dans notre cas précis, de comprendre les avis, représentations et vécus de l'organisation sanitaire en période de

pandémie de la COVID-19 par les professionnels de santé. Contrairement au questionnaire, les entretiens nous permettront de pouvoir approfondir nos questionnements et d'obtenir des données verbales bien plus précises et argumentées. Pour autant, le nombre d'interrogés est plus limité.

L'objectif de cette partie de l'étude est de comprendre la réalité subjective vécue par les professionnels de santé face à la crise sanitaire de la COVID-19 en les questionnant sur l'opérationnalisation des changements qui se sont opérés dans leurs structures/établissement et en s'intéressant à leurs ressentis. Le guide d'entretien semi-directif qui a été élaboré pour cette recherche est disponible en annexe 11. Il se compose de 15 questions ouvertes auxquelles sont ajoutées des relances, nécessaires afin de ne pas négliger certaines données pouvant s'avérer importantes lors de l'analyse. Conscient du temps précieux que les professionnels de santé nous ont accordé, ce support a été construit et organisé de façon à ce que les entretiens ne durent qu'une trentaine de minutes.

Ce support englobe cinq grandes parties :

La première partie est descriptive. Elle nous permet de recenser les données socio-démographiques du participant (âge, métier, ancienneté, membres au sein de son foyer, département d'exercice ...). Elle comprend aussi des questions sur son implication dans la crise sanitaire.

La deuxième (questions 2,3,4) et la troisième partie (questions 5,6) s'intéressent à la typologie des changements de l'organisation sanitaire (Giroux, 1991; Grouard et Meston, 2005; Guilhon et Trepo, 2001; Soparnot, 2004). Basées sur les travaux de ces différents auteurs et du modèle « *defreeze, change, refreeze* » de Lewin (Lewin, 1946), nous chercherons à comprendre l'ampleur, le rythme et la nature des changements qui se sont opérés. La partie 2 se focalise sur les changements en lien avec la pandémie. La partie 3 questionne les participants sur l'impact que ces changements ont eu sur l'évolution des soins habituels (la prise en charge des patients âgés n'étant pas atteints de la COVID-19).

Exemples :

Partie 2, question 2 : Pouvez-vous me parler de l'impact de la pandémie du COVID-19 sur l'organisation de votre service ?

Relances possibles : Mobilisation des équipes ? Changements de missions ? Gestion des visites ? Gestion des fins de vies ? Gestion des stocks de masque / de gels hydroalcooliques ? Gestes « barrières » ? mesure de non-propagation ? Gestion du personnel ? Motifs de consultations ?

Partie 3, question 5 : Quel est l'impact de cette crise sanitaire sur la prise en charge des patients âgés n'ayant pas le COVID-19 ?

Relances possibles : Comparaison avant/après ? Régularité ? Qualité ? Changements de procédures ?

La 4^{ème} partie de ce questionnaire (questions 7 à 11) s'inspire des modèles de l'acceptabilité et de l'acceptation mentionnés ci-dessus (Davis, 1985; Nielsen, 1993; Venkatesh et al., 2003, 2012). Les questionnements s'orientent sur l'utilité, l'utilisabilité et les conditions facilitatrices issues des

changements organisationnels. Nous nous intéresserons aussi aux motivations hédonistes (émotions) des professionnels de santé, puisqu'elles sont, selon Venkatesh, indispensables à l'acceptation d'un changement.

Exemples :

Conditions facilitatrices : Partie 4, question 8 : *Y a-t-il des éléments au sein de votre établissement ou dans votre vie personnelle qui vous aident aujourd'hui à gérer au mieux cette situation ?*

Relances possibles : Personnels, organisationnels, coordination, dispositifs, formations, compensations, horaires, familles

Utilisabilité : Partie 4, question 10 : *Qu'est-ce qui vous semble le plus difficile à gérer actuellement ?*

Relances possibles : Gestion du matériel ? Personnel médico-social ? Pression des familles de patients ?

Peur de la contamination ? Prévision des lits ?

Motivations hédonistes : Partie 4, question 7 : *Comment vivez-vous la crise du COVID-19 ?*

Relances possibles : Confiant(e) ou pas ? stressé(e) ? Inquiet(e) ? Demander d'expliquer.

La dernière partie de ce guide d'entretien (questions 12,13, 14) s'axe sur les perspectives d'évolution de l'organisation sanitaire en temps de crise pandémique liée à la COVID-19. Pour cela, nous chercherons à comprendre leurs besoins, attentes et suggestions.

Exemple :

Besoins : Partie 5, question 12 : *De quoi pensez-vous avoir besoin aujourd'hui pour optimiser la prise en charge des patients et le travail du personnel soignant ?*

Relances possibles : Outils, besoins humains, organisation, planification, matériel...

Perspectives d'avenir : Partie 5, question 14 : *Selon vous, qu'est-ce que la gestion de cette pandémie pourra vous apporter dans la gestion de possibles autres crises à venir ?*

Relances possibles : Pour les autres crises en générales ? Pour les autres crises liées au COVID-19 – possibilité d'une deuxième vague ? (Solutions ? Organisations ? Préparation ? etc....).

La dernière question (question 15) permet aux participants d'ajouter, s'ils le souhaitent, une réflexion supplémentaires sur le sujet.

D'après Imbert, la recherche qualitative serait « *inductive, au sens où l'on acquiert la compréhension du phénomène de manière progressive ; récursive, invitant à réitérer les étapes de la recherche si nécessaire ; et souple en raison de l'absence de rigidité de la démarche le plus souvent inductive. Cette récursivité de l'entretien doit conduire à la formulation de nouvelles questions ou à la reformulation d'anciennes questions*

 » (Imbert, 2010, paragr. 9).

Suite aux premiers entretiens, nous verrons que les thématiques de la gestion des fins de vies et de l'isolement des personnes âgées sont toutes les deux apparues instinctivement dans les discours et étaient connotées d'une importance non-négligeable. Ces thématiques étaient d'ailleurs ressorties également lors des entretiens exploratoires. C'est pourquoi nous avons progressivement ajusté nos entretiens pour permettre aux interrogés d'argumenter davantage sur ces sujets.

6.2.3. Recrutement des participants et passation des entretiens

Nous avons commencé les recrutements début avril. Sous les conseils du chef des urgences, nous avons patienté le temps que l'ampleur de la vague pandémique se calme. Les entretiens ont commencé début mai, soit dès que la période de confinement total de la population imposée par le gouvernement soit révolue (J+1). Ils se sont terminés à J+27.

Les participants ont été recrutés via les réseaux internes du Gérontopôle AURA, du CIS de St-Etienne et de La Chaire Santé des Aînés (UJM). Nous avions commencé les recrutements dès le déclenchement du stade 3 de la pandémie (Mi-mars 2020). A cette date, les restrictions sanitaires ne nous permettaient pas d'interroger les participants en présentiel. C'est pourquoi les recrutements et les entretiens se sont fait par courriels et téléphone.

Tout d'abord, nous avons contacté par courriels les connaissances directes des porteurs du projet (partenaires de projets, chefs d'équipes...). Pour des raisons éthiques, nous leur avons fait parvenir le guide d'entretien au préalable. S'en suit, des adaptations ont été apportées afin que le guide soit accepté par ces derniers, la version finale est celle présentée ci-dessus. Ces contacts ont pu nous rediriger vers les professionnels de santé les plus amènent de répondre à nos questionnements.

Les premières prises de contacts se sont principalement faites par courriels. Dans ceux-ci étaient indiqué : Le meneur du projet, la personne nous ayant communiqué ses coordonnées, l'objectif de l'étude et les modalités d'enquête (entretiens téléphoniques d'une durée de 20-30 minutes). Dans le cas où le participant acceptait de participer, l'enquêteur précisait son entière disponibilité afin de s'adapter aux créneaux horaires du professionnel de santé. Celui-ci demandait alors le numéro de téléphone auquel le participant souhaitait être joint le jour de la passation (vous trouverez un exemple de courriel anonymisé en annexe 12). Notons que nous n'avons envoyé que 14 demandes de participations. Seul 3 des personnes sollicitées n'ont pas répondu ou ont décliné notre requête. Ces résultats peuvent nous faire supposer un intérêt particulier des professionnels de santé envers notre sujet de recherche.

Les entretiens se sont déroulés par téléphone, à l'heure souhaitée par le participant. Ces interviews ont en moyenne duré 30 :05 minutes.

L'interviewer se trouvait dans un endroit calme, disposant du guide d'entretien, de son téléphone portable muni de la fonctionnalité « enregistrement d'appel » lui permettant de sauvegarder la conversation.

Les participants ont été contactés sur le numéro qu'ils nous avais fait parvenir. Il s'agissait soit de leur numéro personnel, soit professionnel. Ils ont principalement été interrogés en étant sur leur lieu de travail, dans des conditions plus ou moins propice à un entretien. Certains professionnels ont pu s'installer dans un bureau silencieux, d'autres fois, les entretiens se faisaient dans les couloirs de l'établissement qui étaient plus ou moins bruyants.

Dans un premier temps, l'enquêteur se présentait et expliquait les modalités de l'entretien prévues dans le contrat de communication (v. annexe 11). Ce contrat stipulait une présentation de la

recherche (de l'enquêteur et des objectifs), la durée de l'entretien et son caractère anonyme et confidentiel. Ensuite, l'interviewé devait donner son consentement pour que l'entretien soit enregistré, retranscrit et analysé. Ce n'est qu'après l'approbation des participants que l'enquêteur pouvait commencer l'enregistrement. En fin d'entretien, le chercheur laissait un temps aux professionnels de santé pour de potentiels questionnements, ajouts de discours, et le remerciait de sa participation.

6.3. Recherche quantitative

Pour Picciano, la recherche quantitative serait « *fondée sur la collecte de chiffres qui sont ensuite soumis à une analyse au moyen de routines statistiques* » (Picciano, 2004, p. 51).

Les méthodes quantitatives participeraient à trier et résumer l'information en mettant en avant les « *paramètres essentiels* ». En comparant les séries, elles contribuent à la construction d'un « *raisonnement explicatif* », (Claval, 1973, p. 2). Ajouter à notre étude une approche quantitative permettrait d'exprimer avec davantage de précision et de rendre les notions qualitatives vérifiables (Javeau, 1990).

L'objectif général des méthodes de recherche quantitatives serait de concevoir des lois contribuant à expliquer et à prédire des phénomènes (Bryman, 2003; Smith, 2016). C'est d'ailleurs la raison pour laquelle nous utiliserons cette méthode comme complément de recueil de données à nos résultats qualitatifs. Cette partie de notre recherche aura deux buts principaux qui seront :

- De comprendre l'ampleur, la nature et la qualité des changements de l'organisation sanitaire dans les différents secteurs de santé de la région AURA (milieu hospitalier, établissement médico-social et médecine de ville).
- D'analyser quantitativement le degré d'acceptation de ces changements exceptionnels vécus par les professionnels de santé prenant en charge des personnes âgées.

L'intérêt final de cette étape sera de potentiellement émettre des « lois » prédisant ou non, une acceptation des changements par les professionnels de santé. Pour cela, nous nous sommes focalisé sur une étude par questionnaire auto-administré (Mucchielli, 1993).

6.3.1. Population

La recherche quantitative, et notamment le questionnaire, a pour avantage de permettre un échantillonnage de participants plus important que lors d'une approche qualitative (Mucchielli, 1993). En choisissant d'utiliser la méthode du questionnaire auto-administré, les participants pourront répondre seul à l'enquête (Mucchielli, 1993). Obtenir un nombre important de réponses nous permettra de recenser mathématiquement l'impact du déclenchement du plan ORSAN-REB sur les organisations sanitaires, mais aussi d'avoir une vue d'ensemble de l'acceptation de ces modifications.

La population concernée par cette étude englobe l'ensemble des professionnels de santé exerçant leur métier dans la région AURA. Les professions médicales et paramédicales sont toutes concernées par les changements suscitées suite à la SSE de la COVID-19. Les participants peuvent avoir une

pratique en milieu hospitalier, en établissement médico-social ou en médecine de ville, soit les professions libérales ou/et à domicile (Previssima, 2020).

Les porteurs du projets ont pour missions de veiller sur la santé et le bien-être des personnes âgées. De plus, nous savons que le virus qui touche le pays semble atteindre plus gravement les personnes dites « âgées et vulnérables ». C'est pourquoi nous avons émis comme critère d'inclusion supplémentaire, la nécessité des professionnels de santé de travailler auprès de personnes âgées. Sur les déclarations de l'OMS, nous considérerons qu'une personne est âgée à partir de 60 ans (Organisation Mondiale de la Santé, 2020a). Nous nous sommes tout d'abord focalisés sur un total de 300 participants, sans émettre de date finale de diffusion du questionnaire.

6.3.2. Le questionnaire

« Le questionnaire a pour fonction principale de donner à l'enquête une extension plus grande et de vérifier statistiquement jusqu'à quel point sont généralisables les informations recueillies » (Combessie, 2007, paragr. 2).

Comme l'explique Blanchet et Gotman, une enquête par questionnaire suppose une compréhension préalable du « *monde de référence* » des personnes interrogées. En fait, le questionnaire, outil méthodologique primé dans les approches quantitatives, doit pouvoir s'adapter au langage, aux représentations et au contexte des destinataires (Blanchet et Gotman, 2007, p. 17). De ce fait, « *une phase exploratoire est indispensable* » (Bugeja-Bloch et Couto, 2015). C'est pourquoi nous nous sommes axés sur nos connaissances afin d'élaborer notre outil.

Pour cela, nous avons effectué de nombreuses recherches sur la méthodologie du volet REB du plan ORSAN afin de visualiser quels étaient les directives recommandées et obligatoires inscrites dans ces guides (Coordination opérationnelle risque épidémique et biologique, 2019; Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020). Nous nous sommes également appuyés sur les entretiens exploratoires et semi-directifs que nous avions réalisés en amont.

Notre questionnaire a été réalisé sur le logiciel sécurisé de statistiques « *Limesurvey* », (Limesurvey, 2020). Anonyme et confidentiel, seuls les investigateurs de l'étude peuvent accéder aux résultats à l'aide d'un code appartenant à la Chaire Santé des Ainés (UJM).

Son élaboration aura duré deux mois afin qu'il soit examiné par les membres du Gérontopôle AURA et de la Chaire Santé des Ainés (UJM). Dans ce laps de temps, le questionnaire a été prétesté par une vingtaine de professionnels de santé (médicaux et paramédicaux), puis réadapté de nombreuses fois en fonction des retours et modifications suggérées. Comme l'explique Bugeja-Bloch et Couto, « *on réalise souvent plusieurs passations, qualifiées de passations tests, avant la passation finale. Celles-ci permettent de réviser, si besoin, la formulation de certaines questions ou de certaines réponses* » (Bugeja-Bloch et Couto, 2015, paragr. 7).

Dans un questionnaire, les questions sont principalement fermées, permettant à l'enquête de répondre selon une liste de réponses préconstruites (Blanchet et Gotman, 2007).

C'est la raison pour laquelle la quasi-totalité de nos questionnements sont reliés à une réponse à choix multiple présentée sous la forme d'une échelle de Likert graduée en 5 options allant de 1= pas du tout d'accord à 5 = tout à fait d'accord. Ces échelles permettent de couvrir « *le spectre d'opinions d'un extrême à l'autre* » à laquelle nous avons prévu « *une option modérée ou neutre* », ici le 3 correspond à la neutralité. Ces échelles le Likert « *comptent parmi les outils les plus fiables pour mesurer les opinions, perceptions et comportement* » (SurveyMonkey, 2020, p. 1).

Dans le cas où la question est reliée à un choix multiple non-gradué, une section « autre » permet aux participants d'ajouter une réponse différente de celles prédéterminées. Un nombre restreint de question ne propose que trois réponses possibles : « Oui », « Non », « Je ne sais pas » ou « Je ne souhaite pas répondre ». Enfin, pour rendre notre questionnaire plus lisible, certaines réponses sont proposées sous la forme de menus déroulants. Nous les retrouvons exclusivement pour les questions socio-démographiques.

Toutes les questions sont obligatoires. Afin qu'ils puissent s'identifier au mieux à notre questionnaire, nous avons fait le choix de les interroger sur leurs propres représentations et avis. Pour cela chaque groupe d'items commence par « selon moi... », « d'après moi... », « j'ai l'impression que... ».

Ce questionnaire est composé de trois catégories de populations et de trois parties d'analyses auxquelles s'ajoutent des questions descriptives (socio-démographiques).

Les catégories de populations sont : - Echantillon A : les professionnels médicaux (médecin avec spécialités ou généralistes, PU-PH, MCU-PH etc.... qui exercent en établissements (de santé ou de médecine de ville) - Echantillon B : les professionnels paramédicaux (aides-soignant(e), infirmièr(e)s, kinés etc....) qui exercent en établissements. - Echantillon C : les professions libérales soit, les médecins, les infirmièr(e)s, les aides soignant(e)s...exerçants en cabinets ou à domicile.

Les trois parties d'analyses sont : - Partie 1: Compréhension de l'ampleur, la nature et la qualité des changements organisationnels (pour qui ? quoi ? comment ?) selon les modèles de Lewin Kurt et Nielsen (Lewin, 1946; Nielsen, 1993). - Partie 2 : Des questionnements sur l'existence d'une cellule psychologique et sur son utilité. - Partie 3: L'analyse de l'acceptation de la gestion de crise sanitaire axée sur le modèle de L'UTAUT 2 (Venkatesh et al., 2012).

En fonction de leur profession et de leur lieu d'exercice, les participants sont redirigés vers la partie 1 et la partie 2 du questionnaire qui leur est prévue. La partie 3 est commune à tous les participants.

Le questionnaire se structure de cette façon :

Accueil (tous les échantillons) → Données socio-démographiques 1 (tous les échantillons) → Partie 1 (échantillons A, B ou C) → Partie 2 (échantillons A et B ou C)

→ Partie 3 (tous les échantillons) → Données sociodémographique 2 (tous les échantillons) → page de fin du questionnaire (tous les échantillons).

Le schéma en annexe 16 nous illustre plus simplement ces orientations.

Contenu des parties (la totalité du questionnaire est disponible en annexe 17) :

Titre du questionnaire : « *Votre avis de professionnel de santé intervenant auprès de patients âgés de 60 ans et plus : face à la gestion de la crise du COVID-19* ».

Accueil : Présentation des meneurs de l'étude, explications brèves du sujet d'étude, critères d'inclusions, durée de passation, mentions légales de conservation des données et consentement de participation. Afin de rendre le questionnaire attractif, nous le présenterons tel quel : « *Vous êtes professionnels de santé et vous travaillez auprès de patients âgés de 60 ans et plus, votre avis nous intéresse ! Notre objectif est de recueillir votre expérience face à cette crise sanitaire sans précédent* ».

Données socio-démographiques 1 : Questions à choix multiples afin de savoir la profession et le lieu d'exercice des participants. L'objectif est de pouvoir les réorienter vers les parties qui les concernent.

Partie 1 : La partie 1 est articulée en 3 orientations. Une pour chaque échantillon. Les questions de ces trois parties sont relativement similaires. Pour autant, elles sont formulées différemment selon si le participant est un professionnel médical (échantillon A), un professionnel paramédical (échantillon B) et qu'ils travaillent en établissement (hôpital ou médico-social) ou un professionnel de santé (médical ou paramédical) exerçant en médecine libérale (clinique ou domicile) – échantillon C. Des questions/options de réponses différentes existent entre les groupes puisque l'un a plus de responsabilités que l'autre dans les prises de décisions (échantillon A par rapport à l'échantillon B) et que les missions sont différentes pour chacun d'entre eux.

Cette partie s'intéresse à la compréhension de l'ampleur, la nature et la qualité des changements organisationnels (questions 1). Elle questionne les participants sur: leur utilisation d'outils de communication numériques (questions 2,3) - la gestion des ressources humaines et matérielles (question 4) - la présence de patients contaminés par le virus (questions 5,6 pour les parties 1A et 1B et question 5 pour la partie 1C) – les intérêts réels perçus de la mise en place de la stratégie d'endiguement (question 7 pour les parties 1A et 1B et question 6 pour la partie 1C), (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020) – les changements de missions (question 8 pour les parties 1A et 1B et question 7 pour la partie 1C) – les difficultés rencontrées (questions 9 et 10 pour la partie 1A, question 9 pour la partie 1B et questions 8 et 9 pour la partie 1C) – les besoins (questions 10 pour la partie 1B).

Exemples de questions :

La nature des changements : Question 1 partie 1A,1B,1C :

* Pour faire face à la crise du COVID-19, j'ai remarqué un changement organisationnel au niveau de:

	Aucun changement	Changements plutôt peu importants	Changements plus ou moins importants	Changements plutôt importants	Changements très importants
Je n'ai pas remarqué de changement organisationnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'organisation du personnel soignant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'organisation des soins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La gestion des stocks du matériel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'organisation des locaux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La coordination avec la médecine de ville	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Les intérêts réels perçus de la réorganisation sanitaire selon les objectifs prévus dans la stratégie d'endiguement : Question 7 pour les parties 1A et 1B et question 6 pour la partie 1C :

* Selon moi, la réorganisation des services pendant la crise sanitaire du COVID-19 permet de:

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Répondre aux besoins de l'urgence sanitaire actuelle:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assurer le fonctionnement des soins par la coordination entre les différents acteurs de santé:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assurer le fonctionnement des soins par la répartition des patients (médecine de ville/services hospitaliers):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assurer le fonctionnement des soins par le renforcement des capacités en soins:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Améliorer les conditions de travail des professionnels hospitaliers en temps de crise sanitaire:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assurer la continuité des soins des patients âgés non-COVID-19:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faire bénéficier aux patients âgés atteints du COVID-19 des soins adaptés:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Partie 2 : La partie 2 s'articule en deux orientations. L'une pour les échantillons A et B et l'autre pour l'échantillon C. Les questions sont similaires mais formulées différemment selon le lieu d'exercice (en établissement ou en libéral/à domicile).

Suite aux entretiens et aux communiqués de presse du CHU de St-Etienne (Centre Hospitalier Universitaire de Saint-Étienne, 2020), nous avons appris qu'une cellule psychologique était mise à disposition dans certains établissements. Compte tenu de l'impact sur la santé mentale que peut engendrer le contexte présenté, il nous a semblé important d'y prêter attention.

La partie 2 questionne sur: - la présence ou non d'une cellule psychologique (question 1) – le public bénéficiaire de cette cellule (question 2) – l'avis du participant sur ce soutien psychologique (questions 3 et 4) – l'utilisation de celle-ci par le participant (utilisation personnelle, orientation des patients), (questions 5 et 6 pour les parties 2B et 2C, questions) - l'utilisation de celle-ci par le participant (utilisation personnelle, orientation des patients et des membres de son équipe), (questions 5,6, et 7 pour la partie 2A).

Exemples de questions :

Présence ou non d'une cellule psychologique : Question 1, parties 2A, 2B et 2C :

* En cette période de crise sanitaire, une cellule psychologique est mise à disposition sur le site où je travaille

⚠ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Avis du participant sur ce soutien psychologique : Question 3, parties 2A, 2B et 2C :

* Je pense que cette cellule psychologique est bénéfique pour:

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Les professionnels de santé de l'établissement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les patients étant ou ayant été atteints du COVID-19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La famille des patients étant ou ayant été atteints du COVID-19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les usagers de l'établissement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je pense qu'une cellule psychologique n'est pas bénéfique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Partie 3 : La partie 3 est identique à tous les échantillons. Elle s'intéresse à l'acceptation de la gestion de crise sanitaire axée sur le modèle de L'UTAUT 2 (Venkatesh et al., 2012).

Dans celles-ci nous poserons des questions aux participants sur : - l'utilité de la réorganisation sanitaire (question 1 et 6) - l'utilisabilité de ces changements (facilités/difficultés/perceptions du risque), (questions 2 et 7) – les motivations internes (motivations personnelles et émotions), et externes (influence sociale, obligations) à s'y adapter (questions 3, 4, 5 et 10) – les conditions facilitatrices (question 8) – l'adoption par habitudes (question 9).

A la fin de cette partie, trois questions ouvertes sont disponibles (facultatives), proposant aux participants d'émettre des suggestions ou des besoins.

Exemples de questions :

Utilisabilité de ces changements (perception des risques) : question 7 partie 3 :

* Face à cette épidémie:

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Mon investissement dans cette crise sanitaire m'a semblé évident:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens en sécurité dans l'exercice de mes fonctions :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai peur pour ma santé:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai peur de mettre en danger mes proches:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai peur de contaminer mes patients:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Conditions facilitatrices : question 8 partie 3 :

* Pour faciliter la nouvelle organisation je pense que:

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
J'ai les compétences et connaissances nécessaires pour m'adapter:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je dispose des ressources matérielles nécessaires:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je peux obtenir de l'aide lorsque j'ai des difficultés avec l'organisation de travail:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Données socio-démographiques 2 : Cette partie clôture notre questionnaire. Les participants sont interrogés sur des données concernant leur : - âge - genre - situation familiale - fréquence de participation à des dépistages de la COVID-19 – potentielles contaminations par la maladie.

4.3.3. Recrutement des participants et passation des questionnaires

Le questionnaire a été diffusé en ligne sur le logiciel sécurisé Limesurvey entre mi-mai et fin juin 2020. Pour cela, nous avons confectionné une affiche munie d'un lien hypertexte intégré renvoyant le participant directement sur le questionnaire (affiche disponible en annexe 18). Cette affiche ainsi

qu'une brève présentations du projet ont été envoyé par courriels aux différents contacts du Gérontopôle AURA et de la Chaire Santé des Aînés. La mailing List était composée de plusieurs CHU, EHPAD, associations en lien avec le bien-vieillir, enseignants en activité physique et sportive adaptée, médecins, universités et écoles, filières gérontologiques, URPS infirmiers (Unions régionales des professionnels de santé), contacts de départements et de régions.

Nous avons également partagé cette affiche sur les réseaux sociaux : Twitter, LinkedIn, Facebook (dans des groupes de professionnels de santé de la région AURA).

Les participants répondaient au questionnaire depuis leurs mobiles/ordinateurs. Celui-ci a été conçu de façon à ce que chaque participant ne puisse répondre qu'une seule fois et puissent sauvegarder et reprendre l'étude plus tard si nécessaire. Une barre de progression leur indiquait l'avancement de leurs réponses. Nous avons activé la fonction « retour en arrière » pour qu'ils puissent modifier leurs réponses si besoin avant la sauvegarde finale.

7. Méthodes d'analyses et résultats : Partie qualitative

7.1. Méthode d'analyse des entretiens semi-directifs :

Les entretiens semi-directifs qui ont été enregistrés vont ensuite être retranscrit à l'aide du logiciel VLC (Logiciel VLC, 2020). Pour cela, le chercheur va réduire la vitesse de lecture et réécrire chaque parole à l'identique sur un logiciel de traitement de texte. Cette étape permet d'éviter les biais d'interprétation et est une étape indispensable pour pouvoir procéder à leur analyse thématique (Paillé et Mucchielli, 2012). Comme l'indique ses auteurs, nous avons tout d'abord repris les principales thématiques abordées dans notre guide d'entretien pour concevoir un tableau les répertoriant. Suite aux premières lectures superficielles et en s'intéressant plus profondément aux données recueillies, des modifications ont été apportées. Selon Bardin, « *La manipulation thématique consiste ainsi à jeter l'ensemble des éléments signifiants dans une sorte de sac à thèmes qui détruit définitivement l'architecture cognitive et affective des personnes singulières* » (Bardin, 1991, p. 93). Plutôt que d'utiliser des « *sortes de sac à thèmes* » nous parlerons de « *nœuds* ». Pour cela nous avons utilisé le logiciel Nvivo 11, (QSR international, 2016). « *Ce logiciel a pour finalité de soutenir les méthodes de recherche qualitatives et mixtes en favorisant la collecte, l'organisation et l'analyse de contenu* » (Plard et Martineau, s. d.).

Nous avons téléchargé l'ensemble des retranscriptions de nos entretiens semi-directifs dans le logiciel. Nous les avons ensuite codés par couleurs en créant des nœuds (ou catégories thématiques). Grâce à ce logiciel, nous pouvons encoder, et classer les différentes citations dans des nœuds. Il est possible de désencoder et de modifier nos nœuds autant de fois que nous le voulons. L'ensemble des citations en lien avec le nœuds est référencé dans un seul et unique document. Nous pouvons ensuite les interpréter plus facilement. « *Le procédé d'encodage dans Nvivo correspond donc à la segmentation du contenu d'un texte, d'un article, d'un entretien « en unités d'analyse (mots, phrases, thèmes...) et à les intégrer* »

au sein de catégories sélectionnées [des thèmes dans notre cas] en fonction de l'objet de recherche » (Averseng, 2011, p. 377; Plard et Martineau, s. d.). Le logiciel Nvivo nous permet ensuite de faciliter et clarifier l'analyse à l'aide de pourcentages de contenus des nœuds et de différents graphiques « *pour explorer son corpus de recherche et visualiser ses données* » (Plard et Martineau, s. d.).

7.2. Résultats

Si nous nous focalisons dans un premier temps sur le guide d'entretien, la grille d'analyse thématique correspondrait au tableau disponible en annexe 19. Après avoir retranscrit et encodé notre corpus de données, des thèmes et sous-thèmes ont été ajoutés (v. le tableau 1 ci-dessous). Afin d'illustrer la méthode utilisée, un exemple de retranscription d'entretien est disponible en annexe 20. Vous trouverez les différentes étapes de l'encodage ainsi qu'un exemple de référencement des données recueillies en annexe 21.

Thèmes	Sous-thèmes
Données socio-démographiques	
Implication dans la crise sanitaire	
Organisation sanitaire pendant la pandémie de la COVID-19	<i>Modification des services</i>
	<i>Gestes barrières</i>
	<i>Gestion du matériel</i>
	<i>Gestion du personnel</i>
	<i>Gestion des consultations et afflux de patients</i>
	<i>Dépistages</i>
	<i>Gestion des visites</i>
	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Fins de vie</i> - <i>Communication avec les patients et les familles</i>
Prise en charge des patients âgées contaminés par la COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Protocoles et dispositifs mis en place</i> - <i>Communication entre les professionnels de santé et prises de décisions</i>
La prise en charge des soins courants	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Protocoles et dispositifs mis en place</i> - <i>Impacts de la pandémie sur les patients Non-COVID</i>
Ressentis globaux	

Tableau 1: Grille d'analyse thématique des entretiens semi-directifs

Le diagramme hiérarchique en annexe 22 nous permet de visualiser les schémas d'encodage et de comparer l'importance accordée par les professionnels de santé à chaque nœud (thème/sous-thème). Il nous montre la dispersion des citations selon les différentes catégories. Nous pouvons voir qu'une majorité des citations concernent les changements organisationnels.

Les sous thèmes de ce nœud des plus explicités au moins explicités sont : la gestion des visites > les gestes barrières > la gestion du personnel > la gestion du matériel > la gestion des consultations médicales > la modification des service > les dépistages.

Le deuxième thème le plus discuté concerne la prise en charge des patients âgés atteints de la COVID-19 avec une attention particulière aux dispositifs mis en place et à la communication et prises de décision entre les professionnels de santé. Vient ensuite le nœud concernant la prise en charge des soins courants comprenant les dispositifs mis en place et les répercussions sur la prise en charge des patients âgés non-

contaminés par le virus. L'expression des ressentis des professionnels de santé arrive en quatrième position. Les deux thématiques couvrant le moins de citations sont l'implication des participants dans cette crise sanitaire et les données socio-démographiques.

7.2.1. Données socio-démographiques :

Les données socio-démographiques incluant le genre, l'âge, la profession (métier, ancienneté, terrain et département d'exercice), ainsi que le nombre de personnes présentes dans le foyer sont disponibles dans le tableau en annexe 10.

7.2.2. Implication dans la crise sanitaire :

Durant la crise sanitaire, 7 des participants interrogés ont travaillé dans un service dédié aux patients atteints de la COVID-19, dont 2 se trouvaient être des services de maladies infectieuses, 4 étaient des services aménagés dédiés à la COVID-19, et le dernier était un EHPAD accueillant exclusivement des patients contaminés. Les trois autres participants travaillaient dans des services non-COVID (filière courte d'urgence, EHPAD et soins palliatifs, service de pneumologie). Il est intéressant de constater que les professionnels exerçant habituellement dans des services qui n'étaient plus fonctionnels à cette période (ex : médecine du sport) ont été réorientés vers des filières d'urgences ou des services prenant en charge des patients victimes du virus. Alors que certains établissements semblent avoir été préservés, d'autres ont été totalement dépassés par les événements.

Sujet 7 : « Alors en tous cas nous pendant la période COVID on a eu que des patients COVID dans le service ».

Sujet 1 : « Du coup moi j'ai été dispatché dans d'autres services, là où ils prenaient en charge des patients COVID pendant 1 mois et demi, deux mois quoi ».

Sujet 6 : Oui, on a 80 % des résidents qui ont été touchés et 75% de soignants donc autant vous dire que pendant 15 jours ça a été l'apocalypse.

7.2.3 Organisation sanitaire pendant la pandémie de la COVID-19

La majorité des participants s'accordent à dire que des modifications organisationnelles drastiques ont eu lieu. Pour eux, ces changements se sont fait dans la précipitation et de façon locale. Nous pouvons voir des discours différents chez les médecins n'accueillant pas de patients COVID. Certains hôpitaux semblent avoir mieux anticipé que d'autres l'ampleur de la demande de soins. Deux professionnels expliquent la mise en place progressive de ses nouvelles mesures, avec une vague pandémique sans grande gravité. L'un d'eux affirme que tous les professionnels sont normalement formés à des scénarios catastrophes. A daté des entretiens, la situation semble s'apaiser.

Sujet 6 : « Oui, de très gros changements pour ne passer à côté de rien [...] c'est allé très très vite hein ».

Sujet 10 : « Et puis finalement petit à petit les choses s'organisaient et on a pas eu de grande vague je pense. Les choses sont arrivées progressivement ».

Sujet 5 : « Oui, oui, oui après... rien de dramatique mais oui, oui ».

7.2.3.1. La gestion des visites :

Les visites, qui à la date des entretiens reprenaient progressivement, ont été totalement interdites dans les établissements médico-sociaux et les hôpitaux pendant la période de confinement national. Les professionnels de santé nous expliquent que cette règlementation a été très compliquée à vivre autant pour les familles que les résidents qui ne comprenaient pas toujours son utilité. L'aspect éthique de ces interdictions de vie sociale pour les personnes âgées semble avoir grandement questionné les professionnels de santé, principalement en ce qui concerne les fins de vies. C'est pourquoi certaines visites exceptionnelles ont été accordées. Les visites en établissement entièrement COVID sont toujours interdites. Pour autant, les EHPAD ouvrent progressivement leurs portes aux familles, dans des conditions sanitaires strictes (plexiglass, masques, distanciations).

Sujet 4 : « C'était un peu difficile et il y en a beaucoup qui demandaient à avoir une dérogation médicale pour pouvoir venir, il y en a certains qui essayaient de passer un peu par-dessus les clôtures de l'établissement ou qui faisaient un peu coucou de la rue ».

Sujet 1 : « On pouvait appeler les familles mais on ne pouvait pas leur permettre des visites. Et c'est quelque chose qui a vite changé. Au bout d'une semaine les fin de vies ont eu une visite autorisée de façon exceptionnelle. Mais c'étaient vraiment des familles de 2 personnes max et voilà ».

Pour l'un des professionnel, l'interdiction de ces visites serait en partie dû à un manque de matériel afin d'équiper les familles de résidents/patients. Plusieurs professionnels dénoncent une mauvaise communication à ce sujet entre les établissements et les ARS. Ils parlent aussi d'une instabilité globale des règlementations.

Sujet 4 : « Il y a eu aussi un peu du flottement des fois dans les annonces, les mesures n'étaient pas toutes les mêmes entre les établissements.

Sujet 9 : « Initialement les visites étaient complètement interdites donc pour les raisons évidentes de transmission de la pathologie et puis pour une deuxième raison qui était la pénurie de matériel et en particulier, si on faisait venir une famille, il fallait qu'on prévoie de l'équiper ».

- Gestion des fins de vie

Unanimement, la gestion des fins de vie est l'une des plus grosses difficultés rencontrées par les professionnels de santé, avec des taux de décès variables selon les services. Le fait de ne pas pouvoir faire venir les familles dans ces moments-là, a été une charge mentale importante tant pour les familles, les patients et les soignants. Nous avons dû interrompre un entretien suite aux larmes de l'un des médecins.

Sujet 7 : « Alors pour les fin de vie ? Et bien justement. Ça, ça a été vraiment très très compliqué surtout au début. C'est-à-dire que la problématique c'est qu'on a eu beaucoup de patients âgés qu'on a malheureusement, et de manière un peu simultané, pas pu sauver entre guillemets... la pathologie les a emporté »

Sujet 1 : « C'était difficile et pour les patients et pour les familles et pour le personnel hein. Parce qu'on avait des patients qui étaient en fin de vie et qui finalement allait décédés. Et on ne pouvait pas faire comme d'habitude. On pouvait appeler les familles mais on ne pouvait pas leur permettre des visites ».

Sujet 8 : « Je pense que dans le service oui, il y a eu des situations très compliquées ou on a enchaîné les décès, de patients plus ou moins âgés mais globalement quand même si, assez âgés ».

Certains soignants ont mis en place des rituels (visios avec leurs proches, bougies ...) qui ont été, semble-t-il très appréciés par les familles. Les sujets expliquent avoir tenté de rendre ces moments les plus humains possibles, même si ça ne fut pas toujours le cas. L'un d'entre eux pense que ces conditions pourraient rallonger la période de deuil des familles.

Sujet 9 : « Peut-être que des fois des gens préféreraient être là pour de vrai, des fois on a pas eu le temps de les faire venir... des fois le mari et la femme étaient tous les deux dans le service donc on a fait transférer la femme dans son lit pour qu'elle tienne la main du mari pour quand elle/il allait partir quoi... on a essayé de faire au plus humain mais ça n'a pas toujours été le cas... »

Sujet 9 : « On s'est dit que si on faisait pas d'accompagnement de deuil on allait fabriquer des générations de tarés, des gens qui n'allaient jamais réussir à passer au-dessus... ».

- Communication avec les familles et les patients :

Les participants expliquent que la communication avec les familles et les patients s'est majoritairement faite par téléphone. Dans les débuts, les familles, souvent inquiètes, appelaient régulièrement les professionnels de santé pour avoir des nouvelles. Par la suite, ils remarquent une diminution importante des appels. Il semblerait que les familles avaient peur de déranger. Plusieurs établissements ont organisé des créneaux d'appels (ex : de 14h30 à 16h). L'utilisation d'outils numériques s'est grandement développée avec la mise en place d'une cellule de communication dans certains EHPAD et de visioconférences qui ont majoritairement été satisfaisantes. Elles étaient souvent mises en place par les « personnes renforts ». Il est important de préciser que ces communications virtuelles, bien qu'utiles, ne pouvaient pas, d'après les médecins interrogés, remplacer le contact physique dont les personnes âgées ont besoin, notamment celles porteuses de troubles cognitifs. Pour certains individus/établissements l'utilisation de ces outils s'est avérée plus complexe que prévue et n'a pas fonctionné (état de santé/savoir-faire/connexion internet...). D'autres méthodes ont vu le jour, telles que la création de journaux familiaux.

Sujet 6 : « c'étaient principalement les liens avec « familero » c'était un petit journal que les familles et les animatrices pouvaient renseigner. Nous on a pas de Wifi au sein de l'établissement donc on a pas pu utiliser la vidéo ».

Sujet 7 : « Alors non, très peu. Pourquoi ? Et bien parce que les patients pour les outils numériques et bien, on avait des patients qui étaient extrêmement mal et que c'était très difficile de pouvoir utiliser un outil numérique avec eux. »

Sujet 10 : « Donc voilà, il y a aussi eu pas mal de téléphone mais c'est vrai qu'il y a eu beaucoup de visios, on ne pensait pas qu'il y en aurait eu autant. On s'est dit qu'ils seraient sûrement en difficultés avec le numériques mais on a été très surpris. Il y a quand même pas mal de personnes pour qui ça

n'a pas été possible mais je ne pourrais pas vous dire le pourcentage mais oui, il y a eu vraiment pas mal de visios ».

Nous pouvons clairement distinguer que les participants ayant travaillé dans des hôpitaux, en unités COVID ont eu plus de mal à maintenir ce lien avec les familles que ceux issus d'EHPAD. La charge de travail et de fatigue semble être plus importante en milieu hospitalier. Les professionnels hospitaliers expliquent que l'interdiction des visites leur a permis d'accorder plus de temps aux patients.

Sujet 6 : « Sujet 6 : Ouais, il y avait un créneau mais franchement c'était vraiment très dure parce que c'était ben voilà... les soignants étaient fatigués, du coup on essayait de renseigner au mieux la famille des patients ».

Sujet 4 : « Je pense qu'ils ne voulaient pas nous déranger alors qu'on avait quand même du temps à leur consacrer. Mais on avait vraiment l'impression que quand ils nous appelaient ils ne voulaient pas nous déranger. Il y a eu vraiment cette période très calme pendant je dirais plus d'un mois ».

Sujet 10 : « C'est un peu égoïste mais j'ai trouvé très confortable de ne pas avoir les familles [...] je sais que c'est très important pour elle mais des fois ça nous coupe ou ça nous laisse très peu de marge de liberté avec des familles qui sont très envahissantes ».

7.2.3.2. *Les gestes barrières*

Comme indiqué dans les recommandations gouvernementales, les gestes barrières ont été largement accentués dans le secteur sanitaire. Nous pouvons distinguer deux catégories de participants. Les professionnels de santé issus de spécialités telles que les maladies infectieuses ne semblent pas dérangé par ces nouvelles mesures qui étaient déjà de mises dans leurs fonctions habituelles. En revanche, les professionnels de santé qui ont travaillé auprès de patients atteint de la COVID-19 alors qu'ils travaillent habituellement dans des services moins protocolisés, montrent des difficultés à adopter de nouvelles habitudes. Globalement, tous les professionnels suivent le même processus à des échelles plus ou moins strictes : Ils arrivent habiller en civile et se changent (tenues, blouse, masques, gel hydroalcoolique aux-quels s'ajoutent pour certains les lunettes, masque FFP2, surblouse, surpantalon, charlotte). A la fin de leur service, la quasi-totalité des participants se lavent soigneusement pour ne pas ramener le virus dans leur foyer (soit sur leur lieu de travail, soit chez eux). Une équipe d'hygiène est prévue dans certains établissement pour former les professionnels de santé. Ces formations sont vues très positivement par les soignants. Ceux qui n'y ont pas eu accès le déploré. Enfin, un soin particulier est accordé au lavage des mains et à la désinfection des locaux/matériels entre chaque patient. Un professionnel travaillant dans un Open-space entièrement COVID explique la complexité de ce protocole et nous parle d'un soutien mutuel, où les professionnels se surveillent les uns les autres pour s'assurer de la protection de chacun. Plusieurs participants pensent qu'ils est impératif d'embaucher davantage d'ASH (agent des services hospitaliers).

Sujet 3 : « En arrivant, enfin en rentrant dans notre service, on se lavait les mains avant chaque patients et à chaque sortie de chambre donc avec du gel. Ensuite il y avait tout l'habillage qui était très protocolisé aussi par le service d'hygiène qui est également venu dans notre service pour nous

réexpliquer un petit peu toutes les mesures barrières qu'il fallait avoir. Donc ça, c'est vraiment bien. Ils passent assez régulièrement dans les services donc ça c'est très bien ».

Sujet 5 : « Alors ce sont des choses que je fais habituellement donc c'est devenu systématique ».

Sujet 9 : « Ah mais complètement, c'était complètement strict, on se surveillait les uns et les autres pour vérifier qu'on était bien habillé enfin, d'ailleurs encore aujourd'hui je crois que je suis COVID négatif ».

Dans les EHPAD, les patients ont été isolés en chambre et n'en sortaient jamais. Ni pour les consultations médicales, ni pour les repas. En fait, tout lien social a été rompu. Lors des entretiens, les activités communes reprenaient progressivement, souvent avec le port du masque obligatoire. Les gestes barrières concernant les visites aux résidents demeuraient strictes et sous surveillance, des conditions qui ne sont pas évidentes pour tous les résidents.

Sujet 6 : « Ouais c'est ça, on a recommencé à prendre les repas en salle à manger hier. Les résidents ont de nouveau le droit de sortir de leur chambre donc avec un masque ».

Sujet 4 : « Il y a des visites qui sont autorisées mais pas dans les services, pas dans les chambres... ça se passe dans un lieu avec toutes les protections, des vitres en plexiglass exceptera et donc on ne peut pas avoir de contacts physiques forcément entre le résident et la personne qui vient rendre visite [...] ils peuvent se voir mais après pour se parler bon et bien ils essaient de se parler mais avec la vitre en plexiglass plus les problèmes d'auditions des sujets âgés... »

7.2.3.3. La gestion du personnel :

A la vue des différents discours, nous pouvons supposer que le personnel s'est réorganisé de façon interne et non-officielle. Ce sont les professionnels qui sont venus prêter main forte à leurs collègues ou qui ont intégré les unités dédiées aux patients atteints de la COVID-19 de leur plein gré. Du personnel supplémentaire est venu en renfort dans certains services et EHPAD, cela serait dû à la fermeture temporaires d'autres postes, à des volontaires, à des agences d'intérimaires et à l'aide des infirmières des HAD (hospitalisations à domicile). Les agents de santé ont pu avoir un rythme de travail plutôt confortable avec du temps supplémentaire à accorder aux patients/résidents. Ce temps supplémentaire a été important pour surveiller de près l'arrivée de potentiels symptômes. Il a été possible pour le corps soignant de changer de poste pour s'occuper de missions plus utiles telles qu'aider à la communication résidents-patients/familles/professionnels de santé. Dans l'ensemble, il semblerait qu'il y ait eu des moyens humains suffisants pour répondre à la demande de soins, hormis dans l'un des EHPAD où 75% des soignants ont été contaminés.

Sujet 1 : « Ah oui, tout s'est fait vraiment à l'amiable entre nous quoi. Enfin moi quand mon service a fermé, personne ne m'a rien dit donc j'aurais pu rester chez moi à rien faire quoi. On a eu aucune directive de la direction de l'hôpital quoi. C'était vraiment une réorganisation non-officielle ».

Sujet 6 : « Et donc on a eu ce jeune qui nous a donner 5, 6 noms, peut-être plus qui étaient prêts à venir bosser et qui ont fait fonction aides-soignants et du coup on a pu remplacer tous les soignants dans nos

service. Pour les infirmières on a fait appel aussi à notre réseau d'infirmières libérales et on a fait appel HAD aussi et on a toujours eu du personnel ».

Sujet 10 : « Donc on a annulé toutes ces activités qu'on a reportées sur l'EHPAD pour être au plus près des résidents et pour être vigilants sur des potentiels premiers symptômes de COVID ».

La plupart du temps, les soignants contaminés ou à la santé fragile étaient mis en arrêt de travail. Les participants ont trouvé ses mesures adaptées à la situation. Alors que la majorité des participants déclarent ne pas avoir travaillé plus que d'habitude, un tiers d'entre eux disent avoir été submergés par les heures de travail (tous travaillaient en unités COVID). Enfin, tous les sujets interrogés nous expliquent que les horaires de travail ont été aménagées afin de faire des journées de 12h et d'éviter les allers-retours dans les services.

Sujet 9 : « S'il y avait le moindre symptôme ou de la température ou quoi que ce soit. C'était arrêt et quatorzaine. [...] les gens qui étaient dans des équipes soignantes diabétiques ou sous traitements immunosupresseurs ont été mis en quarantaine et même en quarantaine longue [...] Je pense que ce sont des mesures plutôt raisonnable ».

Sujet 8 : « On a eu beaucoup de Week end passés à l'hôpital également avec certaines journées très très longues. Au tout début de la crise, fin mars début avril on était plusieurs à finir à 22-23h en y étant depuis 8h du matin ».

Sujet 6 : « Donc ce qu'on a fait c'est qu'au niveau du personnel, on a fait passer tous les agents en 12h pour limiter les va-et vient. Donc du coup ça s'est fait du jour au lendemain, on a basculé tous les agents en 12h ».

Les principales difficultés rencontrées pour gérer le personnel étaient les difficultés de gardes des enfants et le temps important passé à « briefer » les personnes venues en renfort.

Sujet 7 : On a eu quelques personnes qui étaient un peu en difficultés parce qu'ils n'avaient pas de mode de garde pour leurs enfants [...] le personnel à rapporter ce genre de difficultés ».

Sujet 6 : « Mais voilà, à chaque fois qu'on était avec une nouvelle personne, enfin comme par exemple on en eu une nouvelle assistante sociale et bien pour lui expliquer la gestion du matériel, il a fallu une journée d'explications quoi, vous comprenez ? ».

Dans les hôpitaux, les plannings (gardes, astreintes) étaient préparés à l'avance par les professeurs. Cette organisation a permis aux médecins de se focaliser sur leurs missions et de bénéficier d'un temps de repos sans se questionner sur le personnel à prévoir en leur absence. Cette démarche a été jugée positivement par l'ensemble des participants concernés (hospitaliers).

Sujet 9 : « Ils géraient tout seul nos gardes, nos astreintes, nos plannings complets. [...] Et moi j'ai trouvé qu'au moins comme ça on avait pas à se poser 1000 questions métaphysiques sur qui fait quoi, qui en fait le plus, qu'est-ce que je peux apporter de mieux, enfin les jours où on a besoin de toi tu es sur le planning et les autres jours tu es off donc vas te reposer car on aura besoin de toi le lendemain. Je trouve que c'était pas si mal que ça quoi ».

Cette crise aurait permis aux équipes de se rendre compte de l'investissement sans faille de certains professionnels de santé.

Sujet 6 : « La crise ça a permis aussi de révéler des personnalités sur des soignants [...] ça a vraiment dévoilé des personnalités qui allaient vraiment de l'avant et c'est tout à fait positif parce que finalement ce n'étaient pas les personnes qu'on aurait solliciter directement quoi. La crise a vraiment permis de mettre en évidence les personnes sur lesquelles on pouvait compter ».

7.2.3.4. La gestion du matériel

La gestion du matériel est un sujet qui a été discuté instinctivement par l'ensemble des interrogés. En effet, le manque de masque a été longuement soulevé et a été considéré par trois des participants comment étant l'une des seules choses qui n'a pas fonctionné correctement dans l'organisation sanitaire de la pandémie. Ce flux tendu de matériel a été une source de stress importante pour les participants.

Sujet 10 : « Sinon j'ai eu beaucoup la peur de ne pas avoir de matériel. Ça, ça a été parfois un peu compliqué parce qu'on sentait vraiment qu'on était à flux tendu et voilà ».

Sujet 3 : « Je pense que non, il n'y aurait pas grand-chose à modifier à part bon et bien toujours pareille, la pénurie des masques ».

La majorité des établissements ont eu le matériel nécessaire pour se protéger (soit un masque le matin et un masque l'après-midi). L'accès aux masques et aux gels hydroalcooliques a été très réglementé et restrictif. Des vols de matériels ont été signalés. Pour pouvoir obtenir une nouvelle boîte de masques, les médecins devaient émarger, amener la boîte vide à la pharmacie ou demander l'autorisation aux responsables qui les tenaient sous clefs.

Sujet 1 : « Enfin on l'a quand même ressenti avec un nombre de masque bien définit par personne et une fois qu'on avait un masque sur la tête par exemple il fallait le garder pour toutes les visites le matin. C'était parfois un peu pénible ».

Sujet 3 : « On a quand même été victime de quelques vols de gels hydroalcooliques, de quelques masques et des choses comme ça. Donc après ça a été mis entre guillemets sous clefs et géré. Et donc en gros pour obtenir une boîte de masques il fallait ramener à la pharmacie la boîte de masques vides ».

Le professionnel de santé de l'EHPAD dont 80% des résidents et 75% des soignants ont été touchés déplore des recommandations instables. Il expliquent qu'ils ne savaient pas quand est-ce qu'ils étaient censés mettre le masque et le faire porter aux résidents.

Sujet 6 : « [...] Mettre les masques, ne pas les mettre, vous les mettez uniquement quand il y a les symptômes alors que nous [...] on demandait aux résidents de mettre tous des masques alors que la direction nous a dit « Non, vous enlevez les masques, il y a pas de symptômes, vous mettez pas les masques aux soignants ». Mais bon avec le recul on se rend bien compte que c'était une bêtise mais bon voilà, c'étaient les directives ».

Ce même professionnel nous explique que son EHPAD ainsi que trois autres hôpitaux voisins ont été en pénurie de surblouses. C'est suite à un appel à l'aide sur les réseaux sociaux et au soutien du gouvernement qu'ils ont pu continuer de protéger le personnel. La solidarité a été selon lui un point fort de cette crise sanitaire. Il note un point négatif qui est le côté esthétique des surblouses confectionnées par les volontaires (dessins de Mickey, Minnie etc...) qui, ne serait pas adapté à l'accueil des familles

venant voir un proche mourant. Ces conditions sont, celui-lui « vraiment ridicule et l'image soignant en a pris vraiment un coup » (Sujet 6).

Sujet 6 : « Ce qui nous a posé problème dans un second temps, ça a été les surblouses. Donc là on a fait un appel via les réseaux sociaux [...] les entreprises se sont manifestées et nous ont donné des surblouses et puis après il y a eu une prise en main de la situation par les députés, la communauté de commune qui a demandé un appel aux volontaires pour coudre et fabriquer des surblouses en tissus [...] on a eu 5 000 surblouses qui ont été fabriquées en 3 jours seulement [...] enfin il y a eu trois hôpitaux qui ont pu être équipés ».

Alors que la majorité des professionnels interrogés disent avoir eu le matériel (hors masque) nécessaire, deux d'entre eux expliquent qu'ils ont manqué d'équipement, et de lits de réanimation. Le manque d'équipement aurait poussé les soignants à refuser l'aide d'étudiants et la pénurie de médicaments ne permettrait pas de reprendre une activité normale.

Sujet 9 : « On a annulé des étudiants pour qu'ils ne viennent plus nous filer un coup de main parce qu'on avait pas assez de surblouses, de surmasques et de sur lunettes exceptera à leur donner donc bon... [...] sans matériel et sans personnel et bien ça passait pas donc il faut impérativement qu'on revienne à un équilibre quoi ».

Sujet 9 : « au niveau médicament on est pas capable de reprendre l'activité parce qu'on a pas assez de médicaments aujourd'hui et c'est tout ».

Sujet 2 : « Alors pour la prévision des lits il n'y a pas eu de problèmes puisqu'il y a eu moins de patients que la capacité d'accueil. Ouais, ouais... mais tant mieux. Après on était prêt à en avoir plus. Donc on a su être réactif ».

Enfin, nous apprenons que le matériel médical utilisé auprès des patients COVID est d'abord mis en quarantaine avant d'être de nouveau opérationnel.

Sujet 9 : « Par exemple l'électrocardiogramme qui allait servir pour les patients étaient considéré COVID + et d'ailleurs en ce moment ce matériel est mis en quarantaine pour pouvoir être réintégrer dans le circuit ».

7.2.3.5. La gestion des consultations médicales – afflux de patient :

Les participants s'accordent sur l'organisation des consultations médicales. Toutes les consultations non-urgentes et ambulatoires ont été suspendues comme il l'a été demandé par le gouvernement. L'activité annexe à la prise en charge des patients atteints de la COVID-19 a été nettement diminuée. Les médecins continuaient un suivi (bien que minime) auprès des patients réguliers par le biais des outils numériques (télémédecine, téléphone).

Sujet 2 : « Il y a eu juste une toute petite activité de téléconsultation et de bilan notamment pour ceux-là on ne pouvait pas trop arrêter mais sinon tous les suivis que nous faisons habituellement, donc tous les épreuves d'efforts exceptera, ça a été complètement annulé ».

Sujet 8 : « Et bien pour les consultations on s'est adapté aux directives hein, à savoir limiter et privilégier au maximum tout ce qui était téléconsultation. Et donc on a, nous dans le service, maintenu quasi-maintenue aucune plage de consultations habituelles pendant la période du pic épidémique ».

Les professionnels de santé ont demandé aux patients de rappeler après la crise pour reprendre un rendez-vous.

Sujet 2 : « Non, on les a annulés complètement en proposant aux patients de rappeler à la fin de la crise pour reprendre rendez-vous s'ils en ont encore besoin ».

Durant ce pic épidémique, les motifs de consultations étaient différents. Il y a eu une diminution importante de consultations urgentes. Les soignants ont été surpris de constater une baisse d'infarctus, ou encore d'arrêt cardiaque. Une augmentation des accidents domestiques est constatée et s'explique par le fait que la population aurait davantage bricolé pendant le confinement.

Sujet 2 : Le nombre de passage a été quasiment divisé par 3 ou 4 [...] les urgences font en principe entre 100 ou 120 entrées par 24H et là on était qu'à 30 ou 40 en comptant les COVID hein. Donc il y avait vraiment beaucoup beaucoup moins de monde qui venait [...] on a pu voir un peu plus d'accidents domestiques avec ceux qui se mettaient à bricoler parce qu'ils s'ennuyaient. Avec notamment les plaies. Donc c'étaient surtout des plaies de bricolages, des traumas, des contusions et des choses comme ça ».

Sujet 3 : « Il y a eu une grosse diminution voire même une absence de tous les autres motifs qu'on peut normalement avoir. Donc il y avait très peu de douleurs thoraciques, très peu d'AVC, très peu de tous ces motifs-là »

Après le confinement, ils ont remarqué que de nombreux problèmes de santé ont été négligés. Les patients auraient laissé traîner leurs douleurs, ou ne seraient pas revenus pour poursuivre leurs soins. C'est pourquoi les motifs de consultations post-confinement sont plus graves qu'habituellement. Les participants pensent que la population avait peur de se rendre à l'hôpital et supposent que le rythme sédentaire imposé par le confinement a réduit le nombre d'AVC et d'infarctus.

Sujet 5 : « Ah ben oui, ben oui. Il y avait quand même globalement moins de patients, et aussi des patients un peu plus chauds pour certains... »

Sujet 2 : « Les gens ont carrément peur de venir aux urgences donc soit ils laissaient traîner en ayant des douleurs et des symptômes, soit avec le confinement et en restant bien au calme chez eux, peut être bien qu'ils faisaient un peu moins d'AVC et d'infarctus. Mais je pense surtout qu'ils avaient peur de venir [...] dans le service de traumatologie, il y a beaucoup de gens qui, même pour des fractures ou des choses comme ça, qui étaient dans le plâtre, qui ne voulaient pas venir quoi ».

Les participants qui travaillent en EHPAD (hormis le sujet 6) expliquent avoir été plutôt préservés par la pandémie. Les professionnels de santé hospitaliers travaillant dans des SSR COVID (soins de suite et de réadaptation) ou en réanimations aménagées font le même constat. Ils affirment tous qu'ils auraient pu accueillir des patients supplémentaires, à tel point que certaines unités ont fermées et dispatchés les patients dans d'autres services.

Sujet 10 : « On a jamais été débordés comme on a pu le voir par exemple dans l'Italie du Nord ».

Sujet 3 : « Il n'y a pas eu suffisamment de patients pour que ça reste ouvert et donc, on avait que très peu de patients dans le service et donc nos patients ont été redépêchés ailleurs pour mobiliser moins d'équipes, d'infirmières et tout ».

A l'inverse, les médecins des services de maladies infectieuses nous expliquent que les patients se sont retrouvés au même stade de gravité simultanément. Ces services qui prévoyaient initialement

d'accueillir tous les patients positifs ont dû revoir leurs stratégies pour n'accueillir que les formes les plus graves et les patients les plus vulnérables.

Sujet 7 : « Il y a eu un grand nombre de patients d'un coup et donc les patients se sont retrouvés au même moment de l'histoire de la maladie et dans le même état de gravité simultanément ».

Sujet 8 : « Ce qui était prévu c'était de pouvoir essayer d'hospitaliser tout patient positif que ce soient les patients à risques de formes graves ou pas et en fait après, du fait de l'afflux important de patients on s'est progressivement organisé pour ne prendre plus que les patients ayant des critères d'hospitalisation et ou des facteurs de risques de formes graves dont les sujet âgés ».

7.2.3.6. La modification des services

Les professionnels interrogés nous expliquent que la majorité des services (ambulatoires/non-urgents) qui ont fermés durant le pic de l'épidémie ont été réaménagés pour accueillir des patients COVID ou des patients symptomatiques. Les patients qui étaient à ce moment-là présents dans les SSR ont été réorientés (retours à domicile/EHPAD/SSR/médecine aigue) pour que les locaux soient dédiés à des patients atteints de la COVID-19.

Sujet 10 : « Déjà sur le premier temps, ça a été de faire sortir les patients qui étaient en SSR classique et donc de leur trouver un aval, donc soit sur d'autres SSR, soit sûr de la médecine aigue, soit sur des retours à domicile soit sur les entrées en EHPAD [...]. Et après on a pu accueillir les premiers patients en SSR COVID ».

Sujet 1 : « J'ai été dans le service qui s'appelle le centre VISAS. C'était actuellement un centre de rééducation cardiaque qui lui aussi avait fermé, et donc eux, ils ont réouvert le service exprès pour recevoir les patients COVID ».

Un participant nous explique l'ouverture d'une unité entière de gériatrie pour accueillir les patients âgés COVID stabilisés, avant leur retour en EHPAD ou à leur domicile.

*Sujet 8 : « Pour ce qui est de la gestion des patients en gériatrie, on a eu une unité entière de gériatrie [...] qui a été ouverte à la (nom de l'hôpital**). Et elle permettait principalement soit d'accueillir des patients provenant d'EHPAD directement, dont le maintien à l'EHPAD était impossible, soit d'accueillir des patients qui avaient passés la phase un peu aigue dans les services de médecine classique, pour pouvoir faire de la rééducation éventuellement avant leur retour à domicile ».*

Une salle de réanimation Open-space (réanimation ouverte) a été entièrement créée.

Sujet 9 : « C'était un open space. Donc c'était une réanimation ouverte où les patients... la réanimation était entièrement COVID ce qui n'est pas le cas des réanimations COVID puisque dans les réanimations COVID, chaque chambre est étiquetée COVID mais quand on sort de cette espace là on se déshabille et on rejoint un espace commun qui est non-COVID ».

Dans l'ensemble, de nombreux lits ont été ouverts dans la région AURA, en prévoyance d'un afflux important de malades.

Sujet 3 : « Et en fait on va dire qu'ils ont ouverts beaucoup de services en se disant que les lits allaient être saturés dans les services déjà ouverts ».

7.2.3.7 *Les dépistages*

Trois participants regrettent un manque de dépistages systématiques de la COVID-19 chez les professionnels de santé. Les dépistages n'avaient lieu que lorsque le professionnel était symptomatique. Dans le cas où un soignant était en contact avec un autre soignant positif, il ne pouvait pas se faire tester. Les sujets supposent que tester les médecins auraient pu mettre en péril l'hôpital s'il s'avérait que plusieurs d'entre eux étaient contaminés. Seul un des établissements a permis aux soignants asymptomatiques avec des problèmes de santé de se faire dépister.

Sujet 1 : « Enfin... moi j'ai eu des chefs qui ont été infectés et avec lesquels j'ai pu être en contact mais même en étant sujet contact asymptomatiques on était pas dépisté ».

*Sujet 4 : « Alors nous n'avons pas eu de dépistages systématiques au sein de l'établissement. Il y a eu des personnes ayant des problèmes de santé qui se sont fait dépister donc par un circuit qui était mis en place dans notre établissement et donc avec l'hôpital de (ville**) auquel on est rattaché ».*

Sujet 1 : « Je sais pas si ce sont des règles nationales ou régionales ou quoi mais je pense aussi que ça pourrait mettre l'hôpital en difficultés si un trop grand nombre de personnel aurait été infecté et auraient eu des tests positifs s'ils étaient asymptomatiques ou en arrêt de travail ».

Selon le sujet 7, la politique était de dépister les soignants uniquement sur symptômes ou en cas d'épidémie. Même si cette réglementation n'a pas été respectée partout, il semblerait que dans certains établissements, les soignants symptomatiques avaient très facilement accès aux tests.

Sujet 7 : « non, la politique pour les soignants, c'est sur symptômes ou dépistages systématiques en cas d'épidémie dans une unité ou dans un établissement ».

Sujet 9 : « Ils se faisaient dépister de manière très large et très facile, et très facilement arrêté s'il y avait le moindre symptôme ou de la température ou quoi que ce soit ».

Dans un premier temps, les EHPAD devaient se référer au SAMU (service d'aide médicale urgente). Ensuite, les professionnels ont pris l'initiative de tester eux-mêmes les résidents symptomatiques. Un médecin valorise cette pratique qui leur a permis de diagnostiquer les premiers cas rapidement. Un médecin exerçant dans un EHPAD relié à un hôpital explique que les dépistages se faisaient facilement, avec des moyens matériels suffisant et la possibilité d'isoler les résidents le temps d'avoir les résultats. Il pense que les EHPAD en général ont dû se sentir démunis face à ces tests. Le sujet 6 confirme cette hypothèse. Son EHPAD, très touché, n'a pu obtenir des tests de dépistages qu'au compte-goutte. Elle n'a pu tester ses résidents que trop tard. Elle déplore explicitement cette organisation.

Sujet 10 : « La procédure au départ était d'appeler le 15 avant de dépister, puis après finalement au bout d'un moment... enfin au bout de peu de temps, on a commencé à tester les résidents. Voilà, et puis c'est comme ça qu'on a eu un premier cas assez tôt hein, donc c'était fin Mars qu'on a eu le premier cas sur la maison de retraite ».

Sujet 4 : « A la moindre suspicion, on a mis en place une procédure en sachant que nous, notre établissement a la chance entre guillemets d'être aussi associé à un hôpital, donc on a quand même des moyens qui sont clairement plus importants que les EHPAD habituels [...] Et donc je pense qu'eux se sentent un peu seul face à ça ».

Sujet 6 : « On a pu en faire au compte-goutte parce que nous on était en tout début de crise quoi, donc on a pu faire trois tests mais déjà pour en avoir trois ça a été la croix et la bannière un peu hein [...] quand on nous a dit que c'est bon vous pouvez vous faire dépister facilement, en fait c'était bon, on

était déjà à fond dans la crise quoi donc voilà... ça servait à rien quoi. Ça, ça a été un gros loupé quoi (soupir) enfin franchement en 2020 manquer de ça... ».

Tous les professionnels ne connaissent pas la procédure de dépistage des patients.

Sujet 3 : « Pour le parcours de soin, enfin pour le dépistage pure, je ne sais pas comme ça se passait ».

Presque tous les interrogés s'accordent à dire que seuls les patients symptomatiques étaient testés. Deux médecins nous expliquent que suite à des tests erronés ou une mauvaise orientation du malade, il arrivait qu'un patient COVID soit mélangé aux autres patients. Les patients ayant été en contact avec un individu contaminé au sein de l'hôpital n'étaient ni testés ni isolés. Le sujet 7 expliquent que dans son établissement, ils avaient prévu de dépister tous les patients à risques de formes graves. Parce que cette directive engageait trop de tests à faire, les dépistage systématiques ont pris fin. Finalement, seuls les patients qui ne se sentent pas bien seront testés.

Sujet 5 : « Il peut y avoir eu un test négatif au départ à la prise en charge précoce... ça peut arriver hein, ça n'arrive pas souvent mais là c'est arrivé deux fois. Après c'est presque normal hein, ce sont des choses qui peuvent arriver ».

Sujet 7 : « Les directives étaient de dépister [...] les patients à risques de formes graves. Très rapidement comme on avait trop de tests à faire, les patients à risques de formes graves on s'est dit qu'on allait plus les dépister de manière systématiquement. On les dépistera s'ils arrivent à l'hôpital parce qu'ils ne sont pas bien ».

7.2.4. Prise en charge des patients COVID :

Pour permettre une meilleure organisation de la prise en charge des patients, plusieurs lignes étaient réservées aux appels en lien avec la COVID-19. Nous apprenons par le biais de nos entretiens qu'une équipe d'étudiants du SAMU, sous la direction d'un médecin, réceptionnait les appels de la plateforme (15).

Sujet 9 : « Oui, ils appelaient beaucoup pour le COVID. En fait il y avait une chaîne dédiée, dès que le mot COVID était prononcé, la chaîne basculait directement sur une équipe d'étudiants dirigée par un médecin »

Tous les jours, les soignants hospitaliers suivaient les patients COVID sans gravité à domicile par le biais d'une application. Tous les jours les patients remplissait un questionnaire sur leur état de santé (fièvre, difficultés respiratoires...). A la fin, une couleur indiquant si le patient allait bien (vert/jaune) ou mal (orange/rouge) apparaissait. Si le patient n'allait pas bien, il était appelé par les médecins pour discuter d'un éventuel changement de prise en charge hospitalière. Il semblerait que cet outil ait bien fonctionné. Il est souligné que de nombreuses personnes âgées n'avaient pas de smartphones et n'ont pas pu en bénéficier. Elles étaient appelée régulièrement par téléphone.

Sujet 1 : « Donc ensuite il y avait une application sur laquelle on rentrait tous les patients positifs. Et en fait ces personnes avaient un questionnaire qui leur était envoyé tous les jours et ils devaient répondre à ce questionnaire. Donc c'était un questionnaire tout simple à savoir s'ils avaient de la fièvre, des difficultés à respirer et tout ça... Et donc sur l'ordinateur il y avait un score qui s'affichait tous les jours. C'était un code couleur. Donc de vert jaune, orange ou rouge. Et donc tous les jours en fonction de la

couleur donc on regardait et si c'était vert ou jaune et bien ça allait bien, il n'y avait pas de soucis donc on les appelait pas, mais si c'était orange ou rouge et bien c'est que ça n'allait pas alors on les appelait tous les jours et on essayait de savoir comment ça allait. Et on jugeait ensuite par téléphone s'il y avait une nécessité de changer la prise en charge ou pas ».

Sujet 1 : « Et donc ça, ça nécessitait par contre d'avoir un smartphone pour les patients donc il y a beaucoup de personnes âgées qui n'en avaient pas. Auxquels cas un médecin de l'hôpital les appelait régulièrement pour prendre des nouvelles ».

Pour orienter les patients, les services d'urgences des hôpitaux ont mis en place un circuit fléché séparant les patients suspectés ou COVID et les Non-COVID. En cas de symptômes liés à cette maladie, les patients ne devaient pas rejoindre les urgences conventionnelles.

Sujet 2 : « Et donc il y a eu en plus dans le service des urgences évidemment un circuit fléché avec suspicions de COVID et tous les autres et eu... voilà en fait. C'est comme ça que ça s'était organisé [...] ».

Un médecin d'EHPAD souligne qu'il a été très utile pour eux de n'avoir qu'une seule porte d'entrée dans leur établissement afin de filtrer les visites et d'éviter des contaminations de patients.

Sujet 4 : « Et je pense que ça aussi ça a beaucoup aidé que si on compare à des hôpitaux où on peut rentrer dans tous les sens. Donc nous c'est vrai que c'est tout clos, c'est tout fermé, il n'y a qu'une seule entrée et nous, ça nous a permis de vraiment gérer au mieux les entrées et sorties de l'établissement ».

Afin de prendre en charge correctement les patients COVID hospitalisés, certains services d'infectiologies mettaient en place des protocoles permettant d'harmoniser les soins entre les différents soignants (antibiotiques, protocoles d'hygiène etc..). Cette organisation a beaucoup aidé les professionnels de santé.

Sujet 3 : « Après le service d'infectiologie en lien avec la réanimation avait fait un protocole un peu pour que tout le monde face la même prise en charge pour les patients, donc ça, ça nous aidait beaucoup [...] Oui voilà, on avait un support tout fait. Donc pour savoir si on mettait en antibiotiques, pour qu'on mette tous à peu près le même en première attention ».

L'utilisation des outils de communication a été compliquée pour les patients COVID hospitalisés en services de maladies infectieuses pour deux raisons : leur état de santé et le manque de temps (ou de personnel).

Sujet 7 : « Je sais qu'en réanimation ils ont pu utiliser un petit peu les outils numériques mais nous, une infirmière pour cinq patients avec le temps d'habillage, de déshabillage et les soins autour de ses patients [...] c'était pas suffisant pour pouvoir se permettre l'utilisation d'outils dits de communication avec des patients qui ne pouvaient pas le faire eux-mêmes ».

La majorité des participants ont connaissance d'un soutien/ d'une cellule psychologique à destination des soignants. Pour autant, ils sont peu à avoir utilisé la ligne téléphonique et pensent également que leurs collègues n'en ont pas bénéficié.

Sujet 3 : « Mais du coup je ne connais personne qui l'ait utilisé ».

Sujet 8 : « Oui, alors c'est un cellule de soutien téléphonique, je ... enfin moi personnellement je ne l'ai pas sollicité et je suis pas sûr qu'il y ait beaucoup de personne de notre équipe qui l'ai fait [...] Je pense

que si, il y a eu du besoin. Mais en fait on a pas eu le sentiment de faire la démarche d'appeler nous-même ».

Ils sont plusieurs à penser qu'une psychologue de terrain (sur place) est plus utile qu'une autre qu'ils pourraient joindre par téléphone. Les médecins ayant bénéficié de la présence quotidienne d'une psychologue ont tous approuvé cette démarche.

Sujet 6 : « Au volontariat, elle passait dans tous les services et ceux qui le souhaitaient discutaient avec elle et ça a fait vraiment du bien ».

Un soutien psychologique a aussi été mis en place pour les patients. Encore une fois, les patients semblent privilégiés le contact direct avec le/la psychologue.

Sujet 7 : « Elles ont aussi essayé d'accompagner au mieux possible les patients hospitalisés ».

Sujet 9 : Sujet 9 : Oui, oui, oui. En réanimation il y avait une psychologue dans le service et dans les étages il y avait aussi une psychologue disponibles. Et pour les soignants aussi [...] Et pour les familles aussi

Trois participants soulignent l'importance de la solidarité entre les professionnels et les différents services pour accueillir les patients (ex : en SSR gériatrique COVID). Cela aurait permis aux patients âgés d'être pris en charge en dehors du secteur hospitalier et de libérer les lits pour des cas plus autonomes qui sortiraient plus rapidement de l'hôpital.

Sujet 7 : « Beaucoup de solidarité entre les différents praticiens »

I : « D'accord, donc vous avez misé sur une solidarité entre les services ? » Sujet 8 : « Oui, complètement, et ça a permis d'éviter les embouteillages sur nos services [...] cette meilleure autonomie des patients nous permettait de tourner plus vite et d'absorber plus facilement la vague qui a eu lieu. Je pense que ça a été indispensable et à mon avis, c'est ce qui fait que nos services n'ont pas été saturés ».

Quatre médecins sur les dix interrogés expliquent avoir été soutenus par leur hiérarchie (direction/professeurs) et déresponsabilisés du côté administratif de leurs fonctions, ils ont trouvé cette organisation très pertinente et aimeraient qu'elle dure par la suite.

Sujet 7 : « Beaucoup de compréhension de la part de la direction et voir même enfin... tous les freins habituels tombaient dans le cadre de la crise COVID ce qui n'est pas forcément le cas dans le quotidien quoi ».

Sujet 9 : « Les professeurs ont géré nos plannings et nos emplois du temps. Et moi j'ai trouvé qu'au moins comme ça on avait pas à se poser 1000 questions métaphysiques [...] Je trouve que c'était pas si mal que ça quoi ».

Sujet 4 : « Je pense que cette pandémie a permis un peu de simplifier un peu le fonctionnement de l'hôpital, de fluidifier les choses, quand on avait besoin de quelque chose, il n'y avait pas de multiples procédures par lesquelles passer pour obtenir tel matériel ou tel chose et c'était vraiment agréable. On s'est rendu compte qu'on pouvait faire beaucoup de choses en peu de temps. Et donc ça c'était vraiment appréciable. Donc ouais, s'il y avait quelque chose à garder, ce serait vraiment ça, le fait qu'on ait redonné du temps de soin à tous les soignants ».

Le sujet 9 nous parlait d'un rituel permettant aux résidents en fins de vie d'être accompagnés. Etant donné la complexité unanime à gérer éthiquement les décès des patients COVID, nous avons trouvé intéressant de citer ci-dessous les dires du médecin afin de développer davantage ce dispositif.

Sujet 9 : « On a filmé une quinzaine de minutes le patient avec une petite bougie, avec des cartes qu'on avait pu avoir de la famille, on a demandé aux familles si elles voulaient nous apporter quelque chose qui soit en présence. [...] On a fait un petit rituel d'accompagnement qu'on a ensuite transmis aux familles qui les ont je pense beaucoup aider, on a eu vraiment de très bon retours sur ça. [...] on voulait leur montrer que leur proche n'avait pas été seul et qu'eux par l'intermédiaire d'un dessin, d'une carte ou d'un texte, quelque chose, ou d'une musique qu'ils nous avaient donné avaient pu être aussi présents indirectement. Et puis voilà, et puis c'est la même musique ou la même chose qui peut être repassé ensuite dans une cérémonie qui sera peut-être un peu différée et où la famille dira aurevoir pour de vrai et voilà, ce seront les derniers instants et parfois c'est nous qui avions été là à la place des proches. Des fois parce que c'était difficile de savoir quand était la fin de vie, parce que ce sont des gens qui s'arrêtaient brutalement et on avait pas forcément... voilà c'était ça ».

- Communication entre les professionnel de santé et prises de décisions :

Les praticiens ont des avis divergeant quant à la qualité de la communication des informations gouvernementales et des différentes directions. Si nous nous attardons à leurs profils, nous pouvons voir que les infectiologues et réanimateurs semblent très informés. Les médecins d'EHPAD et ceux issus du service de la médecine du sport sont plus mitigés. Nous apprenons que des réunions virtuelles avaient lieu régulièrement pour les chef de services de hôpitaux. Les EHPAD et autres médecins se sont tenus informés via des communiqués de l'hôpital. L'un d'entre eux se questionne sur la protection des soignants dans le cas de réaffections non-officielles.

Sujet 1 : « Nous, on a eu très peu de contacts avec la direction on va dire directement en fait, on va même dire pas du tout hein [...] Parce que c'est vrai que moi par exemple en allant travailler dans un service auquel j'étais pas initialement affecté, c'est vrai qu'on se dit que s'il y a un soucis par exemple au niveau médicolégal, on ne sait pas du tout comment on est protégé ou quoi, comment justifier qu'on était pas à tel ou tel endroit sans l'approbation du chef de l'hôpital ».

Sujet 2 : « ils faisaient une sorte de visioconférence [...] un point hebdomadaire sur vraiment l'évolution du COVID, l'évolution des recommandations et tout ça, donc ça moi j'y assistais et c'était intéressant de voir ce qui changeait d'une semaine à l'autre et puis de... et puis voilà, pour que tout le monde soit bien au courant et que tout le monde face bien la même chose. Après on restait informé nous avec toutes les boucles d'informations avec des mails donc voilà... »

Un médecin d'EHPAD nous explique avoir reçu des informations capitales par des structures du reste de la France. Des mails les ont informés de possibles dysfonctionnements digestifs en cas de contamination chez les personnes âgées. Au début de l'épidémie, ce symptôme n'était pas répertorié par le gouvernement. Ces informations leur ont permis de diagnostiquer le premier cas de l'établissement.

Sujet 10 : « C'était vraiment quelque chose d'informel, hors cadre ARS ou autre et ça nous a permis de nous informer et de repérer nos premiers cas et donc d'éviter une épidémie je pense ».

Une ligne téléphonique tenue par les services de maladies infectieuses était à disposition des médecins généralistes pour tout renseignement sur la pandémie (conduite à tenir, orientation des patients

etc...). Cette ligne a semble-t-il été très utile.

Sujet 1 : « Pour les personnes extérieures, avoir un contact direct avec l'hôpital et notamment pendant l'épidémie du COVID, c'est vraiment utile et un gain de temps quoi ».

D'autres lignes téléphoniques permettaient aux SSR COVID de pouvoir joindre les infectiologues et les services de réanimation selon le besoin. Les médecins ont trouvé ce dispositif rassurant.

Sujet 3 : « Oui, alors on avait une ligne directe pour pouvoir appeler les infectiologues si on en avait besoin, une ligne directe pour la réanimation si on en avait besoin, donc oui. C'était quand même assez rassurant ».

Les décisions relatives à la prise en charge des patients COVID en EHPAD se faisaient en équipe. Un des participants nous parle d'une cellule mobile COVID qui aidait à cette orientation. Le transfert des résidents dépendait de son état de santé et des possibilités de le soigner. Les médecins soulignent que certains résidents d'EHPAD ont de grosses comorbidités et qu'ils pourraient difficilement supporter des soins de réanimations. Les professionnels semblent être compréhensifs envers cette démarche pour les individus trop fragiles.

Sujet 10 : « C'est vrai qu'on a toujours pris des décisions en équipe pour essayer de trouver la meilleure solution. Ça a été beaucoup de discussions pour savoir quelle prise en charge prendre ».

Sujet 4 : « La mutation du résident se faisait en fonction de son état de santé et de s'il y avait un intérêt à le muter pour qu'il soit pris en charge soit eu... bon en réanimation je pense que ça aurait été difficile et surtout peu justifiable quand on voit que nos patients que nous avons en EHPAD et qui ont des grosses comorbidités et qui pourraient difficilement supporter les soins de réanimations, mais au moins être dans une unité de médecine ».

Sujet 6 : Elles étaient prises par le médecin et moi en principe, on s'était mis en coordination et en coordination aussi avec cette cellule mobile du COVID et ils nous disaient si c'était bon ou pas quoi.

Pour les plus chanceux, les premiers résidents d'EHPAD contaminés étaient envoyés dans l'EHPAD SSR entièrement COVID afin de ne pas contaminer les autres.

Sujet 8 : « On se retrouvait dans des situations où dans les EHPAD, c'étaient les premiers cas et donc l'idée était justement d'extraire le patient concerné de l'EHPAD pour ne pas contaminer d'autres résidents ».

Les choix de prises en charge ou de retour à domicile des patients COVID extérieures se faisaient par le médecin des urgences et dépendaient de l'état de santé du patient (constantes, examens...).

Sujet 3 : « Alors, globalement c'est le médecin des urgences qui décide de ça. Et suivant les antécédents et l'état de santé du patient, soit le patient a des bonnes constantes, enfin un examens rassurant, à ce moment-là ils peuvent rentrer chez eux ».

La moitié des médecins de notre étude ont pu bénéficier d'évaluateurs éthique ou de gériatre qui venaient quotidiennement afin d'aider dans les prises de décisions importantes concernant les patients. Ces décisions concernaient l'accueil ou non des patients en réanimation, ou le choix de garder un patient COVID dans un service ou de le transférer ailleurs (service plus adapté, EHPAD, retour à domicile). Ce soutien a permis aux professionnels d'avoir un avis supplémentaire qui les soulageaient dans leurs prises

de décisions et de désencombrer les services lorsque les patients n'avaient plus lieu d'y rester. Ils pensent que cette organisation a été très utile.

Sujet 1 : Il y avait un évaluateur tous les jours qui passait pour évaluer nos avis et donc qui passait régulièrement pour évaluer les patients quand on avait des questions un peu éthiques et qu'on voulait leur avis. Et ça c'était assez bien, ça fonctionnait assez bien et il n'y a pas eu... enfin moi personnellement je n'ai pas eu de patients où je me suis dit « Ben zut, lui en temps normal il aurait pu être sauvé et on ne l'a pas fait parce qu'il n'y avait plus de place », ça non ».

Sujet 8 : « Le fait justement qu'ils viennent de façon quotidienne ça permettait nous de ne pas nous retrouver complètement encombré par des patients donc la prise en charge respiratoire n'était plus au premier plan mais où on était plus dans des complications gériatriques de cascades polypathologiques quoi ».

Deux médecins nous expliquent que les prises de décisions relative à l'accueil des patients COVID en réanimation se faisaient de façon pluridisciplinaire. Des points éthiques réguliers se faisaient avec l'ensemble des réanimations du GHT de la Loire. Tous les jours avait lieu une petite conférence éthique en ligne avec l'ensemble des responsables du service des unités COVID (3 membres du CHU) et un membre du comité d'éthique. Durant ces échanges, ils discutaient des cas les plus graves et évaluaient l'intérêt (ou non) d'envoyer le patient en réanimation.

Sujet 9 : « C'est une décision pluridisciplinaire [...] tous les matins, il avait une petite conférence éthique avec l'ensemble des responsables du service des unités COVID et les membres du comité d'éthique ».

Sujet 9 : « Donc plus du GHT mais juste du CHU avec une commission d'éthique en conférence en ligne pour les cas les plus problématiques et les cas qui sont un peu litigieux et qui peuvent poser problèmes, on fait une discussion pour prendre une décision dans un sens ou dans l'autre ».

Ces réflexions ne se posaient pas pour les patients peu vulnérables (50 ans). Les critères sur lesquels se fixaient les soignants concernaient les habitudes de vie et l'état de santé actuel du patient. Une fois annoncée aux familles, toutes les décisions quant à l'accès à la réanimation était définitive.

Sujet 1 : « Bon il y a des patients chez qui la question ne se pose pas. Un patient de 50 ans hospitalisé on ne se pose pas la question. Mais oui il y a des patients qui posent problèmes et pour lesquels on se posait la question ».

Sujet 1 : « On essaie d'avoir des infos auprès des familles aussi concernant les habitudes de vies, les modes de vies et tout ça. Et ensuite on prenait les décisions qui étaient une décision enfin voilà, une fois qu'elle est prise elle est bien notée dans le dossier et ensuite on essaie de s'y tenir quoi ».

Ces décisions n'étaient transmises aux familles qu'au moment venu.

Sujet 9 : « Maintenant ce sont des choses qu'on explique sur la phase aigüe, enfin au moment où ça se passe mal mais pas au moment où tout va bien quoi ».

7.2.5. Prise en charge des patients Non-COVID :

Comme nous avons pu le voir ci-dessus, l'afflux des patients Non-COVID était relativement faible dans les hôpitaux et les urgences. De nombreux patients sont venus consultés tardivement les

urgences et des cas plus sévères de pathologies, plaies, AVC et infarctus ont été répertoriées. Les personnes âgées font parties des plus concernées.

Sujet 5 : « Et donc je pense que notamment chez les personnes âgées... qui ont été hospitalisés plutôt dans un second temps eux, c'étaient des personnes âgées hospitalisées pour des problèmes de santé plus lourds. Parce que bon, ils ont un peu tardé quoi... Du fait donc, par manque de consultations et puis peut-être parce qu'ils le souhaitaient... avec des unités dédiées au COVID, le confinement et tout ça. Il y a eu une sorte de sevrage avec le médical, je ne sais pas à quel degré hein mais je pense que ... enfin... je pense que quand même il y a eu un effet secondaire de ça pour les pathologies non-COVID qui se sont un peu dégradées en ville et qui font qu'on a eu des gens bien plus dégradés à l'hôpital par la suite. Ça c'est un peu le premier sentiment que j'ai eu ».

Sujet 9 : « On voit aussi des cancers qui ont bien évolués aussi [...] On voit dans la neurochirurgie des gens qui ont laissé leur cancer évolué pendant trois mois et on voit qu'ils se sont aggravés bien plus vite qu'ils ont l'habitude de le faire je trouve ».

Sujet 9 : « Je fais la garde au SAMU régulièrement et on a vu des infarctus qu'on a pris en charge à des phases beaucoup plus graves que d'habitude. Parce que les gens avaient attendu, d'habitude on aime prendre les infarctus dans les 2 ou 4 premières heures et on a été appelé des fois à la 17ème – 18ème heure à des stades qui étaient même plus vascularisables, pareille pour des accidents vasculaires cérébraux... Les gens pensaient qu'être hémiplégique c'était peut-être dû au COVID ».

Les médecins nous expliquent que cette réorganisation a engendré beaucoup de reports de soins, notamment pour les maladies chroniques et les rééducations. Ces annulations de consultations ont eu des répercussions sur les chances de guérisons d'une partie des patients.

Sujet 1 : Oui, oui alors il y a eu beaucoup de report de consultations non urgentes donc pour de maladies chroniques par exemple.

Sujet 2 : « moi j'avais beaucoup de patients en rééducation post-chirurgicale et tout ça, et ça ce sont des gens qui n'ont pas eu de soins pendant deux mois et c'est compliqué.

Pour pallier l'annulation totale des consultations ambulatoires et non-urgentes, les médecins ont mis en place des consultations par télémédecines et par téléphones. Ces technologies ont été très utilisées et ont bien fonctionnées (notamment pour le renouvellement d'ordonnances, certificats et arrêts de travail). En revanche, elles n'ont pas permis de prendre en charge de nouveaux patients ayant besoin d'être examinés. Ici encore, des difficultés se sont ressenties pour les suivis des personnes âgées et pour les professionnels ne disposant pas du matériel webcam, micro)

Sujet 3 : « à priori ça fonctionnait pas trop mal. Et souvent avec les personnes âgées c'étaient simplement des consultations par téléphone puisque c'était plus simple que de brancher la caméra d'un ordinateur et tout ça ».

Sujet 2 : « On était pas équipé, on avait aucun poste avec une webcam et un micro ».

Des médecins soulignent des erreurs dans les prises en charge. L'omniprésence de la COVID-19 aurait engagé des erreurs de diagnostiques chez des patients souffrants.

Sujet 9 : « Il y a des patients qui sont passés à travers les voyants aussi. Parce qu'on voyait tellement du COVID partout, il y a des patients qui appelaient pour autre choses et le SAMU a clairement dit que

c'était probablement COVID et qu'il fallait qu'ils restent chez eux alors qu'ils n'étaient pas vraiment COVID enfin voilà... il y a eu des erreurs sur les patients donc bon.... Dans ces retards de prises en charges il n'y avait pas que la responsabilité des patients ».

En plus du circuit fléché expliqué ci-dessus, un questionnaire et une attestation sur l'honneur sont complétées au préalable (par téléphone/internet + lors du parcours fléché) par les patients. Ces questionnaires étaient remplis avant toute consultation (or COVID) pour savoir si celle-ci est maintenue. Les soignants sont satisfaits de cette procédure.

Sujet 2 : « Ils doivent remplir un questionnaire et doivent faire une attestation sur l'honneur où on refait le point sur tous les symptômes possibles du COVID. Et donc au moindre doutes c'est au médecin de juger si oui ou non la consultation est maintenue donc voilà ».

Même si la majorité des lits de réanimations étaient dédiés aux patients COVID, d'autres ont été réservés aux patients lambdas.

Sujet 1 : « Sur les deux services de réanimations du CHU, il y a un service où je suis quasiment sûr qu'ils avaient gardé des places pour les patients non-COVID ».

Pour les établissements SSR et EHPAD qui ont dû se focaliser sur la prise en charge des patients COVID, la première étape a été de réorienter les anciens patients vers des services/structures adaptés.

Sujet 10 : « Ben déjà sur le premier temps, ça a été de faire sortir les patients qui étaient en SSR classique et donc de leur trouver un aval, donc soit sur d'autres SSR, soit sûr de la médecine aigüe, soit sur des retours à domicile soit sur les entrées en EHPAD. Donc ça va être sur 15 jours à peu près où on a fait partir quand même 28 patients ».

Les principales répercussions de la pandémie sur les patients âgés Non-COVID sont citées par les établissements gériatriques.

Comme expliqué précédemment, en EHPAD, l'utilisation des outils numériques a été plus ou moins satisfaisante pour pallier les restrictions de visites. Ces modes de communications virtuelles n'ont pas fonctionnés pour tout le monde, principalement pour les résidents ayant des enfants déjà âgés (60 ans et plus).

Sujet 4 : « C'est quand même une génération qui n'est clairement pas habituée à utiliser les nouvelles technologies et pour certains, voir leurs proches sur un écran, c'était compliqué à comprendre. [...] Pour certains ça marchait très bien, mais pour une majeure partie c'était pas complètement satisfaisant et ça répondait pas, enfin ça ne palliait pas complètement l'absence de visite, même si c'est toujours mieux que rien... »

Tous ces médecins gériatres insistent sur l'impact négatif de l'isolement sociale des personnes âgées en EHPAD. Après deux mois de confinement, les résidents semblent être très affectés par la situation, avec un sentiment d'abandon de la part de leurs familles. Les soignants ont le sentiment que la prise de repas en chambre a été la plus délétère. Ces circonstances ont demandé beaucoup de travail supplémentaire aux professionnels de santé qui tentaient de les accompagner et de les rassurer.

Sujet 10 : « Je crois que ce qui a le plus pesé était l'isolement en chambre pour les repas, donc les repas étaient pris en chambre et ça c'était un peu plus compliqué ».

Sujet 4 : « Ils avaient l'impression que les familles les abandonnaient et donc ça, ça nous a demandé plus de travail par les personnels paramédicaux pour mieux accompagner ces résidents, pour leur expliquer ce qu'il se passe et pour qu'ils vivent un peu au mieux le confinement. Et c'est vrai que ça, ça demande beaucoup de temps finalement. Ce sont des choses auxquelles on est pas habitué [...] et puis c'est surtout que maintenant à plus de deux mois de confinement où on sent que les gens sont vraiment affectés ».

Sujet 10 : « Les soignants essayaient à tour de rôle de sortir les résidents à l'extérieur un petit peu pour les promener et les stimuler un peu, en leur faisant prendre l'air et pour les faire sortir de leur chambre qui parfois ne font même pas 9m2 ».

Les principales répercussions sont d'ordre psychologique. Un médecin nous parle d'une sorte de « tsunami ». Les résidents paraissent angoissés, dépressifs et se replient sur eux-mêmes. Les troubles du comportements semblent s'aggraver et les personnes âgées les plus autonomes verbalisent clairement leur tristesse.

Sujet 4 : « Sur le plan psychologique ça devient de plus en plus difficile pour l'ensemble des résidents d'être un peu coupé du monde comme ça, ça devient très délétère [...] Alors clairement, c'est un peu un sorte de tsunami, un peu d'angoisse et de syndrome dépressif où clairement les résidents se replient sur eux-mêmes, ils sont beaucoup moins dans la communication, ils sont beaucoup moins expressifs, voilà même avec le personnel on voit vraiment qu'ils se replient sur eux. Il y a beaucoup plus de ... un peu de majoration de certains troubles du comportements chez les patients qui ont des maladies cognitives avec plus d'anxiété, un peu de l'agitation, des nuits qui sont un peu plus compliquées. On a des choses comme ça et puis les patients qui ont pas forcément de troubles cognitifs et qui sont clairement en capacité de comprendre la situation et bien eu ils verbalisent clairement que ben voilà, ils sont tristes, ils ont un peu l'impression d'être enfermés, d'être en prison, que leur famille leur manque ».

Ce confinement n'a pas été similaire dans tous les services. Les populations vivants en hébergements renforcés ou unités fermées ont pu continuer à circuler librement dans la résidence.

Sujet 10 : « Et donc partout sur l'unité fermée et une unité d'UHR, unité d'herbagement renforcée, on a fait confinement en service mais pas en chambre. Donc eux... finalement ils ont eu on va dire leur quotidien. C'est-à-dire qu'ils pouvaient sortir dans les couloirs, manger en salle à manger, leur quotidien n'a pas été changé parce que de toutes façons il est trop difficile à changer et on ne peut pas y faire respecter les règles.

Alors que des médecins affirment que les soins administrés aux résidents sont similaires à d'habitude. L'un d'eux explique qu'en cas de changement quasi-total de son équipe, les soins étaient administrés par des soignants ne connaissant pas les patients. De ce fait, ils auraient été directement impactés.

Sujet 6 : « Ah ben complètement oui. Complètement parce que du coup eu... ben ils ont été fait par des, du... voilà, des soignants qui comme je vous le disais ne connaissaient pas forcément les résidents ».

Sujet 4 : C'est un peu vraiment tout ce côté divertissement qui a vraiment eu des répercussions via ce confinement. Après les soins purement médicaux et infirmiers ça a pas trop changé parce que finalement ce sont des soins que l'on fait toujours avec les résidents.

L'un des participants travaille dans un EHPAD accueillant un nombre important de résidents, avec en temps normal, de nombreuses visites. Il est vrai que certains de ces résidents ont mal vécus l'isolement. En revanche, d'autres ont paru plus apaisés qu'habituellement. Nous pouvons supposer

que les mouvements importants présents habituellement peuvent être une source de stress pour plusieurs personnes âgées.

Sujet 10 : « Alors parfois oui, il y en a eu pour qui le confinement était une source d'angoisse et de perturbation et puis d'autres pour qui ça s'est plutôt bien passé. On en a trouvé certain plutôt apaisés, plutôt bien. Parfois des résidents qui avaient leur famille de façon extrêmement fréquente et qui étaient beaucoup stimulés par leur famille. On a trouvé des gens beaucoup plus reposés et beaucoup moins anxieux aussi donc voilà [...] on a eu une proportion de tout ».

Lors des entretiens, les EHPAD commençaient à déconfiner les personnes âgées et à reprendre les repas et les animations. Les soignants supposent que cette reprise progressive impacte les résidents.

Sujet 4 : « On voit qu'il y a des résidents qui sont presque plus perturbés après les visites qu'avant ».

7.2.6. Ressentis globaux

Majoritairement (9/10), les médecins interrogés ont un avis positif envers l'organisation sanitaire qui a été prévue dans leurs établissements. Nous remarquerons que ceux valorisant le plus cette gestion de crise sont les professionnels de santé n'ayant pas été surmenés par les évènements.

Sujet 3 : « En tous cas moi d'après ce que j'ai vu, je trouve qu'il y avait relativement une bonne prise en charge. ça a été vachement bien géré enfin moi je n'ai pas grand-chose à dire ».

Sujet 7 : « Je trouve que ça a été très bien organisé et avec une grande solidarité surtout ».

Sujet 5 : « Je n'ai pas eu de problème particulier parce que bon... à l'hôpital de toutes façons, tout le monde est plus ou moins exposé par la force des choses, à partir du moment où il y a des patients, on peut être exposé de ce fait donc après voilà, je sais que c'est pas un service dédié où il y a eu que des COVID, il y en a eu parfois et quand c'était le cas c'était plus par erreur donc bon voilà... »

Les sujets ayant travaillé dans des établissements/services où l'afflux de patients COVID était important reconnaissent avoir eu des difficultés importantes à gérer cette situation. Le sujet 6, explique s'être sentie impuissante face à ce « tsunami ».

Sujet 6 : « Ça a été l'apocalypse [...] On s'est vraiment sentie... enfin moi je me suis sentie malgré tout ce que j'ai mis en place, impuissante quoi. On voyait les choses avancer et avancer encore et on ne pouvait rien faire quoi, malgré toutes les barrières que nous avons mis en place. On avait qu'à subir et à attendre que ça passe quoi, un tsunami, un vrai tsunami. Ça a été vraiment eu... ouais, la représentation du tsunami, c'est exactement ça ».

Sujet 10 : « La vie dans cet open-space était compliquée ».

Tous les participants ayant eu des patients en fins de vie sont particulièrement touchés par la situation. Ils expliquent que la restriction voire l'absence totale de visites pendant ces moments leur ont donné le sentiment de mal faire leur travail, au point de ne plus vouloir venir travailler. Ils nous parlent de l'impact psychologique sur le soignant (traumatismes, cauchemars, pleures ...).

Sujet 4 : « C'est très frustrant et ça donne clairement pas l'impression de faire un travail de qualité et qui est satisfaisant quand les gens ne peuvent pas accompagner leur proche jusqu'au décès ».

Sujet 7 : « c'est un matin, un dimanche matin j'étais en pleure dans ma voiture parce que je me disais que j'allais encore avoir des patients qui allaient pas être bien et pourraient pas être accompagnés de leurs proches ».

Sujet 8 : « Après je sais que pendant plusieurs semaine dans les suite de la vague, je ne dormais plus et je faisais des cauchemars à peu près toutes les nuits quoi [...] j'ai dû prendre des traitements parce qu'il a fallu à un moment donné arriver quand même à dormir [...] Il est arrivé un moment où j'avais vraiment du mal à travailler avec les patients ».

Globalement, les soignants ont ressenti des difficultés à gérer la pression des familles de patients. Certains ont hâte que les visites soient à nouveau autorisées dans les établissements de santé.

Sujet 10 : « Ces pressions avec les familles sont extrêmement prenantes et c'est d'ailleurs la chose qui me paraît la plus compliquée actuellement et dans notre travail ».

Sujet 4 : « J'ai envie de dire surtout que j'attends avec hâte que l'on puisse enfin rouvrir un peu les établissements, alors pas que les EHPAD mais les établissements de santé en général ».

Les médecins ayant été soumis à un afflux de patients COVID important expriment leur fatigue. Cette quantité de travail leur a paru démotivante.

Sujet 8 : « Fin mars début avril on était plusieurs à finir à 22-23h en y étant depuis 8h du matin. C'était un petit peu rude et compliqué pour nous, ça pouvait paraître démotivant ».

Sujet 6 : « Et voilà moi ce qui me plombait aussi c'est de réussir à gérer tout ce surplus de notre travail qui était déjà abondant ».

Les médecins semblent s'être investis dans cette crise par devoir. De par leurs professions, ils se devaient d'être présents. Deux d'entre eux expriment leur incompréhension face à leurs collègues qui ne se sont pas investis dans la pandémie.

Sujet 9 : Je savais que j'étais à ma place pour faire ce pourquoi on s'était préparé avec tous les plans blancs et les répétitions des différents exercices catastrophes depuis longtemps, je savais que je devais être là et que je serai là. [...] On a des collègues qui parce qu'elles étaient enceintes ou parce qu'elles devaient avoir une maladie sous-jacente, elles se sont mis en retrait... ça m'a paru bizarre, voilà, ça nous a paru un peu bizarre parce qu'on est vraiment programmé pour ça. Enfin je veux dire, on est là pour soigner.

Deux aspects de l'organisation sanitaire ont été particulièrement critiqués par les participants (dont ceux qui n'étaient pas en première ligne). Il s'agit du manque de ressources (matériels – personnel) et de l'instabilité des recommandations sanitaires. Ces facettes de la gestion de crise ont rendu les professionnels de santé anxieux.

Sujet 10 : « Tout de suite je vous dirais la procédure d'essai qui changeait tous les jours. Non mais ça, c'était quelque chose d'extrêmement compliqué, d'extrêmement anxiogène quand dans les équipes, un jour il fallait les habiller et pas l'autre, faire une toilette ou ne pas faire de toilettes, boucher les orifices, ne pas boucher les orifices. enfin tous les jours il y avait une nouvelle chose et tous les jours il fallait poser la même question. Et nous on se disait ben mince... s'il y a un décès COVID mais qu'est-ce qu'on fait si on est de garde par exemple ? C'est vraiment l'instabilité des recommandations ».

Sujet 10 : « Tout de suite je vous dirais la procédure d'essai qui changeait tous les jours. Non mais ça, c'était quelque chose d'extrêmement compliqué, d'extrêmement anxiogène quand dans les équipes, un jour il fallait les habiller et pas l'autre, faire une toilette ou ne pas faire de toilettes, boucher les orifices, ne pas boucher les orifices. enfin tous les jours il y avait une nouvelle chose et tous les jours il fallait

poser la même question. Et nous on se disait ben mince... s'il y a un décès COVID mais qu'est-ce qu'on fait si on est de garde par exemple ? C'est vraiment l'instabilité des recommandations ».

Sujet 2 : « Appart le matériel je ne vois pas grand-chose qui n'a pas marché mais après je n'étais pas en première ligne quoi ».

7.3. Synthèse des résultats

Rappelons que l'objectif de cette recherche qualitative était d'obtenir un retour d'expérience des professionnels de santé de la région AURA face à la gestion de la crise sanitaire (changements organisationnels et vécus des soignants).

Tout au long de cette analyse, nous comprenons que l'organisation sanitaire a été complètement chamboulée dans les différents établissements de santé (hôpitaux et EHPAD). Il semblerait que certaines structures/services aient été beaucoup plus touchées que d'autres. Ces conditions auraient entraînées des difficultés supplémentaires, notamment en ce qui concerne les ressources sanitaires (humaines et matérielles). Par ailleurs, nous comprenons que le manque de matériel a été l'un des plus gros soucis rencontrés durant ce pic épidémique (masques, surblouses, tests-diagnostiques).

Dans l'ensemble, la pression des familles et la gestion des fins de vies des patients ont été très complexe pour les médecins qui y étaient exposés. Des solutions annexes et créatives ont permis tant bien que mal aux familles de garder un lien avec le patient jusqu'à ce que celui-ci décède.

La coopération, la solidarité et la communication entre les professionnels de santé ont majoritairement été valorisées dans les discours des participants de notre étude. Cette coopération fut omniprésente dans les prises de décisions concernant les prises en charge et les réorientations des patients COVID. Les médecins s'accordent à dire qu'ils auraient autant apprécié une organisation plus formelle et des recommandations moins instables.

Nous pouvons tout de même noter une satisfaction générale des dispositifs mis en place à l'hôpital. Tous ceux mentionnés par les participants semblent avoir été approuvés.

Même si les outils numériques (visioconférences, télémédecine, appels téléphoniques) ont été largement utilisés, ceux-ci n'ont pas pu être mis en place partout et pour tous les publics (surtout pour les personnes âgées).

Enfin, il est important de souligner l'existence de répercussions néfastes de cette organisation sur la santé de la population, et principalement sur celle des personnes âgées. En effet, l'isolement des résidents d'EHPAD et l'éloignement de tout lien social a engagé des méfaits non-négligeables sur leur santé mentale. Aussi, les médecins hospitaliers témoignent de nombreuses consultations tardives et de pathologies, plaies et problèmes cardiaques plus graves que d'habitude.

A ces premiers résultats, nous pouvons supposer que les professionnels de santé qui exercent dans des établissements/services peu touchés par l'épidémie/avec un afflux de patient COVID faible, ont mieux vécu la première vague de la COVID-19 que les services de maladies infectieuses, de réanimations et l'EHPAD où travaille le sujet 6.

Ces entretiens semi-directifs nous ont permis de comprendre en profondeur la nature des changements et de percevoir, bien que superficiellement, le degré d'acceptation de ceux-ci. Dans l'ensemble, la crise sanitaire paraît avoir été relativement bien organisée et anticipée aux yeux des médecins.

Pour autant, aux premiers abords, les professionnels de santé ayant été les plus submergés par la pandémie (changements organisationnels, afflux de patients, manques de ressources) semblent aussi être les plus critiques vis-à-vis des recommandations gouvernementales et de l'organisation prévue. L'étude quantitative que nous avons effectué dans un second temps nous permettra de confirmer ou d'inflimer cette hypothèse.

8. Méthode d'analyse et résultats : Partie quantitative

8.1 Méthode d'analyse des questionnaires

« *Tous les matériaux se prêtent à la quantification, mais la collecte de questionnaires lui est spécialement consacrée* » (Bugeja-Bloch et Couto, 2015).

Dans un premier temps, les données recueillies ont été téléchargées au format qualitatif et quantitatif depuis le logiciel Limesurvey pour être classées dans un tableur Excel. Nous procéderons à l'analyse de ces données à l'aide de ce logiciel. Elle se fera en plusieurs phases :

L'analyse des données de positions pour des données descriptives (hors échelles de Likert) : Moyennes, pourcentages, les min et les max.

L'analyse de consistance de l'échelle : L'alpha de Cronbach nous permettra de vérifier si l'ensemble des items de chaque questions et si les questions de chaque partie mesurent bien le même concept (le concept étant l'ampleur des changements sanitaire – partie 1 et l'acceptation de celle-ci – partie 3). L'alpha varie entre 0 et 1, plus il est proche de 1 et plus les valeurs sont suffisantes ([0-0.50] = insuffisantes ; [0,50-0.70] = limites ; [0.70-0.99] = élevée ou très élevée), (Cescup, 2014).

L'analyse des échelles de Likert par « *la méthode des classements additionnés* » (Demeuse, 2004). Cette méthode est, selon Mc Iver et Carmines, « sans doute la plus intuitive qui soit » (Mc Iver et Carmines, 1981, p. 22).

Dans l'idée d'analyser le plus exhaustivement possible les opinions, représentations et comportements des participants, nous avons choisi d'utiliser des échelles de Likert en 5 points. Nous avons au préalable codé l'ensemble de ces notions : « Pas du tout d'accord » = 1, « Plutôt pas d'accord » = 2, « Ni d'accord, ni pas d'accord » = 3, « Plutôt d'accord » = 4, « Tout à fait d'accord » = 5. Les échelles des questions « négatives » seront inversées lors de l'analyse.

Dans la partie 1, les questions en lien avec l'ampleur des changements ont été posées positivement (plus le score se rapproche de 5, et plus le changement est important). Dans la partie 3, plus le score se rapproche de 5, et plus le participant est favorable à ces changements organisationnels.

Dans le cas où la question a été formulée dans le sens contraire, nous avons inversé les échelles lors de l'analyse. Chaque score est donc prédefini. Nous rappelons que toutes les échelles sont codées similai-
rement. De ce fait, il nous suffira d'additionner les scores des participants aux modalités choisies. Par la suite, le score global (SG) sera comparé à un score total « neutre » envers notre objet de recherche.

Exemple :

Si nous analysons 8 items de la partie 3 (acceptation de l'organisation sanitaire) avec des échelles codées de 1 à 5 et que nous avons 473 répondants.

Pour rappel : sur notre échelle, la neutralité = 3.

Imaginons que tous nos participants répondent 3 (« ni d'accord, ni pas d'accord »)

$\rightarrow 3 \times 8 \text{ items} \times 473 \text{ répondants} = 11\,352$.

Donc si le score total de nos modalités est < ou = à 11\,352 alors nous pouvons en conclure que les participants sont plutôt défavorables à l'organisation sanitaire.

A contrario, si l'addition totale de leurs réponses et > à 11\,352, alors nous pouvons dire que les participants sont favorables aux modalités concernées.

Nous tenterons enfin de voir s'il existe un lien entre les professionnels de santé exprimant un changement organisationnel important/complexé (partie 1) et les professionnels de santé avec une acceptation de ces changements à connotation plutôt négative (partie 2).

Dans l'hypothèse où des changements importants/complexes engendreraient une acceptation négative de l'organisation prévue face à la pandémie, les SG de la partie 1 devront être supérieurs aux scores neutres de références (SNR) et les SG de la partie 3 devront être inférieurs au SNR de cette même partie.

8.2. Résultats

8.2.1. Données socio-démographiques :

Nous avons fini de récolter les données le 31 juin, avec un total de 472 répondants. Nous ne comptabiliserons que ceux ayant fini la totalité du questionnaire et correspondant aux critères de participation mentionnés ci-dessus. Parmi eux, nous retrouvons 83,9% de femmes, 15,47% d'hommes et 0,21% de personne non-binaire. 0,42% des participants n'ont pas souhaité préciser. Cet échantillon de participants à une moyenne d'âge de 44,38 ans avec un minimum de 18 ans et un maximum de 68 ans. En moyenne, ils comptent 2,93 membres dans leur foyer, eux compris (allant de 1 à plus de 5 personnes).

Si nous nous intéressons à leurs professions, nous retrouvons 72,46% d'infirmier(e)s, 6,57% d'aides-soignant(e)s, 5,3% de médecins spécialisés, 2,75% de médecins généralistes, 1,91 de professionnels de la santé mentale, 1,48% de professionnels de la rééducation fonctionnelle, 1,27% de PU-PH (Professeur des Universités-Praticien hospitalier), 1,06% d'étudiant(e)s, 0,64% de directeur(ice) et 0,21% de

pharmacien(ne)s et 0,21% d'assistant(e)s sociales. 2,12% des participants n'ont pas pu être catégorisés (v. le tableau en annexe 13).

Ces individus, issus en majorité de professions paramédicales, travaillent dans divers secteurs. Une grande majorité est issue de la médecine de ville avec 51,48% des participants qui travaillent dans un cabinet libéral et 13,98% à domicile. 14,83% exercent leur profession dans un EHPAD et 12,92% à l'hôpital. Une minorité d'entre eux travaillent en centre de dialyse (1,06%), en résidence autonomie (0,85%), en clinique (0,64%), en CMP (centre médico-psychologique) (0,21%) ou en pharmacie (0,21%), (v. le tableau en annexe 14). Il est intéressant de voir que l'intégralité des départements de la région AURA ont été représenté avec 20,55% des professionnels exerçants dans la Loire (42), 19,70% dans le Rhône (69), 15,89% de l'Isère (38), 9,32% en Haute-Savoie (74), 7,63% dans le Puy-de-Dôme (63), 7,20% dans la Drome (26) et un reste de 19,7% qui se partagent entre l'Ain (01), l'Ardèche (07), l'Allier (03), la Savoie (73) et le Cantal (15) (v. le tableau en annexe 15). Comme en témoignent ses chiffres, nous avons un échantillonnage plutôt inégal de participants pour les trois catégories de populations définies au préalable :

Echantillon A → 30 professionnels médicaux hospitaliers ou en établissements de santé dont 15 hommes (55,56%) et 12 femmes (44,44%) soit seulement 0,64% de l'échantillon total. Les participants ont en moyenne 48,52 ans avec un âge minimum de 27 ans et maximum de 67 ans.

Echantillon B → 138 professionnels paramédicaux hospitaliers ou en établissements de santé sont 9 hommes (5,8%) et 130 femmes (94,2%) soit 29,24% de l'échantillon total. Les participants ont en moyenne 36,29 ans avec un âge minimum de 18 ans et maximum de 62 ans.

Echantillon C → 304 professionnels de santé (médicaux et paramédicaux) libéraux ou à domicile dont 49 hommes (16,55%) et 254 femmes (82,77%) soit 64,4% de l'échantillon total. Les participants ont en moyenne 46,07 ans avec un âge minimum de 23 ans et maximum de 62 ans.

8.2.2. Partie 1 : Compréhension de l'ampleur, de la nature et de la qualité perçue des changements organisationnels

8.2.2.1. Partie 1 Echantillon A : les professionnels médicaux hospitaliers et d'établissements de santé
Cette partie tentait de comprendre l'ampleur et la nature des changements organisationnels. Afin de graduer l'ampleur et la qualité perçues de ses changements, nous avions demandé aux participants de répondre à 10 questions.

Les quatre questions qui ne sont pas présentes dans les SG et les SNR ci-dessous étaient posées sous la forme de réponses à choix multiples. Il s'agissait de questions descriptives. Elles nous apprennent notamment que 59,26% des professionnels de l'échantillon A se sont occupés de patients âgés COVID. Nous remarquons que 44,44% d'entre eux n'ont pas de lits dédiés aux patients COVID dans leur

établissement. 27,77% en ont entre 5 et 10 et 17,67 entre 10 et 20. Nous voyons que 5,88% travaillent dans un service composé de plus de 50 lits dédiés COVID, (v. annexe 23, 1AQ5,1AQ6).

Les six questions autres questions de cette partie étaient posées sous la forme d'une échelle de Likert graduée en 5 points. Plus le score est grand et plus nous pouvons considérer que les changements opérés ont été importants et bien organisés.

Avant de calculer les scores globaux (SG) des participants pour chaque question, nous avons calculé la totalité des scores neutres de celles-ci. Comme expliqué ci-dessus, l'indice de neutralité de notre échelle est codé par le chiffre 3 qui signifie « Ni d'accord, ni pas d'accord ». Nous avons multiplié le nombre d'items de la question par 3 puis par le nombre de participants.

NB. Items x 3 x NB. Participants = Score neutre de référence (SNR)

Le tableau ci-dessous répertorie les scores obtenus par l'ensemble des participants par rapport aux scores neutres.

	Partie 1A Q1	Partie 1A Q2	Partie 1A Q3	Partie 1A Q4	Partie 1A Q7	Partie 1A Q10
Scores globaux	702	283	415	966	584	655
Scores neutres de références	540	270	360	900	627	627

Tableau 2: Scores globaux et scores neutres de la partie 1A

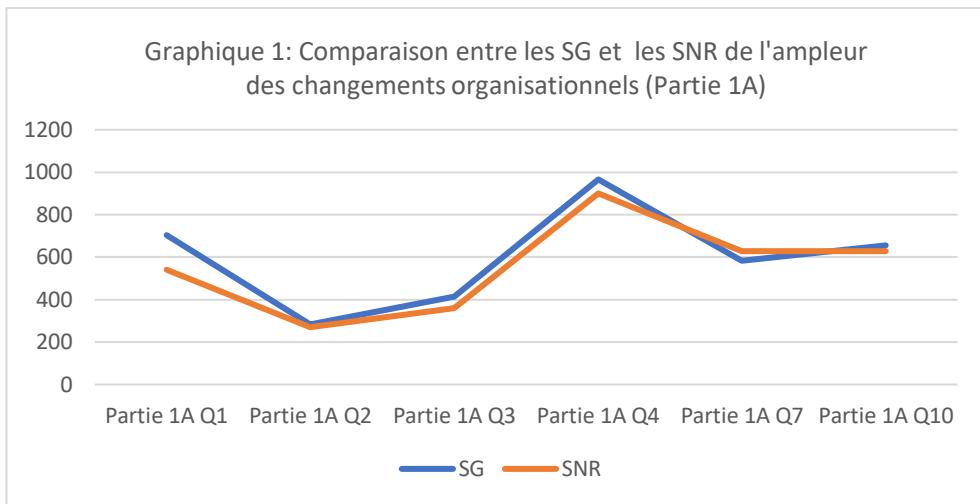
Avant d'analyser ces scores, nous avons souhaité en calculer les Alphas de Cronbach pour nous assurer de la cohérence interne de nos données. Nous n'avons choisi d'inclure à ces calculs uniquement les réponses aux échelles de Likert. Nous souhaitions nous assurer, avant de les comparer, qu'elles mesuraient bien les mêmes concepts. Les quatre autres questions à choix multiples seront traitées de façon descriptive dans la suite de notre développement.

Questions	Partie 1A Q1	Partie 1A Q2	Partie 1A Q3	Partie 1A Q4	Partie 1A Q7	Partie 1A Q10	TOTAL
Alphas de Cronbach	0,85	0,47	0,76	0,73	0,62	0,65	0,74

Tableau 3: Alphas de Cronbach, partie 1A

Rappelons les seuils de référence de l'alpha de Cronbach : [0-0,50] = insuffisante ; [0,50-0,70] = limite ; [0,70-0,99] = élevée ou très élevée. Presque tous nos alphas sont satisfaisants, hormis celui de la question 1AQ2 (partie 1 question 2). L'alpha de Cronbach total de notre partie 1A = 0,74. Nous pouvons en conclure que nos questions sont plutôt fiables et peuvent être corrélées.

Afin de pouvoir visuellement comparer les SG obtenus, nous les avons illustrés dans un graphique en courbe.



Ce graphique témoigne d'un SG (courbe bleue) majoritairement supérieur au SNR (courbe orange). Cela nous informe sur le fait que les participants considèrent que la gestion de cette pandémie a engendré des modifications organisationnelles importantes et complexes.

Si nous regardons de plus près les questions posées :

La question 1A demandait aux participants de juger l'ampleur des changements selon leur nature. Globalement, les résultats sont en faveur de changements plutôt importants (44,44%) et très importants (48,15%). Les professionnels médicaux hospitaliers ou d'établissements de santé parlent de changements plutôt importants voir très importants pour la gestion du personnel (81,49%), l'organisation des soins (74,08%), la gestion du matériel (70,37%), et celles des locaux (70,37%). La catégorie qui semble la moins impactée est la coordination avec la médecine de ville avec 40,74% (v. annexes 23, Q1).

Amplitude des changements organisationnels :	
Réponse	Pourcentage
Aucun changement (1)	3,70%
Changements plutôt peu importants (2)	3,70%
Changements plus ou moins importants (3)	0,00%
Changements plutôt importants (4)	44,44%
Changements très importants (5)	48,15%

Les questions 2 et 3 interrogeaient sur l'utilisation de nouvelles technologies telles que la télémédecine, les visioconférences et le téléphone. Les résultats vont en faveur d'une utilisation plus importante qu'habituellement, notamment en ce qui concerne le téléphone et les visioconférences puisqu'ils déclarent les utiliser souvent voire toujours à 81,48% et 51,85%. L'utilisation de la télémédecine arrive en troisième position (29,63%). Ils s'en servent surtout pour communiquer avec les autres acteurs de santé (74,07%), la famille des patients (70,37%) et pour permettre aux patients d'appeler leurs familles (59,26%), (v. annexe 23, Q2).

Nous pouvons voir pour la question 4 que le SG (966) est supérieur au SNR (900). Cet item demandait aux professionnels d'évaluer la qualité de l'organisation en s'intéressant à la gestion des ressources sanitaires (matériel et personnel). Nous pouvons en déduire que globalement, face à la

pandémie, ces critères de l'organisation sont plutôt complexes. Selon 44,44% des professionnels, il manquerait du matériel médical (tensiomètres, thermomètres etc...). Alors que le nombre d'ASH et de médecins leur semblent suffisants (pour 44,44% et 51,85%), les professionnels dénoncent un manque de professionnels paramédicaux (aides-soignant(e)s et infirmier(e)s pour 48,15% et kinésithérapeutes pour 55,55% d'entre eux). Même si 59,21% déclarent faire plus d'heures qu'habituellement, ils pensent que le nombre d'heures des professionnels paramédicaux est inchangé. Il est intéressant de voir que le matériel d'hygiène (gels, masques, gants...) a été suffisant pour 51,85% des participants. (v. annexe 23, Q4).

La question 7 permet de voir si les professionnels médicaux considèrent que l'organisation sanitaire répond aux objectifs fixés par la stratégie d'endiguement (Coordination opérationnelle risque épidémique et biologique, 2019). Elle est la seule dont le SG (584) est inférieur au SNR (627), nous pouvons donc supposer que les objectifs du plan ORSAN-REB sont globalement validés. En effet, 88,23% des participants pensent que l'organisation sanitaire prévue pour faire face à la pandémie de la COVID-19 permet de répondre aux besoins de l'urgence sanitaire et 64,71% qu'elle permet aux patients âgés COVID de bénéficier de soins adaptés. 58,76% pensent qu'elle renforcerait la capacité des soins et assurerait la bonne répartition des patients (médecine de ville/hôpital) pour 58,82%. Moins de la majorité pensent que cette organisation améliore les conditions de travail des professionnels de santé en temps de crise (41,17%). Seuls 38,23% des médecins/professeurs pensent qu'elle permettrait d'assurer la continuité des soins des personnes âgées non-COVID. Pour 50,05%, cet objectif n'est pas atteint, (v. annexe 23, 1AQ7).

La question 10 nous montre les points forts et les points faibles de cette organisation selon les difficultés rencontrées par les professionnels de santé. Les résultats montrent que les sujets ont majoritairement eu des difficultés. Ils ont notamment eu du mal à protéger les soignants du virus (72,22%), à orienter les patients âgés COVID (61,11%), à dépister les patients symptomatiques (44,44%) ou encore à assurer le classement des patients (gravités/priorités) pour 55,56% d'entre eux. A l'inverse, certains pensent ne pas avoir eu de mal à prendre en charge les personnes âgées contaminées par la COVID-19 (49,99% contre 38,88%) ainsi que celles ayant été en contact avec le virus (55,55%), (v. annexe 23, 1AQ10).

La question 8 nous informe sur les changements de missions liés aux changements organisationnels. Les résultats montrent qu'une grande majorité des participants estiment que leurs missions ont changé concernant l'utilisation du matériel, des tenues de travail et l'application des mesures d'hygiène (85,19% ; 77,78% ; 78,78%). La plupart des participants ont ressenti des changements de missions liés aux rapports entretenus avec les familles et les patients (77,78 et 62,96%). Ce pourcentage est bien moins important pour les missions en lien avec la fin de vie (33%). Les soins apportés aux patients concernent 55,26%. Les participants estiment devoir prendre des décisions importantes et

différentes de d'habitude concernant la prise en charge des malades pour 55,56%. La prise de décision concernant les malades est estimée à 55,56%. Les rapports avec la hiérarchie ont été modifiés pour 44,44% d'entre eux. Il est intéressant de souligner que seulement 33,33% des soignants trouvent leurs missions changées dans l'accompagnement des patients en fin de vie. Comme nous avons pu le voir dans de précédents résultats, la gestion des fins de vie semblaient pourtant plus complexe qu'auparavant, (v. annexe 23, 1AQ8).

Nous nous sommes davantage intéressés à la prise de décisions des médecins/professeurs (question 9). Nous apprenons que c'est la restriction des visites qui est la plus compliquée pour 77,68%. Vient ensuite l'orientation des patients nécessitant des soins spécifiques (51,85%) puis les décisions à l'égard des soins administrés (44,44%) et le respect des règles d'hygiène (44,44%). 11,11% des réponses étaient classées dans la catégorie « autre », parmi elles, l'échantillon A cité « la fin de vie » ou encore « la gestion des secteurs EHPAD ».

8.2.2.2. Partie 1 Echantillon : les professionnels paramédicaux hospitaliers et d'établissements de Santé

Deux questions de cette partie étaient posées sous la forme de réponses à choix multiples. Il s'agissait là encore de questions descriptives. Elles nous apprennent que moins de la moitié des participants se sont occupés de patients COVID (48,53%). Parmi eux, 14,71% n'avaient pas de lits dédiés COVID et 10,29% en avaient entre 5 et 10 et 11, (v. annexe 24, 1BQ6,1BQ7).

Le tableau ci-dessous répertorie les scores obtenus par l'ensemble des participants par rapport aux scores neutres. La comparaison des scores ne s'est faite que pour les questions présentées sous la forme d'échelles de Likert.

	Partie 1B Q1	Partie 1B Q2	Partie 1B Q3	Partie 1B Q4	Partie 1B Q5	Partie 1B Q8	Partie 1B Q9	Partie 1B Q10
Scores globaux	2799	1250	1907	1818	2343	4257	3431	2321
Scores neutres de références	2070	1242	1656	1656	2898	3312	3312	2070

Tableau 4 : Scores globaux et scores neutres de la partie 1B

Comme pour l'échantillon A, nous avons calculé les alphas de Cronbach pour nous assurer de la pertinence de nos groupes de questions.

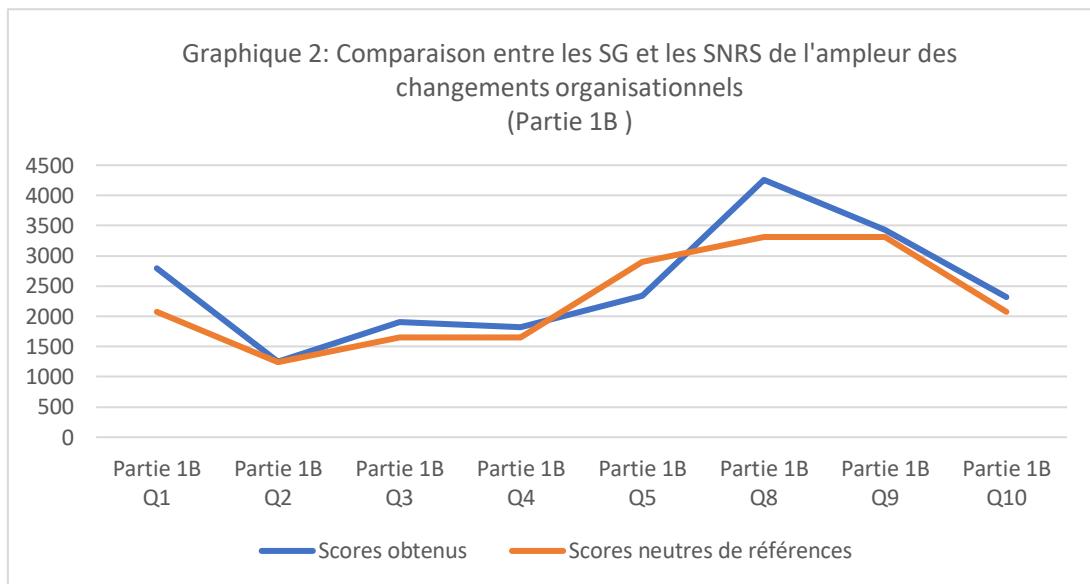
Questions	1BQ1	1BQ2	1BQ3	1BQ4	1BQ5	1BQ8	1BQ9	1BQ10	TOTAL
Alphas de Cronbach	0,80	0,41	0,43	0,28	0,89	0,75	0,74	0,74	0,63

Tableau 5 : Alphas de Cronbach, partie 1B

Plus de la moitié de nos alphas sont satisfaisants voir très satisfaisants. Nous pouvons néanmoins constater que les cohérences internes des questions 1BQ2, 1BQ3 et 1BQ4 sont insuffisantes. Les

questions 1BQ2 et 1BQ3 sont identiques à celles de la partie 1A, l'alpha de la 1AQ2 était bas lui aussi. Nous pouvons nous interroger sur sa formulation. La question 1BQ4 a un alpha de Cronbach très bas (0,28). Pourtant, nous recherchions les mêmes données que pour la 1AQ4 dont l'alpha est de 0,73 (élevé). Dans la partie 1A, nous avions davantage détaillé les items de réponses (nous pensions que les médecins/professeurs seraient plus aptes à nous apporter des précisions). Cette différence pourrait expliquer l'alpha de 0,28. Nous remarquons tout de même que l'alpha de Cronbach total de notre partie 1B = 0,63. Il est donc suffisamment élevé pour que nous puissions corrélérer nos questions.

Afin de pouvoir visuellement comparer les SG obtenus, nous les avons illustrés dans un graphique en courbe.



Ce graphique témoigne d'un SG (courbe bleue) majoritairement supérieur au SNR (courbe orange). Cela nous indique que globalement, les participants considèrent, comme pour l'échantillon A, que la gestion de cette pandémie a engendré des modifications organisationnelles importantes et complexes.

Si nous regardons de plus près les questions posées :

La question 1B demandait aux participants de juger l'ampleur des changements selon leur nature. Globalement, les résultats sont en faveur de changements plutôt importants (44,44%) et très importants (36,76%). Les professionnels paramédicaux hospitaliers ou d'établissements de santé parlent de changements plutôt importants voir très importants pour la gestion du personnel (69,12%), l'organisation des soins (57,36%), la gestion du matériel (63,23%), et celles des locaux (73,53%). Ces résultats concordent avec ceux de la

Ampleur des changements organisationnels :	
Réponse	Pourcentage
Aucun changement (1)	2,94%
Changements plutôt peu importants (2)	1,47%
Changements plus ou moins importants (3)	11,76%
Changements plutôt importants (4)	47,06%
Changements très importants (5)	36,76%

partie 1A, même si presque tous ces changements étaient connotés plus importants par les professionnels médicaux (Echantillon A) (v. annexes 24, Q1).

Les questions 2 et 3 interrogeaient sur l'utilisation de nouvelles technologies telles que la télémédecine, les visioconférences et le téléphone. Les résultats vont en faveur d'une utilisation très légèrement plus importante qu'habituellement. Le score global de cette question n'est que 8 points au-dessus du score de référence. L'échantillon B déclare utiliser souvent voire toujours le téléphone (80,88%) et les visioconférences à 44,11%. L'utilisation de la télémédecine arrive, comme pour l'échantillon A, en troisième position, très loin derrière avec seulement 2,94%. Ce pourcentage très bas peut s'expliquer par le fait que les professionnels paramédicaux ne renouvellent pas les ordonnances médicales et arrêts de travail, comme nous avons pu le voir dans de précédents résultats. Ces outils numériques sont surtout utilisés pour permettre aux patients d'appeler leurs familles (70,55% soit + 11,29% que l'échantillon A), pour communiquer avec la famille des patients (80,89% soit 10,52% de plus que l'échantillon A) et avec les autres acteurs de santé à 51,47% (contre 74,07% pour l'échantillon A) (v. annexe 23, Q2). Pour les professions paramédicales, ces outils semblent être primordiaux pour continuer d'entretenir un lien professionnel/famille/patient, (v. annexe 24, Q2 et Q3).

Nous pouvons voir dans la question 4, tout comme dans la partie 1A, que le SG (1818) est supérieur au SNR (1656). Cette rubrique demandait aux professionnels paramédicaux exerçant en établissement de santé d'évaluer la qualité de l'organisation en s'intéressant à la gestion des ressources sanitaires (matériel et personnel). Nous supposons dans un premier temps que globalement, face à la pandémie, les professionnels de l'échantillon B avait des difficultés à gérer leurs ressources sanitaires. Pourtant, si nous nous intéressons aux chiffres obtenus, contrairement aux professionnels médicaux (échantillon A), 69,12% des professionnels paramédicaux pensent disposer du matériel nécessaire (gants, lits, gels, masques...) et le personnel serait en nombre suffisant pour 47,06% (contre 45,59% qui pensent l'inverse). Nous pensons que le faible alpha de Cronbach de cette question provient de l'item suivant : « Les mesures d'hygiène sont plus strictes que d'habitude ». Après réflexion, cette question aurait dû être posée dans la catégorie « changement de missions ». Le score élevé de cette dernière est possiblement à l'origine du SG négatif. En effet, 91,18% des participants estiment que les mesures sanitaires sont plus strictes. Hormis le fait qu'ils déclarent faire plus d'heures que d'habitude (47,06%), les professionnels semblent plutôt satisfaits de la gestion des ressources sanitaires face à la pandémie. Ces résultats diffèrent de ceux de l'échantillon A, (v. annexe 24, Q4).

La question 5 (identique à la 1AQ7), permet de voir si les professionnels paramédicaux considèrent que l'organisation sanitaire répond aux objectifs fixés par la stratégie d'endiguement (Coordination opérationnelle risque épidémique et biologique, 2019). Avec un SG (2343) inférieur au SNR (2898), nous pouvons, là aussi voir qu'il s'agit de la seule question ayant la courbe bleue (SG) qui passe en

dessous du seuil des SNR (courbe orange). Nous pouvons supposer que, d'après les professionnels paramédicaux, l'opérationnalisation du plan ORSAN-REB répond majoritairement aux objectifs fixés. En effet, 75% des participants pensent que l'organisation sanitaire prévue pour faire face à la pandémie permet de répondre aux besoins de l'urgence sanitaire (13,23% de moins que l'échantillon A) et 61,77% pensent qu'elle permet aux patients âgés COVID de bénéficier de soins adaptés (seulement 2,4% d'écart avec l'échantillon A). 51,46% pensent qu'elle renforcerait la capacité des soins (- 7,3% que les professions médicales). L'organisation sanitaire assurerait la bonne répartition des patients (médecine de ville/hôpital) pour 39,7% avec une proportion élevée de participants qui ne se positionnent pas (42,65%). Ces chiffres sont 19,12% plus petits que pour l'échantillon A mais reste positif envers la stratégie d'endiguement. A l'inverse des médecins/professeurs, les professionnels paramédicaux estiment que la continuité des soins des personnes âgées non-COVID est assurée (66,18% soit + 27,95%). Comme dans les précédents résultats, moins de la majorité pensent que cette organisation améliore les conditions de travail des professionnels de santé en temps de crise (30,88%), (v. annexe 24, 1AQ5).

Les questions 8 et 9 nous informent sur les changements de missions liés aux modifications organisationnelles et sur leur difficulté d'exécution. Les résultats montrent qu'une grande majorité des participants estiment que leurs missions ont changées concernant l'utilisation du matériel et des tenues de travail (70,59% ; 80,88%). Ces résultats sont similaires à ceux de l'échantillon A. Ces recommandations sanitaires sont globalement complexes à mettre en place, notamment en ce qui concerne les tenues de travail où 60,3% de l'échantillon B ont des difficultés. Comme dans la partie A, des changements importants ont aussi été constatés dans les rapports entretenus avec les familles et les patients (83,83%) et dans les soins apportés aux patients (57,34%). Le temps à passer avec les patients et l'accompagnement des fins de vie sont vues comme complexes (55,88% et 60,29%).

La dernière question de cette partie 1B nous apprend que les professionnels paramédicaux sont globalement insatisfaits de leur encadrement (50%), de la communication entre collègues (55,59%) et des informations qu'ils ont reçues sur le virus (54 ;41%).

8.2.2.3. Partie 1 Echantillon C : les professionnels de santé libéraux et/ou à domicile

Le tableau ci-dessous répertorie les scores obtenus par l'ensemble des participants par rapport aux scores neutres. La comparaison des scores ne s'est faite que pour les questions présentées sous la forme d'échelles de Likert.

	Partie 1C Q1	Partie 1C Q2	Partie 1C Q3	Partie 1C Q4	Partie 1C Q6	Partie 1C Q7	Partie 1C Q9
Scores globaux	5752	3186	3334	5653	6307	9414	7813
Scores neutres de références	5472	3648	3648	5472	6384	7296	3648

Tableau 6 : Scores globaux et scores neutres de la partie 1C

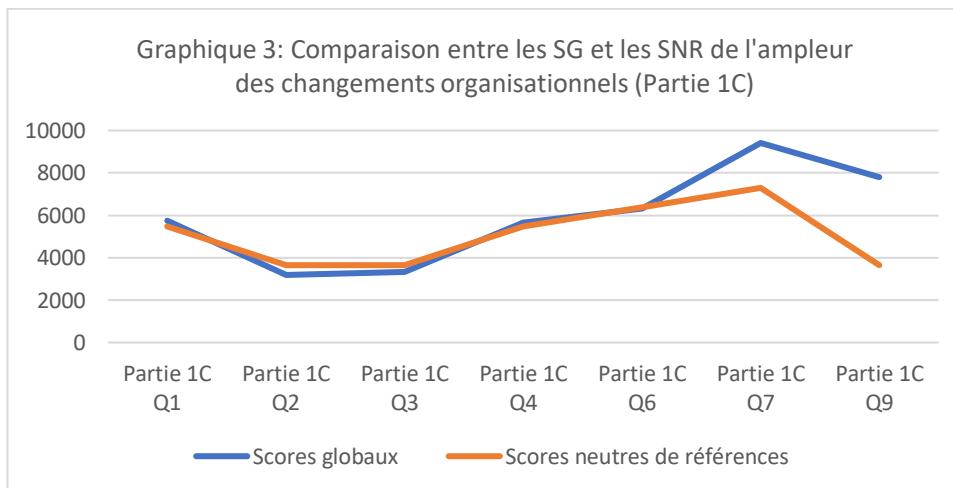
Comme pour l'échantillon A et B, nous avons calculé les alphas de Cronbach pour nous assurer de la pertinence de nos groupes de questions.

Questions	Partie 1C Q1	Partie 1C Q2	Partie 1C Q3	Partie 1C Q4	Partie 1C Q6	Partie 1C Q7	Partie 1C Q9	TO-TAL
Alphas de Cronbach	0,76	0,23	0,76	0,28	0,89	0,78	0,82	0,64

Tableau 7 : Alphas de Cronbach, partie 1C

Presque tous nos alphas sont très satisfaisants. Nous pouvons néanmoins constater que, comme dans les parties 1A et 1B, la cohérence interne de la question 1CQ2 est insuffisante. La question 1CQ4 a un alpha de Cronbach très bas équivalent à celui de la partie 1BQ4 (0,28). Ces deux questions étaient identiques. Nous supposerons à nouveau que la formulation de la question (différente de la 1AQ4 avec un alpha = 0,73) est en cause. L'alpha de Cronbach total est de 0,64, il est donc satisfaisant, nous pouvons corrélérer nos données.

Afin de pouvoir visuellement comparer les SG obtenus, nous les avons illustrés dans un graphique en courbe.



Ce graphique témoigne d'un SG (courbe bleue) plutôt variable suivant les questions. Elle est légèrement inférieure au SNR (courbe orange) dans les premières questions de notre partie C, puis semblent s'équilibrer avec les SNR pour les questions 1CQ3, 1CQ4 et 1CQ5. Les SG des deux dernières questions sont bien supérieurs aux SNR. Nous savons que les premières questions s'attardent sur l'ampleur et la nature globales des changements organisationnels, nous pouvons supposer que les participants estiment que des modifications ont eu lieu mais qu'elles n'étaient pas très importantes. Les dernières questions s'orientent vers les changements de missions de chacun et les difficultés engendrées par celles-ci. Nous pouvons supposer que même si les participants considèrent qu'il n'y a pas eu énormément de changements dans l'organisation de leur profession, ils sont plutôt en difficultés face aux missions qui leur ont été confiées.

La question 1C demandait aux participants de juger l'ampleur des changements selon leur nature. Globalement, les résultats sont partagés entre des changements plus ou moins importants (neutres ; 32,43%) et des changements plutôt importants (32,43%). Les professionnels de santé libéraux semblent donc avoir été exposés à des changements plus modérés que ceux qui exercent en établissement. Les principaux changements mentionnés sont la gestion du matériel pour 85,14% et le déroulement des consultations médicales (60,14%). Les changements concernant les prescriptions médicales, et la coordination avec les acteurs hospitaliers sont globalement vu comme étant peu importants voire inexistant (56,76% et 61,48%), (v. annexe 26, 1CQ1).

Ampleur des changements organisationnels :	
Réponse	Pourcentage
Aucun changement (1)	5,41%
Changements plutôt peu importants (2)	11,49%
Changements plus ou moins importants (3)	32,43%
Changements plutôt importants (4)	32,43%
Changements très importants (5)	19,26%

Les questions 2 et 3 interrogeaient sur le déroulement des consultations et l'utilisation de nouvelles technologies telles que la télémédecine, les visioconférences et le téléphone. Nous apprenons que les consultations ne se font plus que rarement en cabinet (18,25%) avec 61,15% déclarant ne jamais en faire. Pour autant, les consultations/visites à domicile avec mesures de protections restent inchangées et se font souvent voire toujours pour 93,92% des professionnels libéraux. Les outils numériques ne sont pas franchement utilisés davantage pour consulter les patients. 69,26% déclarent ne jamais utiliser la télémédecine, les appels téléphoniques ne sont que rarement ou jamais utilisés pour 56,08%. Pour autant, ces mêmes outils sont souvent voire toujours utilisés pour communiquer avec les familles de patients à 40,2% et pour communiquer avec les autres acteurs de santé à 56,76% soit +5,29% que l'échantillon B. L'échantillon A (professionnels médicaux en établissement) restent en première position avec 74,07% des participants qui déclarent utiliser les outils numériques pour communiquer avec d'autres professionnels de santé. Contrairement aux résultats obtenus précédemment, les professionnels libéraux n'utilisent que rarement ces outils pour permettre à leurs patients de communiquer avec leur famille. 43,58% déclarent même ne jamais le faire. Rappelons que les échantillons A et B se servait régulièrement de ce mode de communication pour conserver le lien famille/patients à 59,26% et 70,55%. Si nous interprétons la courbe des SG et SNR, nous voyons que l'échantillon C n'est que peu impacté par l'utilisation des outils numériques.

La question 4 se réfère aux ressources sanitaires. Les résultats nous indiquent que 62,5% des participants estiment avoir le matériel médical nécessaire. A l'inverse, 43,93% (et 13,51% de réponses neutres) pensent ne pas avoir le matériel d'hygiène suffisant (masques, gants...). Nous voyons que ces chiffres s'accordent avec le ressenti de l'échantillon A mais s'opposent aux avis de l'échantillon B qui disent avoir le matériel d'hygiène nécessaires à 69,12%. L'échantillon C juge que le nombre de professionnels de santé libéraux est suffisant pour 56,42% (et 26,35 qui restent neutres). Alors que seulement 15,2% disent que les patients âgés les consultent davantage, 50% estiment faire plus d'heures que

d'habitude. Nous remarquons que de nombreux répondants restent neutres tout au long de ses questions. Nous pouvons faire l'hypothèse que ceux-ci n'ont pas perçu de réels changements dans leur pratique. Le SG (5653) est supérieur au SNR (5472), nous pouvons en conclure que les professionnels de santé ont de légère difficultés avec la gestion des ressources sanitaires. Ce constat va dans le même sens que celui des précédents échantillons de populations.

La question 6 (identique aux 1AQ7 et 1BQ5), se réfère aux objectifs fixés par la stratégie d'endiguement (Coordination opérationnelle risque épidémique et biologique, 2019). A nouveau, le SG est légèrement inférieur au SNR, nous supposerons que l'opérationnalisation du plan ORSAN-REB correspond plutôt aux attentes. Les résultats montrent que 51,69% des participants pensent que l'organisation sanitaire prévue pour faire face à la pandémie permet de répondre aux besoins de l'urgence sanitaire et 45,95% pensent qu'elle permet aux patients âgés COVID de bénéficier de soins adaptés (ces résultats restent moins favorables que dans les groupes précédents). 37,5% pensent qu'elle renforcerait la capacité des soins et 28,38% sont « ni d'accord, ni pas d'accord ». L'organisation sanitaire assurerait la bonne répartition des patients (médecine de ville/hôpital) pour 41,22% soit à peine +1,52% que l'échantillon B. A nouveau, une proportion élevée de participants ne se positionnent pas (27,03%). L'échantillon A était bien plus favorable à cet objectif avec +17,6% d'adhérents. Seuls 22,3% des participants pensent que cette organisation améliore les conditions de travail des professionnels de santé en temps de crise (contre 57,77%). A l'inverse des médecins/ professeurs et comme les professionnels paramédicaux en établissements, la majorité des professionnels libéraux estiment que la continuité des soins des personnes âgées non-COVID est assurée (47,3%), (v. annexe 25, 1CQ5). Nous remarquons à nouveau que de nombreux participants ne se positionnent pas lors des réponses.

Les questions 7, 8 et 9, relatives aux changements de missions et à la facilité d'exécution de celles-ci montrent des SGs nettement supérieurs au SNRs. Nous supposons que de gros changements ont eu lieu et qu'ils étaient difficiles à mettre en œuvre. Les résultats montrent que les mesures d'hygiène (78,7%), le temps passé avec les patients (80,07%), les soins apportés aux patients (63,17%), le rapport avec les familles (78,72%), l'utilisation du matériel (83,45%), des tenues de travail (88 ;85%) et les prises de décisions en lien avec les soins des patients (72,64%) ont tous été modifiés, avec des pourcentages très importants. Ces réponses sont homogènes dans tous les groupes de participants. Contrairement à l'échantillon A, l'échantillon C dit ne pas avoir eu de difficultés à se protéger du virus (59,79%), ni à protéger ses patients.

Un taux important de répondants neutres est présent pour les items suivant. Parmi les participants s'étant positionner, davantage expliquent avoir été en difficulté face : au dépistage des patients âgés (difficile pour 45,61% soit + 1,17 que l'échantillon A), au classement des patients selon leur gravité (difficile pour 33,79%) et à l'orientation des patients (difficile pour 32,09, soit -29,02% par rapport aux médecins/professeurs). Nous constatons des résultats similaires dans la prise en charge des personnes contacts (45,27% soit - 10,28% que l'échantillon A). Alors que ces difficultés semblent être en partie les mêmes

chez les professionnels médicaux d'établissement et les professionnels de santé libéraux, les libéraux ont plus de difficultés prendre en charge des patients COVID (difficile pour 43,92%). Les pourcentages importants de réponses neutres nous amènent à réfléchir à si nos critères sont bien appropriés aux professions libérales. Notons que la quasi-totalité des répondants sont des professionnels paramédicaux et qu'ils n'occupent pas les mêmes fonctions que les médecins d'établissements. (v. annexe 25, 1BQ8 et 1BQ9). Enfin, 80% des pro paramédicaux d'établissement estiment la gestion du matériel comme compliquée à appliquer, contre 61% en ce qui concerne le respect des gestes barrière.

Le question 6, sous forme de choix multiples nous indique que, comme les professionnels paramédicaux d'établissements (échantillon B), la plupart des participants ne s'occupent pas de patients atteints de la COVID-19. Nous pouvons à nouveau penser à un lien avec le fait que nos répondants soient majoritairement des infirmier(e)s.

8.2.3. Partie 2 : Les cellules psychologiques

Cette partie comprenait deux articulations de questions. Les questions sont identiques mais formulées différemment. Pour faciliter leur analyse, nous avons additionné les résultats afin d'obtenir des pourcentages globaux à tous nos participants.

La première question nous apprend que seulement 25,06% des professionnels de santé de la région AURA savent qu'il a une cellule psychologique mise en place durant la pandémie de la COVID-19 dans leur ville/établissement. Un taux important ne sait pas s'il en existe une (45,01%) et 29,92% affirment qu'il n'y en a pas. Parmi les participants ayant répondu positivement, 23,53% déclarent que cette cellule est à destination des professionnels de santé, 9,98% à destination des patients étant ou ayant été contaminés par la COVID-19, et 8,19% expliquent que les familles de patients et l'ensemble des habitants de la ville peuvent en bénéficier, (v. annexe 26)

Pour les participants, une cellule psychologique est surtout utile pour les professionnels de santé (49,37% et 35,81% neutres) et pour les patients atteints ou ayant été atteints par la maladie (71,41% et 23,47% qui ne se prononcent pas). Ce soutien mental, selon notre population, ne serait utile qu'à 16,11 pour les familles de patients, (v. annexe 26, Q1, Q2).

8.2.4. Partie 3 : Acceptation de la gestion de crise sanitaire

Cette partie, commune à tous les échantillons, va nous permettre d'obtenir des scores globaux de l'acceptation de la gestion de la crise sanitaire (et donc des changements organisationnels qui se sont mis en place). Toutes les questions sont sous la forme d'échelles de Likert, nous allons procéder de la même façon que pour la partie 1. Contrairement aux parties précédentes, la partie 3 n'a pas pour fonction de détailler chaque question mais d'en analyser la globalité. Toutefois, les tableaux statistiques présents en annexe 27 récapitulent en détails les pourcentages obtenus pour chaque item.

Le tableau ci-dessous répertorie les SGs obtenus par l'ensemble des participants par rapport aux SNRs.

	Partie 3 Q1	Partie 3 Q2	Partie 3 Q3	Partie 3 Q4	Partie 3 Q5	Partie 3 Q6	Partie 3 Q7	Partie 3 Q8	Partie 3 Q9	Partie 3 Q10
Scores globaux	4269	3151	7219	5130	6245	3191	7102	4841	5389	13877
Scores neutres de références	4248	2832	5664	4248	5664	2832	7080	4248	4248	11328

Tableau 8 : Scores globaux et scores neutres de la partie 3

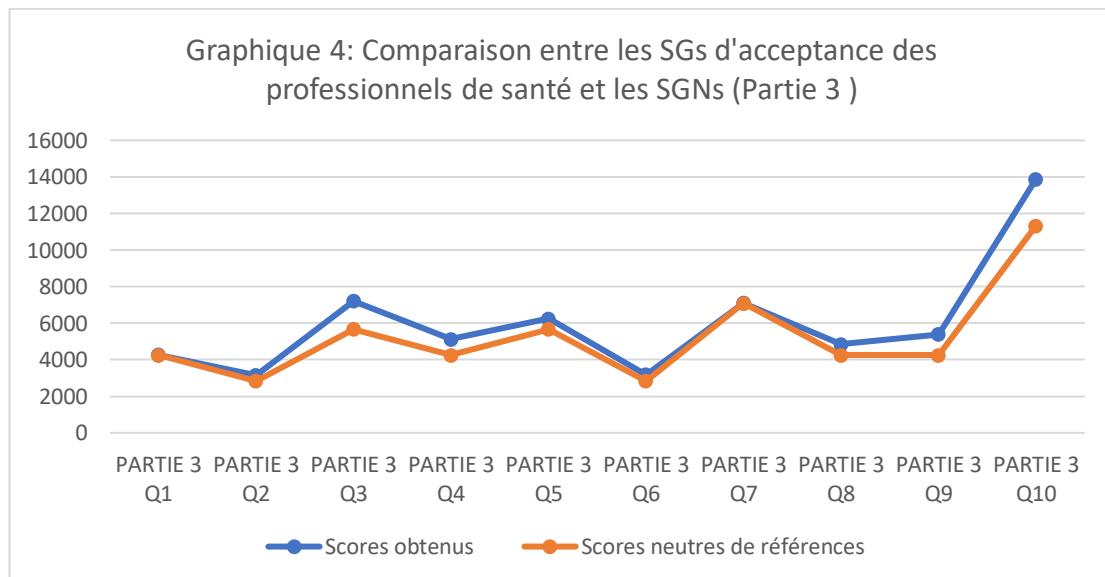
Les alphas de Cronbach ci-dessous vont nous permettre de savoir si la cohérence interne de nos données est suffisante.

Questions	Partie 3 Q1	Partie 3 Q2	Partie 3 Q3	Partie 3 Q4	Partie 3 Q5	Partie 3 Q6	Partie 3 Q7	Partie 3 Q8	Partie 3 Q9	Partie 3 Q10	TO-TAL
Alphas de Cronbach	0,55	0,82	0,45	0,64	0,62	0,83	0,79	0,65	0,75	0,77	0,69

Tableau 9 : Alphas de Cronbach de la partie 3

Tous nos alphas sont satisfaisants ou très satisfaisants, nous amenant à penser que les différents groupes de questions ont une bonne cohérence interne. L'alpha de Cronbach total est de 0,69, les valeurs sont également acceptables. Nous pouvons corrélérer nos données en supposant qu'elles se rapportent bien au même concept.

Le graphique ci-dessous nous permet de visuellement comparer les SG obtenus et les SNRs.



Rappelons que la courbe orange correspond à un degré d'acceptation neutre envers l'organisation sanitaire. La courbe bleue, basée sur les réponses des professionnels de santé, nous indique le degré d'acceptation globale des participants. Comme nous l'avions expliqué dans le cadre méthodologique, plus la courbe d'acceptation sera supérieure à la courbe neutre de référence, et plus nous pourrons considérer que les professionnels de santé adhèrent aux changements sanitaires en période de pandémie de

la COVID-19. Ici, nous pouvons voir que la courbe bleue est toujours supérieure à l'orange. De ce fait, chaque facteur d'influence de l'acceptance (l'utilité, l'utilisabilité, la motivation hédoniste, les conditions facilitatrices, les normes subjectives, les habitudes, la perception du risque, la confiance et les émotions) est favorable et engage une intention comportementale favorable aux recommandations gouvernementales.

Si nous nous intéressons de plus près au contenu des résultats, nous pouvons voir que les participants sont assez partagés quant à certains critère d'utilité de l'organisation sanitaire. Elle permettrait de mieux prendre en charge les patients âgés contaminés par la COVID-19 mais la prise en charge des patients âgés non-COVID et l'amélioration des conditions de travail des professionnels de santé montrent des avis sont mitigés. Il est intéressant de voir que 84,66% des professionnels de santé de la région AURA pensent que cette organisation sanitaire en vaut la peine. Pour 51,92% d'entre eux, cette pandémie leur permet d'acquérir des compétences supplémentaires. L'ensemble de ces critères montrent une utilité perçue qui, même si elle n'est pas entièrement positive, reste plutôt favorable à l'acceptation de la réorganisation du système de soins.

Cependant, seulement 45,01% des soignants disent avoir confiance envers les recommandations sanitaires, 24,55% n'ont pas confiance en celles-ci. La confiance envers l'organisation est mitigée. Cette condition facilitatrice n'est pas franchement valorisée par tous les participants et peut être à l'origine de résistances aux changements, notamment pour les échantillons A et B (professionnels d'établissements) où la courbe de la question référente (question 6) montre une acceptation négative à cette variable (v. annexe 28).

A l'inverse, Plus de la moitié des répondants estiment pouvoir obtenir de l'aide lorsqu'ils en ont besoin, cette condition facilitatrice de l'acceptation est favorisée. Aussi, les professionnels de santé estiment avoir déjà acquis de nouvelles habitudes de travail (79,54%), d'hygiène (73,1%), et de soins envers les patients (59,08%). L'acquisition de l'habitude est un condition qui, dans notre cas présent, facilite l'acceptation des soignant face au contexte pandémique (Venkatesh et al., 2012).

Une majorité des participants (48,85%) ont trouvé facile s'adapter à la réorganisation du système de soins et de trouver leur place au sein de cette gestion de crise (avec un taux de réponses neutres à 25,32%). Toutefois, nous retrouvons, comme dans les précédentes analyses, des avis négatifs quant au matériel mis à disposition (45,52% disent ne pas avoir le matériel nécessaire contre 38,11 qui l'ont). Ces critères se réfèrent à l'utilisabilité et donc à la facilité et à la faisabilité à suivre ces recommandations. L'intention comportementale d'adhérer à l'objet est, comme indiqué dans les modèles TAM et de l'UTAUT2, en partie dépendante de cette utilisabilité. La courbe bleue (SG) nous indique que la perception de l'utilisabilité des soignants est légèrement supérieure à la neutralité. Les professionnels de santé semblent donc avoir une acceptance positive par rapport à ce facteur. Pour que l'acceptabilité des soignants augmente, il est nécessaire d'améliorer chacun des critères d'utilisabilité ci-dessus.

Presque tous les soignants considèrent que, de par leur profession, il est de leur devoir de suivre les recommandations sanitaires (90,28%). 66,75% des participants se sentent utiles dans leurs fonctions. Pour 87,73% d'entre eux, leur investissement dans cette crise sanitaire a semblé évident. Tous ces indicateurs nous montrent les raisons pour lesquelles les soignants sont motivés à agir en faveur de la réorganisation sanitaire. Il s'agit de la motivation hédoniste, là encore, favorable à une bonne acceptation de notre objet.

L'entourage, qui se rapporte à l'influence sociale, est un facteur très marqué avec 71,34% des participants qui disent que leurs proches les aident à accepter ces conditions de travail et à suivre les recommandations sanitaires (67%). Pour autant, nous voyons que les proches n'encouragent pas toujours les soignants à exercer pendant cette situation sanitaire exceptionnelle (avec 28,9% contre et 34,27% pour). Cet indicateur est globalement positif à l'acceptation.

Une part non-négligeable d'entre eux pense provoquer de la méfiance autour d'eux (41,17%). Ils ne sont que 34,52% à se sentir en sécurité dans l'exercice de leurs fonctions contre 44,75% à ne pas l'être. La peur de contaminer leur famille (70,84%) et leurs patients (68,03%) sont des critères importants allant à l'encontre de l'acceptation des changements qui ont eu lieu. Ces résultats expliquent le faible écart entre les SG (7102) et le SNR (7080) de la question 7. Ces facteurs sont en lien avec la perception du risque, condition facilitatrice de l'acceptation des changements sanitaires. Cette condition qui, dans un contexte pandémique prend tout son sens, est défavorable à l'adoption d'un comportement positif envers la gestion de cette crise.

Face à cette pandémie, les professionnels de santé de la région AURA se sentent assez souvent en colère (38,87%) et 30,95% ressentent parfois de la tristesse. A l'inverse, 27,62% ne se sont jamais sentis tristes. 60,61% n'ont pas peur de la situation. La quasi-totalité des participants ne se sentent ni honteux, ni coupables face à leurs patients. Enfin, même si 11,25% se sentent dépassés par les événements, il sont 62,52% à ne l'avoir jamais ou rarement été. Les émotions sont importantes et contribuent grandement à la motivation hédoniste des soignant. Ici, elles sont représentée par le dernier SG de la courbe et sont favorables à l'acceptation de la réorganisation sanitaire.

Nous pouvons voir que chaque modalité de réponse est utilisée, ce qui signifie que, même si globalement, les participants ont une attitude favorable envers la gestion de crise qui a été prévue, certain y sont totalement réfractaires. Si nous séparons les échantillons de répondants, nous obtenons les graphiques disponibles en annexe 28. Le Graphique 5 représente les SGs globaux des professionnels de santé médicaux qui travaillent en établissements (échantillon A). Nous voyons que tous les facteurs d'acceptance sont propices au bon usage de l'organisation sanitaire. La question 6 faisant référence à la confiance des participants envers les recommandations sanitaires est celle avec le SG le moins élevé. Nous faisons exactement le même constat pour le graphique 6 (échantillon B). Le graphique 7, comparant les SGs d'acceptance et les SNRs des professionnels libéraux, montre une acceptation favorable à

tous les facteurs à l'exception de celui faisant référence au sentiment de sécurité (se faire contaminer, contaminer ses proches, contaminer ses patients). Nous pouvons supposer que les professionnels de santé libéraux sont ceux ayant la moins bonne acceptation vis-à-vis de la gestion sanitaire de la crise pandémique de la COVID-19.

9. Discussion :

Les travaux de nombreux auteurs nous expliquent que des changements radicaux sont plus propices à une mauvaise acceptation et à l'apparition de résistance aux changements, (Hannan et Freeman, 1984; Lewin, 1946; Venkatesh et al., 2012). C'est pourquoi nous avions émis l'hypothèse que plus les changements organisationnels pour faire face à la pandémie seraient importants (ampleur, rythme, utilisabilité...) et plus les professionnels de santé auraient du mal à les adopter.

Les résultats que nous avons obtenus dans nos parties qualitative et quantitatives (partie 1 -1A, 1B et 1C) nous montrent clairement que les changements qui ont eu lieu sont conséquents et que les professionnels de santé sont exposés à de nombreuses difficultés (gestion du matériel, prise en charge des patients âgés non-COVID, gestions des fins de vie, orientation des patients, pressions des familles etc...). Toutefois, si nous nous référons au modèle de l'UTAUT2 (Venkatesh et al., 2012), support référent de notre analyse, nous remarquons que pour notre échantillon total de population, tous les indicateurs d'acceptation qui ont été proposés ont obtenus un SG supérieur à la neutralité. Selon le modèle de l'UTAUT2, il s'agirait des principaux facteurs déterminant l'intention comportementale (Venkatesh et al., 2012). Ces SGs nous indiquent que chacun de ces indicateurs sont vus plus positivement que négativement (ce qui n'empêche pas la présence de freins à l'acceptation). Nous pouvons en conclure que les professionnels de santé semblent avoir globalement acceptés les recommandations et pensent que cette stratégie d'endiguement est utile et répond aux différents objectifs prévus face au besoin sanitaire. L'échantillon qui paraît avoir été confronté au moins de changements est celui regroupant les professions libérales. Pour autant, nous remarquons que les résultats obtenus en partie 3 démontrent que c'est ce même échantillon qui a la moins bonne acceptation de la situation. L'analyse de nos données va à l'encontre de notre hypothèse.

L'UTAUT2 nous informe sur le fait que l'âge et le sexe modèrent une bonne partie des facteurs d'acceptation (conditions facilitatrices, motivations hédonistes, habitudes), (Venkatesh et al., 2012). Nous voyons que 82,77% des professionnels libéraux sont des femmes. Nous avons dans un premier temps supposés que cette disproportion des genres soit une variable entrant en compte dans la différence d'acceptation avec les autres échantillons. Pour autant, après vérification, il s'avère que l'échantillon B, dont le taux d'acceptation est similaire à celui de l'échantillon A (avec une proportion des sexes plus ou moins égale), soit représenté par des femmes à plus de 90%. La variable du genre n'est donc pas la cause de cette différence d'acceptation. Le seconde hypothèse, qu'il serait intéressant de vérifier dans une

prochaine étude, est que l'échantillon des professionnels libéraux serait plus représentatif de la population puisqu'il est composé, à lui seul, de plus de 60% des répondants.

Bobillier-Chaumon et Dubois expliquaient que dès lors que les groupes de variables sont en faveurs de l'acceptation, le/les individus auront tendance à adopter une intention comportementale positive et la faisabilité du projet/l'usage de l'objet concerné augmentera (Bobillier-Chaumon et Dubois, 2009). Avec un taux explicatif de l'intention comportementale de 74%, cette étude basée sur le modèle de l'UTAUT 2 nous amène à supposer que les professionnels de santé ont adopté la réorganisation du système de soins français pour faire face à la pandémie de la COVID-29, (Nordhoff et al., 2020; Venkatesh et al., 2012).

Nous pouvons supposer que notre hypothèse soit erronée en grande partie par rapport à la motivation hédoniste des professionnels de santé pour lutter face à crise sanitaire. En effet, nous savons que le rôle clef qu'ont les professions médicales dans ce contexte de situation d'urgence a un impact important dans l'acceptation des recommandations sanitaires (DGS_Anne.M et al., 2020). Presque tous les professionnels disent se sentir utiles et à leur place face à la pandémie. En fait, les questions posées en lien avec la motivation hédoniste sont celles ayant obtenus au taux de réponse favorables le plus important. Rapelons que cet indicateur est, selon Brown et Venkatesh et Childers et al., un déterminant jouant un rôle important dans la détermination de l'acceptation (Brown et Venkatesh, 2005; Childers et al., 2001). Nous pouvons supposer que ces résultats sont révélateurs de l'état d'esprit des soignants.

A cette motivation, nous ajouterons que l'acceptation des changements organisationnels par les professionnels de santé comprend une variable d'influence sociale où les répondants ont majoritairement considéré qu'ils se sentaient davantage valorisés par les autres. M-J Del Volo explique qu'il est « *dangereux de faire endosser aux soignants le costume du héros. Être un héros, cela signifie se sacrifier, souffrir en silence. Le héros ne demande ni aide ni moyens. Le héros est un surhomme. Cette approche fait peser sur les épaules des soignants une immense responsabilité, tout en leur interdisant de reconnaître leur propre vulnérabilité* » (Peyrat-Apicella et Gautier, 2020, p.1). Nous pouvons émettre l'hypothèse que la motivation des soignants à lutter et à accepter les changements organisationnels, en dépit de leurs ampleurs et difficultés, est en partie liée à l'image de « héros » à laquelle ils sont comparés. Bareil disait que « *le changement organisationnel ne peut se réaliser sans l'apport des individus* », ici, la stratégie de lutte contre le risque épidémique de la COVID-19 ne peut se faire sans les professionnels de santé, (Bareil, 2004; Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020).

Une récente étude s'est intéressée à l'impact de la pandémie sur la santé mentale des soignants (El-Hagea et al., 2020). Cette recherche rapporte des résultats similaires à la nôtre. Ils déclarent qu'en quelques jours à peine, ils ont pu observer « *une réorganisation qui ne s'est pas limitée à l'augmentation des places en soins critiques, mais a affecté toute la chaîne de production de soins, notamment sur le*

plan des organisations, des ressources humaines et matérielles » (El-Hagea et al., 2020, p. 1). Ces chercheurs nous parlent d'« *un engagement volontaire et déterminé du personnel soignant* » sans lequel la réorganisation n'aurait pas pu être envisageable. En effet, leur intention comportementale positive est très certainement un levier à la bonne fonctionnalité de cette gestion.

Il est intéressant de voir que l'étude d'El-Hagea et al. rapporte que « *la nécessité d'acquisition rapide de compétences peut être à l'origine d'une altération du sentiment de maîtrise qui s'est révélé être un bon facteur de protection* » (El-Hagea et al., 2020, p. 2). Lors de notre analyse de l'acceptance, nous voyions que les professionnels de santé semblaient avoir acquis des compétences et pris de nouvelles habitudes de travail rapidement (mesures d'hygiène, administration des soins etc...). Une étude de la Mutuelle d'assurance du corps de santé français (MACSF) affirme que « *Pour 85 % d'entre eux -- 89 % des libéraux et 81 % des hospitaliers -- cette période a débouché sur le développement de nouvelles méthodes de travail* ».

Pour autant, nos recherches nous montrent que les soignants déplorent une instabilité des recommandations sanitaires, les mettant dans des situations de doutes (partie qualitative). Ils expliquent un changement perpétuel des consignes et une mauvaise communication de celles-ci. Dans l'étude de El Hagea et al., les soignants se disent aussi être « *confrontés à une importante somme de travail et d'informations à gérer : afflux massif de patients et consignes organisationnelles en évolution continue sollicitant fortement les capacités cognitives (mémoire de travail et flexibilité)* ». Ces prises de décisions seraient rapides, répétées et difficiles. Elles entraîneraient de fortes tensions psychiques et un possible épuisement cognitif (El-Hagea et al., 2020, p.4). L'augmentation de la quantité de travail et donc du nombre d'heures effectuées qui est citée dans cette recherche est également ressortie dans nos analyses. En effet, plus de la moitié des professionnels médicaux d'établissements disent faire plus d'heures que d'habitude. Les professionnels libéraux ont le même retour. A l'inverse de ces résultats, l'étude de Fabregas explique que « les professionnels libéraux ont connu une diminution parallèle et significative de l'activité [...] 65% des répondants ont vu leur charge de travail diminuer, dont 36% de manière significative (impact >30%) » (Fabregas, 2020, p. 1). La MACSF confirme les résultats de Fabregas avec une diminution d'activité importante pour aussi 65% des soignants libéraux. Cette diminution seraient due « *aux limites de déplacements mises en place dans le cadre du confinement* » (Mutuelle d'assurance du corps de santé français, 2020). Dans nos entretiens, des professionnels médicaux d'établissements certifiaient avoir effectué, pour certains, 80 heures par semaine, les mettant dans un état de fatigue important. Les résultats de Fabregas rejoignent ces discours en expliquant que 57% des professionnels d'établissement de soins (hospitaliers/EHPAD/médico-sociaux) affirmaient avoir subi une augmentation de la charge de travail, ((Fabregas, 2020).

La MACS nous explique que les soignants « *continuent de ressentir la fatigue physique, anxiété, stress et troubles du sommeil qui sont évoqués par plus de la moitié des professionnels interrogés* » (Mutuelle d'assurance du corps de santé français, 2020, p.1). Des données similaires sont ressorties dans nos entretiens. Des médecins expliquaient avoir eu du mal à dormir, faire des cauchemars et avoir dû prendre des traitements contre l'anxiété. Aussi, les résultats de notre étude d'acceptation montrent que 49,37% des soignants se sentent tristes (parfois à souvent). Une étude menée sur les internes en médecine confirme ces sentiments : « *47,1% des internes présentent des symptômes d'anxiété, 18,4% des symptômes dépressifs, 29,8% déclarent présenter des signes de stress post-traumatique* ». (Blandine Dit, 2020, p. 1). Les répercussions de l'urgence sanitaire sur la santé mentale des professionnels de santé semblent être au cœur des recherches actuelles, avec de nombreuses publications qui s'y réfèrent, (Blandine Dit, 2020; El-Hagea et al., 2020; Mutuelle d'assurance du corps de santé français, 2020; Peyrat-Apicella et Gautier, 2020; Vignaud et Prieto, 2020). Nous pouvons ici rappeler la suggestion des professionnels de santé qui souhaiteraient un soutien psychologique de terrain plutôt qu'une cellule qu'ils doivent eux-mêmes contacter. Notons qu'une grande majorité des soignants qui ont complété le questionnaire n'a pas connaissance d'une possible aide psychologique à destination des professionnels de santé. Cet aspect de la gestion sanitaire est un point supplémentaire à souligner pour nourrir la réflexion d'une potentielle amélioration de l'organisation du système de soins.

Lors de nos entretiens, les professionnels interrogés nous parlaient de l'investissement et de la solidarité qui persistait en cette période entre les soignants. Pour autant, de nombreux problèmes subsistent. Les parties qualitatives et quantitatives de cette étude nous apportent de nombreuses pistes à explorer afin de pouvoir améliorer la qualité de vie des soignants en situation d'urgence.

Nos participants nous ont parlé longuement de leurs difficultés à obtenir du matériel de protection. Ces manques d'équipements de protection individuelle les ont sensiblement marqués. Lors de notre enquête qualitative, nous apprenions que les professionnels interrogés ne pouvaient obtenir des masques que sur réglementations, et que ces soignants étaient limités à un nombre de tenues de protection définit en fonction du nombre d'heures de travail. Plusieurs discours nous parlent d'un sentiment d'insécurité et d'anxiété vis-à-vis de ces ressources manquantes. Dans la partie quantitative, nous avons pu voir que ces déficits d'équipements étaient présents dans tous les secteurs sanitaires (hôpitaux, établissements médico-sociaux, médecine de ville), avec de plus grosses difficultés déclarées par les professionnels libéraux. El Hagea et al. font le même constat et expliquent que « *l'inquiétude relative aux moyens matériels altère le sentiment de maîtrise et de sécurité chez tous* » (El-Hagea et al., 2020, p. 1). L'étude de Fabregas dénonce que « *67% des libéraux et 56% des professionnels en établissement manquaient toujours (début mai) de matériel de protection et notamment de masques FFP2 (74%) mais aussi de lunettes de protection (67%), de surblouses (61%) et de gel hydroalcoolique (39%)* » (Fabregas, 2020, p. 1).

Nous avons pu voir dans notre recherche de l'acceptation que 70,84% des professionnels de santé étaient particulièrement inquiets de contaminer leurs proches ou leurs patients (68,03%). La perception du risque est une condition facilitatrice qui, si elle est perçue comme complexe, va directement impacter l'intention comportementale de l'individu et réduire son degré d'acceptation (Venkatesh et al., 2012). Cette peur de la contamination se retrouve également dans l'indice d'acceptation en lien avec l'influence sociale. En effet, une majorité des participants ont l'impression de provoquer de la méfiance autour d'eux. La MACSF confirme ces données relative à la perception du risque. D'après leurs recherches, « *pour préserver les leurs pendant la crise sanitaire, 14% des soignants ont choisi de vivre séparés de leur famille* ». Nous comprenons à ses chiffres que le pourcentage de soignants ayant la même inquiétude de contamination est important (Mutuelle d'assurance du corps de santé français, 2020, p.1). Vignaud nous explique que « *La situation sanitaire inédite liée à la Covid-19 est venue bouleverser l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle. Le risque potentiel de contamination de leur famille a pu, en outre, créer un conflit, chez les professionnels de santé, entre devoir soignant et sécurité pour soi et ses proches* ». (Vignaud et Prieto, 2020, p.1)

Si nous nous intéressons de plus près aux réponses de l'échantillon qui a déclaré le moins de changements organisationnels tout en ayant le plus faible taux d'acceptation (échantillon C - professionnels de santé libéraux), nous voyons que parmi les différents indicateurs d'acceptation du modèle de l'UTAUT2 (Venkatesh et al., 2012), le seul qui n'a pas obtenu un score favorable et qui peut être la cause d'une acceptation amoindrie est celui se référant à la catégorie « *perception du risque* » face à la maladie. Cette condition facilitatrice de l'adoption comportementale semble être d'autant plus importante en situation pandémique. Etant le facteur engageant le plus de réticences de la part de ses soignants, nous supposons que les professionnels de santé libéraux ont davantage peur de tomber malade ou de contaminer leurs proches/patients. Cet indicateur est le seul qui, contrairement aux professionnels d'établissements, soit en dessous du seuil de neutralité de l'acceptation. Nous pouvons nous demander s'il n'existerait pas un lien entre cette peur de contaminer/de tomber malade et les difficultés plus accrues qu'on les professionnels libéraux à se fournir en équipements de protections individuel (masques, blouses, gants...).

Les professionnels de santé travaillant dans des EHPAD se sont longuement exprimés sur l'impact néfaste du confinement chez les personnes âgées, notamment chez celles avec des déficiences cognitives. Une étude de Lefèvre soutient ces discours et explique que « *les résidents sont confinés dans leur chambre. Ceux qui souffrent de pathologie de type Alzheimer, dont l'une des caractéristiques est le besoin de déambuler, ne comprennent pas les consignes* », (Lefèvre, 2020, p. 1). Cette recherche nous explique aussi la difficulté des soignants à accompagner les personnes en fins de vie : « *Les soignants sont habitués à accompagner les patients en fin de vie, mais pas de façon aussi brutale* » (Lefèvre, 2020, p. 1). Nous avons pu comprendre tout au long du projet « ARECOVID » que la gestion des fins de vie était un critère impactant particulièrement les professionnels de santé qui n'avaient pas l'impression

d'agir de façon éthique et de ne pas faire un travail de qualité. Peyrat-Apicella et Gautier expliquent dans leur étude que les soignants en gériatrie « *tolèrent habituellement de côtoyer la mort* » pour autant, « *les restrictions actuelles empêchent les visites des proches, empêchent des soins de contact, ce qui fait sens et qui contient l'impuissance soignante* ». Dans nos entretiens, ce sentiment d'impuissance à l'égard des décès est aussi exprimé. D'après ces auteurs, « *cette révolte interne, que le soignant accepte et projette parce qu'il s'agit de l'intérêt collectif n'est pas sans conséquence. S'il ne peut trouver un aménagement suffisamment bon dans l'accompagnement à la mort qu'il procure, le soignant ne pourra pas faire le deuil de son patient* », (Peyrat-Apicella et Gautier, 2020, p. 4).

Pour pallier cette problématique, les médecins que nous avons interrogés ont tenté de mettre en place des rituels humanisant davantage le départ d'un patient mourant. L'utilisation des outils numériques de communication a aussi été un atout majeur pour parvenir à faire perdurer un lien social entre les patients et les familles. Selon les discours, ces outils semblent avoir été très utilisés en établissement d'hébergement pour personnes âgées et dans les services dédiés aux patients contaminés par la COVID-19. Des difficultés liées au manque de matériel et à l'utilisation inhabituelle de ses outils ont été déclarée par la plupart de nos participants de l'étude qualitative. Selon eux, le téléphone et la visioconférence sont ceux ayant été le plus manipulés. Nous voyons une différence entre les discours de notre première partie de l'étude et les réponses à notre questionnaire. Alors que les médecins affirmaient utiliser régulièrement les outils numériques pour faire de la télémédecine et permettre le suivi des patients, les résultats de nos questionnaires nous montrent que 37,09 % des médecins d'établissements, 63,24% des professionnels paramédicaux d'établissements et 69,26% des professionnels libéraux n'utilisent jamais la télémédecine. A contrario, une étude de l'Assurance maladie explique un accroissement de l'usage de ces outils. Durant la période pandémique, les consultations en télémédecine représentaient en moyenne jusqu'à 27% de l'ensemble des consultations médicales (L'assurance maladie, Ameli, 2020).

Une problématique importante est soulignée dans notre étude : il s'agit des répercussions sur la prise en charge des patients non-COVID (dont principalement le public âgé). Nous voyons tant dans nos entretiens que dans nos questionnaires que la gestion des soins continues ne semble pas s'être faite convenablement pendant la première vague de la pandémie (mars-mai 2020). La quasi-totalité des participants estiment que cet objectif de la stratégie d'endiguement n'est pas atteint. Les entretiens nous apprennent que les soignants ont remarqué un afflux de consultations médicales tardives et une aggravation des maladies chroniques. L'OMS relate la même situation. Elle explique que les services de santé ont été partiellement ou complètement dérégulés dans de nombreux pays. « Dans plus de la moitié (53 %) des pays ayant répondu à l'enquête, les services de traitement de l'hypertension sont en partie ou totalement désorganisés ; dans 49 % des pays, ce sont les services de traitement du diabète et de ses complications ; dans 42 %, les services de traitement anticancéreux ; et dans 31 %, les services d'urgences cardiovasculaires », (Organisation Mondiale de la Santé, 2020f).

Toutes ces complexités sont autant de freins pouvant altérer l’acceptation des professionnels de santé à adopter un comportement favorable aux recommandations sanitaires. D’ailleurs, au vu des différentes littératures récemment publiées, ces difficultés semblent être généralisées (El-Hagea et al., 2020; Fabregas, 2020; Mutuelle d’assurance du corps de santé français, 2020; Organisation Mondiale de la Santé, 2020a; Vignaud et Prieto, 2020)

Notre étude nous a permis de comprendre en profondeur les changements organisationnels qui se sont mis en place pour lutter contre la pandémie de la COVID-19. Nous avons pu constater l’ampleur importante des modifications qui ont eu lieues et du déséquilibre que ces changements ont engagé auprès de la population soignante.

En nous basant sur cette théorie, nous supposions initialement que plus l’ampleur des changements pour faire face à la pandémie de la COVID 19 seraient importants et plus les professionnels de santé auraient du mal à y adhérer (score d’acceptation bas). Les résultats de notre étude nous montrent l’effet inverse. Finalement, nous savons que la majorité des participants ont considéré que les changements organisationnels étaient importants voir très importants avec une difficulté d’exécution plus ou moins grande selon les missions, les professions et les lieux d’exercice. Pour autant, la majorité des facteurs de l’acceptance qui sont proposés ont démontré que les participants ont une intention comportementale favorable à cette gestion de crise.

L’objectif principal de cette recherche était d’obtenir le retour d’expérience des professionnels de santé face à la pandémie de la COVID-19. Ces avis et représentations des soignants nous ont permis de comprendre en profondeur la réorganisation sanitaire qui a été mise en place dans la région AURA. Nous avons pu en distinguer les freins mais aussi les leviers et pistes d’amélioration proposées par nos participants. Nos recherches nous ont permis de comprendre l’importance de l’acceptation de cette gestion de crise pour que celle-ci soit fonctionnelle. Nous avons tenté, à l’aide du modèle de l’UTAUT 2, d’en analyser les différents facteurs d’influence (Venkatesh et al., 2012).

Bien que notre hypothèse méthodologique quant à la rédaction de lois prédictives du comportement n’ait pas aboutie, notre étude, par sa richesse de résultats, nous permet de distinguer les variables de l’acceptance perçues les moins positivement par les participants telles que la perception du risque pour soi et pour les autres ou la confiance envers des recommandations sanitaires instables. Elle permet de comprendre ce qui a le moins bien fonctionner dans la gestion de cette crise mais aussi, à l’inverse, de nous aiguiller sur les indicateurs/éléments ayant été des leviers face à cette gestion de crise telles que la motivation des professionnels de santé, la coordination entre les structures et l’organisation anticipée des services hospitaliers (modification des services, installation de SSR COVID etc...).

La complétude d’une recherche qualitative à laquelle a été ajoutée une approche quantitative nous a permis de concilier la subjectivité de la compréhension des aspects singuliers d’un phénomène et l’objectivité de phénomènes réguliers que l’on peut statistiquement mesurer. Ces démarches

« répondent à deux façons d’appréhender le réel » qui nous ont permis de comprendre avec précision les changements tout en ayant un retour d’expérience sur un plus large échantillon de répondants. L’une nous sert à expliquer, l’autre à constater (Gondard-Delcroix, 2006, p.47).

Comme toute recherche, notre étude comporte des biais que nous avons tenté de prendre en compte lors de notre investigation. La partie qualitative nous expose à des biais de suspicion. En tant que stagiaire au Gérontopôle AURA, et ayant des professionnels de santé dans mon entourage, j’ai pu avoir de nombreux échanges sur le sujet de cette étude avec des soignants. Ces discussions m’ont aiguillé vers de potentiels facteurs d’explications des changements, de difficultés et de l’acceptation des recommandations sanitaires. Afin de ne pas influencer les participants, j’ai tenté de suivre avec précision les thématiques prévues dans le guide d’entretien préalablement construit. Néanmoins, nous savons que la subjectivité de l’enquêteur commence dès la construction de l’outil (Meunier, 2009).

Nous pouvons mentionner le biais de recrutement. Le biais de recrutement fait référence à « *si la probabilité d’inclusions dans l’étude est liée au facteur étudié* », (Corpus Médical de la Faculté de Médecine de Grenoble, 2005). Les participants à l’étude qualitative ont été recrutés via les contacts internes au Gérontopôle AURA. Il s’agit, pour la plupart d’entre eux, de professionnel de santé travaillant en collaboration avec la structure sur des projets annexes. Le Gérontopôle AURA travaille étroitement avec le CHU de Saint-Etienne, plusieurs des interrogés exercent leur fonction dans cet établissement. Etant donné le contexte sanitaire, ce moyen de recrutement a semblé être le plus réalisable. Nous pouvons ajouter le biais de volontariat. L’un des participants de l’étude nous a contactés de son plein gré pour participer à l’étude. Nous remarquons que ce professionnel de santé n’est autre que le sujet 6 de notre partie qualitative, soignant dans un EHPAD ayant été particulièrement touché par l’épidémie. Les caractéristiques des personnes volontaires diffèrent de celles des autres participants.

Lafortune parle de l’impossibilité d’interpréter de nombreuses informations recueillies sans revêtir d’un caractère subjectif. Nous retrouvons donc un biais de subjectivité inéluctable dans l’analyse des discours qualitatifs, (Meunier, 2009). La partie quantitative de notre étude est elle aussi soumise à des biais de subjectivité lors de la construction du questionnaire. Nous avons tenté, lors de son élaboration, d’être les plus objectifs possible, pour autant, la temporalité de la recherche ne nous a pas permis d’avoir accès à des littératures précises sur le sujet d’étude. Nous nous sommes majoritairement focalisés sur les retours de nos entretiens exploratoires et semi-directifs.

Ce questionnaire comporte quelques défauts. D’une part, lors de l’analyse, nous avons pu réaliser que de nombreuses questions étaient semblables ou amenaient le participant à penser deux fois la même réponse à l’égard d’un même sujet (entre la partie 1 et la partie 3). Aussi, pour faciliter l’analyse des résultats, nous avons pris soins de poser les questions dans un seul sens (en faveur d’un changement important). Nous avons fait une erreur quant à la rédaction de ses questions. Si nous gardions les codages

des échelles de Likert tels quels, nous aurions mesuré l'ampleur des changements en nous focalisant sur la facilité d'exécution et non pas sur sa complexité. Afin de ne pas biaiser les résultats, tous les codages de ses échelles ont été revus et inversés.

Comme nous avions pu l'expliquer dans notre analyse, il est arrivé qu'une question (la question 1BD4) soit classée dans la mauvaise thématique. Cette erreur a réduit l'alpha de Cronbach de notre question à une valeur de 0,28. Les données n'étaient pas cohérentes. Enfin, deux questions de la partie 2 n'ont pas été traitées. Le nombre de répondants ne correspondait pas à l'échantillon initial. Nous supposons qu'une erreur informatique n'a pas permis à tous les participants d'accéder à cette question.

Si nous nous intéressons d'un peu plus près aux données socio-démographiques de notre échantillon, nous voyons qu'en plus d'avoir des échantillons disproportionnels (nombre de participants inégal liés à la profession et au lieu d'exercice), 83,9% des soignants sont des femmes contre seulement 15,47% d'hommes. Nous pouvons nous questionner sur les résultats aux taux d'acceptations dans le cas où nous aurions eu une population égale entre les genres et les professions. Il s'agit ici d'un biais de recrutement.

Nous avons choisi d'analyser les données par le biais de la méthode des classements additionnés. Dans une autre approche, il aurait été intéressant d'effectuer des corrélations linéaires entre les variables de la partie 1 et celles de la partie 3 afin de recenser la proportionnalité des profils réfractaires aux changements.

Comme nous avons pu l'aborder dans le cadrage méthodologique, nous souhaitions initialement intégrer les médecins généralistes de ville à notre recherche qualitative. Les praticiens libéraux constituent le premier maillon du parcours de santé des patients. Leur participation à l'élaboration de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles est un facteur essentiel pour envisager l'acceptation des décisions publiques par la population. Les professionnels libéraux sont les acteurs sur lesquels reposent en grande partie l'identification des cas et de leurs prise en charge médicale, (Ministère des affaires sociales de la santé et des droits des femmes et Direction générale de la santé (DGS), 2014).

C'est pourquoi il serait intéressant de recenser leurs avis et expériences face à cette SSE. Cette étude pourrait permettre de comprendre en détail le rôle majeur que peut jouer la médecine de ville dans l'orientation des patients COVID et dans la continuité de la prise en charge des patients non-COVID, prise en charge qui semble avoir été grandement impactée par le contexte pandémique.

Bibliographie :

Agence nationale de la recherche. (2020). *Appel à projets Flash COVID-19*. Agence nationale de la recherche. <https://anr.fr/fr/detail/call/appel-a-projets-flash-covid-19/>

Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. (2005). *Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé*. https://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/9641eb3f4a1e67ba18a6b8aec3f1985.pdf

Ajzen, I. (1985). *Ajzen, I. (1985). From intentions to actions : A theory of planned behavior*. In J. Kuhl et J. Beckman (Eds.), *Action-control : From cognition to behavior* (pp. 11-39). New York : Springer-Verlag.

Alami, S., Desjeux, D., et Garabuau-Moussaoui, I. (2019). Chapitre premier. L'approche qualitative. *Que sais-je ?, 3e éd.*, 9-32. <https://www-cairn-info.bibelec.univ-lyon2.fr/les-methodes-qualitatives--9782130817154-page-9.htm>

Auxéméry, Y., et Tarquinio, C. (2020). Le confinement généralisé pendant l'épidémie de Coronavirus : Conséquences médico-psychologiques en populations générales, soignantes, et de sujets souffrant antérieurement de troubles psychiques (Rétrospective concernant les répercussions des risques létaux de masse, modèles scientifiques du confinement collectif, premières observations cliniques, mise en place de contre-mesures et de stratégies thérapeutiques innovantes).

Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, 178(7), 699-710.
<https://doi.org/10.1016/j.amp.2020.06.001>

Averseng, C. (2011). Comment structurer la complexité sans renoncer à l'exhaustivité thématique d'un état de l'art en sciences de gestion ? Retour d'expérience sur l'apport méthodologique des outils de classification de données qualitatives. *Management Avenir*, n° 41(1), 369-386.
<https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2011-1-page-369.htm>

Bandura, A. (2006). *Bandura, A. (2006). Going global with social cognitive theory : From prospect to paydirt. In Donaldson, S.I., Berger, D.E., Pezdek, K. (Eds.), The rise of applied psychology : New frontiers and rewarding careers (pp. 53–79). Mahwah, NJ: Erlbaum.*

Bandura, Albert. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.37.2.122>

Bardin, L. (1991). *L'analyse de contenu* (PUF).

Bareil, C. (2004). *Gérer le volet humain du changement* (Transcontinental).

Bélanger, L. (1994). « *Le changement organisationnel et le développement* ». In *La dimension humaine des organisations, sous la dir. De Côté, Nicole, Laurent Bélanger et Jocelyn Jacques* (Gaëtan Morin).

Ben Abdallah, L., et Ben Ammar Mamlouk, Z. (2007). Changement organisationnel et évolution des compétences : Cas des entreprises industrielles tunisiennes. *La Revue des Sciences de Gestion*, 226-227(4), 133. <https://doi.org/10.3917/rsg.226.0133>

Blanchet, A., et Gotman, A. (2007). L'Enquête et ses méthodes. *Armand Colin*, 128. <https://doi.org/10.7202/1024898ar>

Blandine Dit. (2020, mai 22). Vécu psychologique de l'épidémie COVID-19. *ISNI*. <https://isni.fr/vecu-psychologique-de-lepidemie-covid/>

Blondé, J., et Girandola, F. (2016). Faire « appel à la peur » pour persuader ? Revue de la littérature et perspectives de recherche. *L'Année psychologique*, Vol. 116(1), 67-103. <https://www.cairn.info/revue-l-annee-psychologique1-2016-1-page-67.htm>

Bobillier-Chaumon, M.-É., et Dubois, M. (2009a). L'adoption des technologies en situation professionnelle : Quelles articulations possibles entre acceptabilité et acceptation ? *Le travail humain*, Vol. 72(4), 355-382. <https://www.cairn.info/revue-le-travail-humain-2009-4-page-355.htm>

- Boissonade, J., Barbier, R., Bauler, T., Fortin, M.-J., Fournis, Y., Lemarchand, F., et Raufflet, E. (2016). Mettre à l'épreuve l'acceptabilité sociale. *VertigO - la revue électronique en sciences de l'environnement, Volume 16 Numéro 1*, Article Volume 16 Numéro 1. <http://journals.openedition.org/vertigo/17163>
- Bordeaux, T. (2020). Calcul de l'écart-type et de la variance. *Analyse de données d'enquêtes de satisfaction*. <http://www.analyse-donnees.fr/calcul-ecart-type-variance/>
- Brown, S. A., et Venkatesh, V. (2005). Model of Adoption of Technology in Households : A Baseline Model Test and Extension Incorporating Household Life Cycle. *MIS Quarterly*, 29(3), 399. <https://doi.org/10.2307/25148690>
- Bryman, A. (2003). *Quantity and quality in social research* (Vol. 18). Routledge.
- Bugeja-Bloch, F., et Couto, M.-P. (2015). Les approches quantitatives. *Que sais-je?*, 21-41. <https://www.cairn.info/les-methodes-quantitatives--9782130631613-page-21.htm>
- Burnes, B. (2004). Kurt Lewin and complexity theories : Back to the future? *Journal of Change Management*, 4(4), 309-325. <https://doi.org/10.1080/1469701042000303811>
- Centre Hospitalier Universitaire de Saint-Étienne. (2020). *CHU Centre Hospitalier Universitaire de Saint-Étienne—Loire—Accueil*. <http://www.chu-st-etienne.fr/>
- Centre Hospitalier Universitaire Saint-Étienne. (2020). *Terre d'éthique*. <http://www.chu-st-etienne.fr/Reseaux/TerreEthique/Accueil.asp>
- Cescup. (2014). *L'alpha de Cronbach*. <https://cescup.ulb.be/lalpha-de-cronbach/>
- Childers, T. L., Carr, C. L., Peck, J., et Carson, S. (2001). Hedonic and utilitarian motivations for online retail shopping behavior. *Journal of Retailing*, 77(4), 511-535. [https://doi.org/10.1016/S0022-4359\(01\)00056-2](https://doi.org/10.1016/S0022-4359(01)00056-2)

Claval, P. (1973). L'initiation aux méthodes quantitatives : Trois ouvrages : Maurice H. Yeates. An introduction to quantitative analysis in économie geography ; W. H. Theakstone, C. Harrison. The analysis of geographical data. ; Peter Toyne, Peter T. Newby. Techniques in human geography. *Revue Géographique de l'Est*, 13(3), 374-375. https://www.persee.fr/doc/rge_0035-3213_1973_num_13_3_1701

Combessie, J.-C. (2007). III. Le questionnaire. *Reperes*, 5e éd., 33-44. <https://www-cairn-info.bibelec.univ-lyon2.fr/la-methode-en-sociologie--9782707152411-page-33.htm>

Coordination opérationnelle risque épidémique et biologique. (2019, décembre). *Covid-19—COREB Mission Nationale*. <https://www.coreb.infectiologie.com/fr/covid-19.html>

Corpus Médical de la Faculté de Médecine de Grenoble. (2005). *Interprétation d'une enquête épidémiologique : Type d'enquête, notion de biais, causalité*. <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/corpus/disciplines/sanpub/methodo/72/lecon72.html>

Davis, F, Bogozzi, R., et Warshaw, R. (1989). *User Acceptance of Computer Technology : A Comparison of Two Theoretical Models* (Vol. 35).

Davis, Fred. (1985). *A technology acceptance model for empirically testing new end-user information systems : Theory and results*. <https://scholar.harvard.edu/bmiddle/publications/technology-acceptance-model-empirically-testing-new-end-user-information>

Demers, C. (1999). *De la gestion du changement à la capacité de changer. L'évolution de la recherche sur le changement organisationnel de 1945 à aujourd'hui* (Vol. 24).

Demeuse, M. (2004). *Introduction aux théories et aux méthodes de la mesure en sciences psychologiques et en sciences de l'éducation*. Editions de l'Université de Liège.

https://www.google.com/url?sa=t&tctrct=jetq=etesrc=setsource=webetcd=etcad=rjaetuact=8et-ved=2ahUKEwiOyvvzpensAhVFxYUKHYmmD_kQFjABegQIARACe-turl=https%3A%2F%2Firedu.u-bourgogne.fr%2Fimages%2Fstories%2FDocuments%2FCours_disponibles%2FDemeuse%2FCours%2Fraccine.pdf&fetusg=AOvVaw39KgQdbEcfN4iHlu3nQpNp

DGS_Anne.M, DICOM_Jocelyne.M, DGS_Anne.M, et DICOM_Jocelyne.M. (2020a, juin 12). *La gestion de crise des établissements de santé*. Ministère des Solidarités et de la Santé. <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/securite-sanitaire/article/la-gestion-de-crise-des-établissements-de-santé>

DGS_Anne.M, DICOM_Jocelyne.M, DGS_Anne.M, et DICOM_Jocelyne.M. (2020b, septembre 24). *Le dispositif ORSAN*. Ministère des Solidarités et de la Santé. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/securite-sanitaire/article/le-dispositif-orsan>

École des Mines de Saint-Étienne. (2020). *Centre Ingénierie et Santé—École des Mines de Saint-Étienne*. <https://www.mines-stetienne.fr/recherche/5-centres-de-formation-et-de-recherche/centre-ingenierie-et-sante/>

El-Hagea, W., Hingrayc, C., Lemogned, C., Yrondif, A., Brunaulta, P., Bienvenuh, T., Etaini, B., Paqueti, C., Gohiel, B., Bennabim, D., Birmesn, P., et Sauvageto, A. (2020). *Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19)*. Elsevier Connect. <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/psy/les-professionnels-de-sante-face-a-la-pandemie-de-la-maladie-a-coronavirus-covid-19>

European Centre for Disease Prevention and Control. (2020). *COVID-19 situation update worldwide, as of 21 August 2020*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/geographical-distribution-2019-ncov-cases>

Experience, W. L. in R.-B. U. (s. d.). *Usability Engineering : Book by Jakob Nielsen*. Nielsen Norman Group. Consulté 22 octobre 2020, à l'adresse <https://www.nngroup.com/books/usability-engineering/>

Fabregas, B. (2020, juin 3). *Les soignants interrogés sur leur vécu de la crise sanitaire*. Infirmiers.com. <https://www.infirmiers.com/actualites/actualites/covid-19-et-impacts-sur-professionnels-de-sante.html>

Feller, J. (1977). L'Analyse du contenu, de L. Bardin. *Communication et Langages*, 35(1), 123-124. https://www.persee.fr/doc/colan_0336-1500_1977_num_35_1_4449

Flick, U., Brinkmann, S., Coffey, A., Barbour, R. S., Banks, M., Gibbs, G., Rapley, T., Flick, U., Flick, U., Flick, U., Flick, U., et Kvale, S. (2018). *The SAGE qualitative research kit*.

Fondation OVE. (2016). *Plan bleu médico-social*. <https://www.bing.com/videos/search?q=plan+bleuet&docid=608037077122878710&etmid=49D8610C029EF14B58DC49D8610C029EF14B58DC&etview=detail&FORM=VIRE>

Gendron, C., Yates, S., et Motulsky, B. (2016). L'acceptabilité sociale, les décideurs publics et l'environnement. Légitimité et défis du pouvoir exécutif. *Vertigo - la revue électronique en sciences de l'environnement*, Volume 16 Numéro 1, Article Volume 16 Numéro 1. <https://doi.org/10.4000/vertigo.17123>

Giroux, N. (1991). *La gestion du changement stratégique*.

Gondard-Delcroix, C. (2006). *La combinaison des analyses qualitative et quantitative pour une étude des dynamiques de pauvreté en milieu rural malgache*. [Theses, Université Montesquieu - Bordeaux IV]. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00165502>

Gouvernement. (2020a). *Déclaration à l'issue de la réunion sur le Covid-19*. Gouvernement.fr.

<https://www.gouvernement.fr/partage/11425-declaration-a-l-issue-de-la-reunion-sur-le-covid-19>

Gouvernement. (2020b). *Dispositif ORSEC*. Gouvernement.fr. <https://www.gouvernement.fr/risques/dispositif-orsec>

Gouvernement. (2020c). *Risques sanitaires*. Gouvernement.fr. <https://www.gouvernement.fr/risques/risques-sanitaires>

Gouvernement. (2020d, mars 14). *Covid-19 : Déclaration du Premier ministre le 14 mars 2020*.

<https://www.gouvernement.fr/partage/11445-point-presse-coronavirus-declaration-sur-l-evolution-de-la-situation-en-france>

Gouvernement. (2020e, mai 10). *Info Coronavirus COVID-19—Comprendre le covid-19*. Gouvernement.fr. <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus/comprendre-le-covid-19>

Grand Hopital de Charleroi. (2018, mai 25). *Comité d'éthique*. Grand Hôpital de Charleroi. <https://www.ghdc.be/comite-dethique>

Grivetti, L. E., et Pangborn, R. M. (1973). Food habit research : A review of approaches and methods. *Journal of Nutrition Education*, 5(3), 204-208. [https://doi.org/10.1016/S0022-3182\(73\)80088-3](https://doi.org/10.1016/S0022-3182(73)80088-3)

Grouard, B., et Meston, F. (2005). *L'entreprise en mouvement—4ème édition—Conduire et réussir le changement* (Dunod).

Groupement hospitalier de Territoire - GHT de la Loire. (2020). *GHT de la Loire—Accueil*. <https://www.ghtloire.fr/>

Gudbjartsson, D. F., Helgason, A., Jonsson, H., Magnusson, O. T., Melsted, P., Norddahl, G. L., Saemundsdottir, J., Sigurdsson, A., Sulem, P., Agustsdottir, A. B., Eiriksdottir, B.,

Fridriksdottir, R., Gardarsdottir, E. E., Georgsson, G., Gretarsdottir, O. S., Gudmundsson, K. R., Gunnarsdottir, T. R., Gylfason, A., Holm, H., ... Stefansson, K. (2020). Spread of SARS-CoV-2 in the Icelandic Population. *New England Journal of Medicine*, 382(24), 2302-2315. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2006100>

Guilhon, A. (1998). *Le changement organisationnel est un apprentissage*. 98-107.

Guilhon, A., et Trepo, G. (2001). *Réussir les changements par le développement de l'apprentissage organisationnel les leçons du cas de Shell*.

Hannan, M. T., et Freeman, J. (1984). Structural Inertia and Organizational Change. *American Sociological Review*, 49(2), 149-164. <https://doi.org/10.2307/2095567>

Hu, P. J., Chau, P. Y. K., Sheng, O. R. L., et Tam, K. Y. (1999). Examining the Technology Acceptance Model Using Physician Acceptance of Telemedicine Technology. *Journal of Management Information Systems*, 16(2), 91-112. <https://doi.org/10.1080/07421222.1999.11518247>

Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : À la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, N° 102(3), 23. <https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023>

Institut des banquiers canadiens., et CoÎteÎ, N. (1994). *La dimension humaine des organisations* ([Nouv. eÎ• d.]). G. Morin.

Institut national de Recherche et de Sécurité. (2020). *Covid-19 et prévention en entreprise. Modes de transmission et effets sur la santé—Risques* -. <https://www.inrs.fr/risques/COVID19-prevention-entreprise/modes-transmission-effets-sante.html>

International Committee on Taxonomy of Viruses (ICTV). (2020). International Committee on Taxonomy of Viruses (ICTV). <https://talk.ictvonline.org/>

International Organization for Standardization. (2018). *ISO 9241-11, Ergonomics of human-system interaction—Part 11 : Usability : Definitions and concepts.*

<https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:9241:-11:ed-2:v1:en>

Javeau, C. (1990). *L'enquête par questionnaire* (Université de Bruxelles). http://digistore.bib.ulb.ac.be/2007/DL2472288_000_f.pdf

Juckel, D., Dubuisson, J., et Belouzard, S. (2020). Les coronavirus, ennemis incertains. *médecine/sciences*, 36(6-7), 633-641. <https://doi.org/10.1051/medsci/2020113>

Karsenti, T. (2018). *La recherche en éducation : Étapes et approches (4e éd.).*

Ketele, J. M., et Roegiers, X. (2016). *Méthodologie du recueil d'informations : Fondements des méthodes d'observations, de questionnaires, d'interviews et d'études de documents* (Boeck Université).

Kijsanayotin, B., Pannarunothai, S., et Speedie, S. M. (2009). Factors influencing health information technology adoption in Thailand's community health centers : Applying the UTAUT model. *International Journal of Medical Informatics*, 78(6), 404-416. <https://doi.org/10.1016/j.ijmединf.2008.12.005>

Kohn, L., et Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : Apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique, Tome LIII(4)*, 67-82. <https://www.cairn.info/revue-reflets-et-perspectives-de-la-vie-economique-2014-4-page-67.htm>

La Croix. (2020, mars 24). Coronavirus : Le Secours catholique réclame « un plan Orsec pour les plus fragiles ». *La Croix*. <https://www.la-croix.com/France/Exclusion/Coronavirus-Secours-catholique-reclame-plan-Orsec-fragiles-2020-03-24-1201085830>

L'assurance maladie, Ameli. (2020). *Téléconsultation et Covid-19 : Croissance spectaculaire et évolution des usages*. <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/teleconsultation-et-covid-19-croissance-spectaculaire-et-evolution-des-usages>

Lefèvre, G. (2020, avril 1). *Covid-19 : Paroles de soignants et d'accompagnants*. Portail CFDT.fr. https://www.cfdt.fr/portail/actualites/crise-du-covid-19/covid-19-paroles-de-soignants-et-d-accompagnants-srv1_1107165

Legris, P., Ingham, J., et Collerette, P. (2003). Why do people use information technology? A critical review of the technology acceptance model. *Information et Management*, 40(3), 191-204. [https://doi.org/10.1016/S0378-7206\(01\)00143-4](https://doi.org/10.1016/S0378-7206(01)00143-4)

Lei, J., Li, J., Li, X., et Qi, X. (2020). CT Imaging of the 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV) Pneumonia. *Radiology*, 295(1), 18-18. <https://doi.org/10.1148/radiol.2020200236>

Lepper, M. R. (1982). *Microcomputers in education : Motivational and social issues. Paper presented at the annual meetings of the American Psychological Association*.

Lewin, K. (1943a). *Forces behind food habits : Methods of change*, Bull. Nat. Res. Comm., 1943, 108, 35-65. NCBI Bookshelf. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK224347/>

Lewin, K. (1943b). *The Problem of Changing Food Habits : Report of the Committee on Food Habits*. <https://doi.org/10.17226/9566>

Lewin, Kurt. (1944). *Dynamics of group action. Educational Leadership*.

Lewin, Kurt. (1946). Action Research and Minority Problems. *Journal of Social Issues*, 2(4), 34-46. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1946.tb02295.x>

Li, Q., Med, M., Guan, X., Wang, X., Wu, P., Zhou, L., Tong, Y., Ren, R., Leung, K. S. M., Lau, E. H. Y., Wong, J. Y., Xing, X., et Xiang, N. (2020). *Early Transmission Dynamics in Wuhan*,

China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia / NEJM.

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2001316>

Limayem, Hirt, et Cheung. (2007). How Habit Limits the Predictive Power of Intention : The Case of Information Systems Continuance. *MIS Quarterly*, 31(4), 705.

<https://doi.org/10.2307/25148817>

Limesurvey. (2020). *Accueil—LimeSurvey—Easy online survey tool*. <https://www.limesurvey.org/fr/>

Logiciel VLC. (2020). *Téléchargement officiel du lecteur multimédia VLC, le meilleur lecteur Open Source—VideoLAN*. <https://www.videolan.org/vlc/index.fr.html>

Lumni. (2016, septembre 15). *C'est quoi le plan Orsec ? - 1 jour, 1 question*. https://www.youtube.com/watch?v=kKUi88gZ-XU&feature=emb_logo

Macron, E. (2020, mars 16). *Adresse aux Français*. [elysee.fr](https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2020/03/16/adresse-aux-francais-covid19). <https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2020/03/16/adresse-aux-francais-covid19>

Manager GO. (2020). *Management du changement selon le modèle de Lewin : 3 étapes à connaître*. <https://www.manager-go.com/gestion-de-projet/le-changement-par-lewin.htm>

Martin, N. P. Y. (2018). *Acceptabilité, acceptation et expérience utilisateur : Évaluation et modélisation des facteurs d'adoption des produits technologiques* [Phdthesis, Université Rennes 2]. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01813563>

Mc Iver, J. P., et Carmines, E. G. (1981). *Unidimensional scaling* (Sage University papers). London: Sage Publications.

Meunier, H. (2009). Lafourture, L. et Allal, L. (2008). Jugement professionnel en évaluation. Pratiques enseignantes au Québec et à Genève. Québec, Québec : Presses de l'Université du Québec. *Revue des sciences de l'éducation*, 35(3), 250-251. <https://doi.org/10.7202/039876ar>

Ministère des affaires sociales de la santé et des droits des femmes, et Direction générale de la santé (DGS). (2014). *Aide à l'organisation de l'offre de soins en situations sanitaires exceptionnelles*. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/organisation_offre_de_soins_ok_bd.pdf

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2006). *Plan blanc et gestion de crise*. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_blanc2006-2.pdf

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2020). *Préparation au risque épidémique Covid-19 : Guide méthodologique*. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methodologique_covid-19-2.pdf

Mizumoto, K., Kagaya, K., Zarebski, A., et Chowell, G. (2020). Estimating the asymptomatic proportion of coronavirus disease 2019 (COVID-19) cases on board the Diamond Princess cruise ship, Yokohama, Japan, 2020. *Eurosurveillance*, 25(10). <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.10.2000180>

Molnar, A., Weerakkody, V., El-Haddadeh, R., Lee, H., et Irani, Z. (2013). A Framework of Reference for Evaluating User Experience When Using High Definition Video to Video to Facilitate Public Services. In Y. K. Dwivedi, H. Z. Henriksen, D. Wastell, et R. De' (Éds.), *Grand Successes and Failures in IT. Public and Private Sectors* (Vol. 402, p. 436-450). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-38862-0_27

Morin, E. (1996). *Psychologies au travail*.

Mucchielli, R. (1993). *Le questionnaire dans l'enquête psycho-sociale : Connaissance du problème, applications pratiques*. Esf Editeur.

Mutuelle d'assurance du corps de santé français. (2020). *COVID-19 : Quel impact sur les soignants?* MACSF.fr. <https://www.macsf.fr/actualites/covid-19-impact-sur-les-soignants>

Nahon, M., et Michaloux, M. (2016a). Dispositif d'organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles (ORSAN). *Journal Européen des Urgences et de Réanimation*, 28(2), 100-104. <https://doi.org/10.1016/j.jeurea.2016.06.001>

Nahon, M., et Michaloux, M. (2016b). L'organisation de la réponse de la sécurité civile : Le dispositif ORSEC. *Journal Européen des Urgences et de Réanimation*, 28(2), 94-99. <https://doi.org/10.1016/j.jeurea.2016.06.002>

Nielsen, J. (1993). *Usability Engineering* (Morgan Kaufmann).

Nishiura, H., Kobayashi, T., Miyama, T., Suzuki, A., Jung, S., Hayashi, K., Kinoshita, R., Yang, Y., Yuan, B., Akhmetzhanov, A. R., et Linton, N. M. (2020). Estimation of the asymptomatic ratio of novel coronavirus infections (COVID-19). *International Journal of Infectious Diseases*, 94, 154-155. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.03.020>

Nordhoff, S., Louw, T., Innamaa, S., Lehtonen, E., Beuster, A., Torrao, G., Bjorvatn, A., Kessel, T., Malin, F., Happee, R., et Merat, N. (2020). Using the UTAUT2 model to explain public acceptance of conditionally automated (L3) cars : A questionnaire study among 9,118 car drivers from eight European countries. *Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behaviour*, 74, 280-297. <https://doi.org/10.1016/j.trf.2020.07.015>

Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture. (s. d.). *Comment analyser la performance organisationnelle / Renforcement des capacités*. Consulté 12 juin 2020, à l'adresse <http://www.fao.org/capacity-development/resources/practical-tools/analyse-organizational-performance/fr/>

Organisation Mondiale de la Santé. (2020a). *Alerte produit médical N°3/2020*. https://www.who.int/docs/default-source/essential-medicines/drug-alerts20/no3-2020falsified-mp-for-covid-frddbc707c5178474a984170886ab41ebc.pdf?sfvrsn=cd866001_16

Organisation Mondiale de la Santé. (2020b). *COVID-19 et personnes âgées : Questions-réponses*.

<https://www.who.int/fr/news-room/q-a-detail/q-a-on-on-covid-19-for-older-people>

Organisation Mondiale de la Santé. (2020c). *La COVID-19 a de graves répercussions sur les services de santé soignant les maladies non transmissibles*. <https://www.who.int/news-room/item/01-06-2020-covid-19-significantly-impacts-health-services-for-noncommunicable-diseases>

Organisation Mondiale de la Santé. (2020d). *OMS | L'activité physique des personnes âgées*.

https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/fr/

Organisation Mondiale de la Santé. (2020e). *Santé mentale et vieillissement*.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/santé-mentale-et-vieillissement>

Organisation Mondiale de la Santé. (2020f). *WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard / WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard*. <https://covid19.who.int/table>

Organisation Mondiale de la Santé. (2020g, avril). *COVID-19 – Chronologie de l'action de l'OMS*.

<https://www.who.int/news-room/detail/27-04-2020-who-timeline---covid-19>

Organisation Mondiale de la Santé. (2020h). *Mise à jour de la stratégie COVID-19*.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332019/WER9519-185-208-eng-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Paillé, P., et Mucchielli, A. (2012). Chapitre 11—L'analyse thématique. *U*, 231-314.

<https://www.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200249045-page-231.htm>

Peyrat-Apicella, D., et Gautier, S. (2020). COVID-19 : Aux frontières de la folie. *Éthique et Santé*, 17(3), 160-167. <https://doi.org/10.1016/j.ethiqe.2020.06.001>

Picciano, A. (2004). *Educational Research Primer*. AetC Black.

Plard, M., et Martineau, A. (s. d.). *Analyse qualitative assistée par Nvivo—Structurer et analyser un corpus de recherche dans Nvivo.*

Previssima. (2020). *Médecine de ville*. <https://www.previssima.fr/lexique/medecine-de-ville.html>

QSR international. (2016). *Nvivo 11 plus for Windows—Guide de démarrage rapide*. <http://download.qsrinternational.com/Document/NVivo11/11.3.0/fr-FR/NVivo11-Getting-Started-Guide-Plus-edition-French.pdf>

Loi relative à la politique de santé publique, 2004-806 (2004). <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000005823063/2010-02-25/>

Loi de modernisation de la sécurité civile, 2004-811 (2004). https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000804612?tab_selection=allelsearchField=AL-Letquery=modernisation+2004+ORSECetpage=1&etinit=true

Code de la sécurité intérieure, Section 1 : Plans Orsec Articles, Pub. L. No. 2012-351, Articles L741-1 à L741-5 (2012). <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000025507124/2012-06-18/>

Code de la santé publique | Legifrance, Code de santé publique (2020). <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665>

République Française, et Agence régionale de santé (ARS). (2018). *Le schéma régional de santé*. <https://www.ars.sante.fr/le-schema-regional-de-sante>

Rothon, H. A., et Byrareddy, S. N. (2020). The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *Journal of Autoimmunity*, 109, 102433. <https://doi.org/10.1016/j.jaut.2020.102433>

Santé Publique France. (2020a). *Coronavirus : Chiffres clés et évolution de la COVID-19 en France et dans le Monde*. /dossiers/coronavirus-covid-19/coronavirus-chiffres-cles-et-evolution-de-la-covid-19-en-france-et-dans-le-monde

Santé Publique France. (2020b). *Coronavirus (COVID-19)*. /dossiers/coronavirus-covid-19

Santé Publique France. (2020c). *PART DES FORMES ASYMPOTOMATIQUES ET TRANSMISSION DU SARS-COV-2 EN PHASE PRÉ-SYMPOTOMATIQUE*. <https://www.santepublique-france.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/synthese-rapide-des-connaissances/part-des-formes-asymptomatiques-et-transmission-du-sars-cov-2-en-phase-pre-symptomatique.-synthese-rapide-covid-19>

Santé Publique France, Agence régionale de santé (ARS) Auvergne-Rhône-Alpes, Réseau Sentinelles, SOS Médecins de France, Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU), Fédération Française des Observatoires Régionaux des Urgences (FEDORU), Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR), Société de Réanimation de Langue Française (SRLF), Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), Institut Pasteur, et CNR des virus des infections respiratoires. (2020a). *Point épidémio régional Auvergne-Rhône-Alpes, Spécial COVID-19*. <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/244231/2568258>

Santé Publique France, Agence régionale de santé (ARS) Auvergne-Rhône-Alpes, Réseau Sentinelles, SOS Médecins de France, Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU), Fédération Française des Observatoires Régionaux des Urgences (FEDORU), Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR), Société de Réanimation de Langue Française (SRLF), Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), Institut Pasteur, et CNR des virus des infections

respiratoires. (2020b). *Point épidémio régional Auvergne-Rhône-Alpes, Spécial COVID-19*.

<https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/244231/2568258>

Savoie-Zajc, L. (1997). *L'entrevue semi-dirigée*. Dans B. Gauthier (Éd.), *Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données* (3eéd., pp.263-285). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.

Secours Catholique. (2020, octobre 5). *Coronavirus et précarité : Ce que révèle la mobilisation de la société civile*. <https://www.secours-catholique.org/actualites/coronavirus-et-precarite-ce-que-revele-la-mobilisation-de-la-societe-civile>

Simonian, S. (2018). *Cours d'Humanité Numériques : Master 1 des sciences de l'éducation, ISPEF*.

Smith, J. K. (2016). Quantitative Versus Qualitative Research : An Attempt to Clarify the Issue: *Educational Researcher*. <https://doi.org/10.3102/0013189X012003006>

Soparnot, R. (2004). L'évaluation des modèles de gestion du changement organisationnel : De la capacité de gestion du changement à la gestion des capacités de changement. *Gestion, Vol. 29(4)*, 31-42. <https://www.cairn.info/revue-gestion-2004-4-page-31.htm>

Soparnot, R. (2009). Vers une gestion stratégique du changement : Une perspective par la capacité organisationnelle de changement. *Management Avenir, n° 28(8)*, 104-122. <https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2009-8-page-104.htm>

Soparnot, R. (2013). Les effets des stratégies de changement organisationnel sur la résistance des individus. *Recherches en Sciences de Gestion, N° 97(4)*, 23-43. https://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=RESG_097_0023

Statista. (2020). *Coronavirus : Morts par âge en France 2020*. Statista. <https://fr.statista.com/statistiques/1104103/victimes-coronavirus-age-france/>

SurveyMonkey. (2020). *Échelle de Likert : Définition et utilisation.* <https://fr.surveymonkey.com/mp/likert-scale/>

The Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team. (2020). *The Epidemiological Characteristics of an Outbreak of 2019 Novel Coronavirus Diseases (COVID-19)–China, 2020.* 113-122. <https://doi.org/10.46234/ccdcw2020.032>

Thévenet, M. (1988). «Plus c'est la même chose, plus ça change». *Revue française de gestion*, 89-92.

Touchais, L., et Herriau, C. (2009). Le contrôle de gestion dans une dynamique de changement : Définition d'un cadre conceptuel et application à la relecture d'un processus de transmission. *Management Avenir*, n° 22(2), 70-91. <https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2009-2-page-70.htm>

Vas, A., et Ingham, M. (2004). Réorganisation, optez pour le grand angle. *L'expansion Management Review*, 25-32.

Venkatesh, Morris, Davis, et Davis. (2003). User Acceptance of Information Technology : Toward a Unified View. *MIS Quarterly*, 27(3), 425. <https://doi.org/10.2307/30036540>

Venkatesh, V., et Davis, F. D. (2000). A Theoretical Extension of the Technology Acceptance Model : Four Longitudinal Field Studies. *Management Science*, 46(2), 186-204. <https://doi.org/10.1287/mnsc.46.2.186.11926>

Venkatesh, V., et Speier, C. (1999). Computer Technology Training in the Workplace : A Longitudinal Investigation of the Effect of Mood. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 79(1), 1-28. <https://doi.org/10.1006/obhd.1999.2837>

Venkatesh, V., Thong, J. Y. L., et Xu, X. (2012). Consumer Acceptance and Use of Information Technology : Extending the Unified Theory of Acceptance and Use of Technology. *MIS Quarterly*, 36(1), 157-178. <https://doi.org/10.2307/41410412>

Vignaud, P., et Prieto, N. (2020). Impact psychique de la pandémie de Covid-19 sur les professionnels soignants. *Actualités Pharmaceutiques*, 59(599), 51-53.
<https://doi.org/10.1016/j.actpha.2020.08.013>

Ville de Saint-Etienne. (2020). *Gérontopôle Auvergne Rhône-Alpes*. <https://www.saint-etienne.fr/G%C3%A9rontop%C3%B4le>

Walsh, I., et Renaud, A. (2010). La théorie de la traduction revisitée ou la conduite du changement traduit. Application à un cas de fusion-acquisition nécessitant un changement de Système d'Information. *Management Avenir*, n° 39(9), 283-302. <https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2010-9-page-283.htm>

Winance, M., et Fournier, C. (2016). Chapitre 1. Jalons historiques pour comprendre les enjeux de la recherche qualitative. In *Les recherches qualitatives en santé* (p. 24-42). Armand Colin.
<https://www.cairn.info/les-recherches-qualitatives-en-sante--9782200611897-page-24.htm?contenu=resume>

Glossaire des abréviations

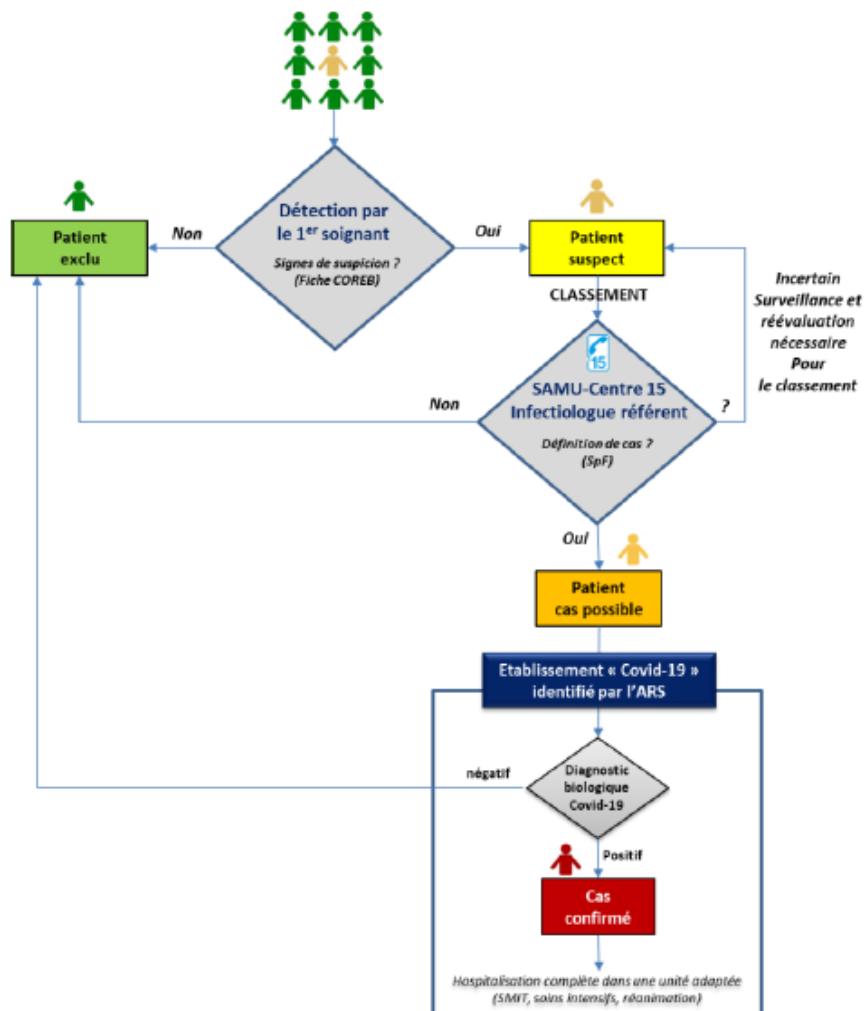
ACEL : Accidents Catastrophiques à Effets Limités	ORSAN REB Organisation de la réponse du système sanitaire pour les risques épidémiques et biologiques
ANR : Agence Nationale de la Recherche	ORSAN : Organisation de la réponse du système sanitaire
ARECOVID : Avis, Représentations et Expériences des professionnels de santé et des personnes âgées face à l'épidémie du coronavirus.	ORSEC : Organisation de la sécurité civile
ARS : Agence Régionale de Santé	PB : Plan Blanc
ARSZ : Agence régionale de santé zonale	PBE : Plan Blanc Elargi
ASH : Agent des Services Hospitaliers	PU-PH : Professeur des Universités-Praticien hospitalier
AURA : Région Auvergne-Rhône-Alpes	SAMU Service d'Aide médicale Urgente
CDM : Catastrophes à Moyens Dépassés	SG : Score Global
CHU : Centre Hospitalier Universitaire	SNR : Score Neutre de Référence
CIS : Centre d'Ingénierie en Santé	SRAS-CoV: Syndrome Respiratoire Aigu Sévère-Coronavirus
CMP : Centre Médico-Psychologique	SROMS : Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale
CODAMUPS : Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires	SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins
DGS : Direction Générale de la Santé	SSR COVID : Soins de Suite et de Réadaptation dédiés aux patients COVID
EHPAD : Etablissements d'Hébergements pour les Personnes Agées Dépendantes	UJM : Université Jean-Monnet de St-Etienne
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire	URPS infirmiers : Unions régionales des professionnels de santé
ICTV: Comité international de taxonomie des virus	UTAUT: Unified Theory of Acceptance and Use of Technology
MERS-CoV: Middle East Respiratory Syndrome-Coronavirus	
OMS : Organisation mondiale de la santé	

Annexes :

Annexe 1 : Tableau représentatif des situations à traiter par le plan ORSAN et volets correspondants, (Ministère des affaires sociales de la santé et des droits des femmes et Direction générale de la santé (DGS), 2014).

Situations à traiter (indépendantes ou simultanées)	Spécificités de la situation	Cinétique	Volets ORSAN	Plans gouvernementaux et dispositif de réponse correspondants
Patients à risques spécifiques	Contaminés NRC	Rapide	ORSAN NRC	- Plan gouvernemental NRBC - Plan national de réponse accident nucléaire ou radiologique majeur - ORSEC
	Contaminés BIO (risques émergents, épidémie ou pandémie)	Rapide	ORSAN BIO ORSAN EPI-VAC	- Plan gouvernemental NRBC - Plan national de lutte « pandémie grippale » - Plan anti-dissémination du chikungunya et de la dengue en métropole - ORSEC
		Lente	ORSAN BIO ORSAN EPI-VAC	
Rupture matérielle ou humaine de l'organisation de l'offre de soins	Manque de personnel (mouvement social, pénurie hydrocarbure, perturbations climatiques)	Lente à rapide	ORSAN AMAVI ORSAN CLIM	- ORSEC
	Dégénération du fonctionnement des installations (catastrophe naturelle ou technologique, pénurie d'eau ou d'électricité...)	Rapide	ORSAN AMAVI	- ORSEC
Afflux de patients conventionnels	Non contaminés (événements climatiques ; canicule ; catastrophe naturelle ou technologique)	Lente à rapide	ORSAN EPI-VAC ORSAN AMAVI ORSAN CLIM	- Plan national canicule - Plan national grand froid - Plan anti-dissémination du chikungunya et de la dengue en métropole - Plan « évacuations massives » - ORSEC

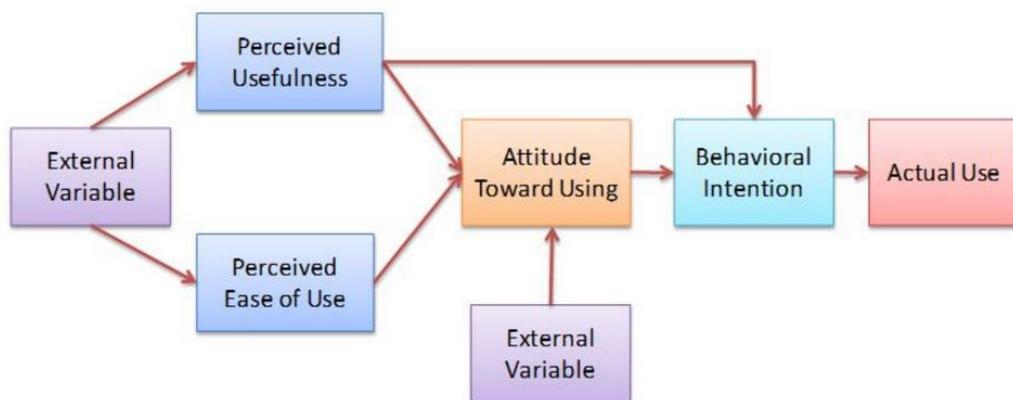
Annexe 2 : Schématisation du processus de classement des patients, (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020)



Annexe 3 :Figure représentative des zones de défense et de sécurité, (Nahon et Michaloux, 2016).



Annexe 4 : Schématisation de la Théorie de l'action raisonnée (Ajzen et Fishbein, 1980)



Annexe 5 : Guide d'entretien, gériatres utilisant la Hotline- COVID-19

Entretiens téléphoniques d'environ 20 minutes à enregistrer, puis retranscrire puis analyse thématique.

Contrat de communication :

« Bonjour, merci de m'accorder un peu de votre temps. Je suis stagiaire au Gérontopôle AURA/à la Chaire Santé des Ainés avec une formation en SHS. Nous cherchons à comprendre l'impact de la pandémie sur l'organisation et la prise en charge des patients et recueillir votre point de vue de gériatrie. L'entretien sera bien entendu rendu anonyme ».

Thème	Questions	Relances
Réorganisation pendant la crise sanitaire (globale et pour les patients COVID-19)	<p>1. Pouvez-vous nous parler de l'impact de la pandémie du COVID-19 sur l'organisation de vos services de gériatrie ?</p> <p>2. Est-ce que vous prenez en charge des patients atteints du COVID-19?</p>	<p>Mobilisation des équipes ? Gestion des visites ? Gestion des stocks de masque ? Gestes « barrières » ? mesure de non propagation ?</p> <p>Si oui, unité spéciale ? Orientation ? Si non, est ce qu'il est prévu d'avoir des lits dédiés ?</p>
Evolutions des Soins courants (non-COVID-19)	3. Quel est l'impact de cette crise sanitaire sur la prise en charge des personnes âgées n'ayant pas le COVID-19 ?	Qu'est ce qui a changé dans le quotidien des PA ? Bénéficient-ils des mêmes soins qu'avant la pandémie ?
Point de vue des gériatres	<p>4. A votre avis, qu'est ce qui est le plus difficile à gérer actuellement ?</p> <p>5. Quels sont vos craintes ? Vos attentes ?</p>	<p>Quels sont les difficultés rencontrées ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personnel médico-social - Pression des familles des PA ? - Peur de la contamination ? - Prévision des lits ? - Contexte de fin de vie ? - Autres...
Intérêt de la Hotline pendant la crise sanitaire	<p>5. En ce qui concerne la Hotline gériatrique, êtes-vous davantage solliciter ?</p> <p>6. Pensez-vous que la hotline peut jouer un rôle dans l'organisation des soins en gériatrie durant cette période ?</p> <p>Quelles seraient les recommandations que vous pourrez faire concernant l'utilisation de la hotline ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Limiter la propagation ou non du virus COVID-19 ? - Orientation efficace vers médecine de ville - Gestion efficace des COVID19 - Faciliter le travail des urgences - Donner des conseils - ...

Annexe 6: Page de garde du dossier pour avis à la commission recherche



SOUMISSION D'UN DOSSIER POUR AVIS A LA COMMISSION RECHERCHE

N°(réservé)	2020	
Année	2020	
Séance	Avril 2020 (si possible avant !)	
Titre du dossier	Projet ARECOVID Avis, Représentations et expériences des professionnels de santé et des personnes âgées face à l'épidémie du coronavirus	
Objet	(Cochez l'objet de la demande d'avis) <input type="checkbox"/> Avis à partir d'un cas clinique <input type="checkbox"/> Avis sur des situations de soin <input checked="" type="checkbox"/> Avis sur une recherche hors Recherche Impliquant la Personnes humaine (enquête de satisfaction, expérimentations en sciences humaines et sociales, étude sur les modalités d'exercice des professionnels de santé ou les pratiques d'enseignement, études sur des cosmétiques) <input type="checkbox"/> Avis sur une recherche sur dossier <input type="checkbox"/> Avis sur une recherche utilisant les données du PMSI, RPU <input type="checkbox"/> Autre :	
Origine	Gerontopôle AURA ; Chaire santé des Ainés (UJM) ; CHU St-Etienne ;	
Responsable	Barth Nathalie	
Adresse/Service du Responsable Scientifique	Gérontopôle AURA Site de l'hôpital de Bellevue 25 boulevard Pasteur 42000 St-Etienne	Chaire santé des Ainés (UJM) 23 Rue du Dr Paul Michelon 42100 Saint-Étienne
Investigateur(s)	BOUTHEON Charlotte ; GAULIER Chloé ; JUMEL Audrey ; GOUTTE-FARDE Pauline ; KOURSOUM ANNE Oumou	
Interlocuteur	BARTH Nathalie	
Adresse de messagerie	nathalie.bARTH@gerontopole-aura.fr	
Présentateur	Barth Nathalie / Chloé Gaulier	

Annexe 7: Résumé du projet « ARECOVID » : comité d'éthique



RESUME TYPE POUR UN PROJET SOUMIS A LA COMMISSION RECHERCHE

Représentations, avis et expériences des professionnels de santé et des personnes âgées face à l'épidémie du coronavirus

2. Justification et analyse critique de la pertinence de la recherche :

La pandémie du COVID-19 concerne plus de 155 pays dans le monde (sur 193 au total), ce qui rend compte d'une crise sanitaire inégalable jusqu'à présent dans les pays occidentaux comme la France. Au 16 mars, il est recensé un nombre de 200 000 malades auquel s'ajoutent 7000 décès. Pourtant, en France le pic épidémique n'est pas encore atteint. A ce jour, le test diagnostic PCR a confirmé 6 633 cas en France, dont 400 individus hospitalisés avec un état de santé critique, et 148 personnes décédées. Ces chiffres doublent désormais tous les jours.

C'est pourquoi, le gouvernement met en place des mesures dans l'optique de diminuer la diffusion du virus. Le 11 mars, l'OMS catégorise la maladie du COVID-19 comme une pandémie. Le 12 mars, la fermeture nationale des crèches et établissements scolaires est annoncé par le président de la République E. Macron, dès le 16 mars et jusqu'à nouvel ordre. Le 13 mars, l'Europe devient, selon l'OMS, l'épicentre de la maladie. La France passe au stade 3 de l'épidémie dès le 14 mars. Enfin, le 16 mars, l'Europe ferme ses frontières ainsi que celles de l'espace Schengen. Un dispositif de confinement est mis en place pour l'ensemble de la population. Parallèlement à l'évolution de la pandémie, ces mesures ont une incidence majeure sur l'afflux des patients en services hospitaliers, sur les organisations des soins, sur les conditions de travail des professionnels de soins, sur les soins courants en milieu hospitaliers sur l'organisation de la médecine de ville, sur l'orientation des patients...

L'analyse des retours d'expériences s'intéressant à la gestion des précédentes crises pose un constat majeur sur les défaillances et les difficultés rencontrées, principalement dues au manque d'expérience des acteurs les plus sollicités, tant individuellement que collectivement (Flin, 1996 ; Lagadec, 1993, 1996). C'est donc dans cette démarche qu'il est pertinent de s'intéresser à la réorganisation exceptionnelle des services de soins hospitaliers et aux motivations de la population à suivre les recommandations annoncées afin d'en faire émerger des problématiques clés.

Le projet « ARECOVID » consiste à comprendre ce qui se joue en termes organisationnels face à cette pandémie. Le point de vue des acteurs concernés par le COVID-19 mais aussi des acteurs prenant en charge les personnes âgées vulnérables non COVID nous apparaît essentiel. Une attention particulière sera portée au parcours des personnes âgées atteint de COVID mais aussi non COVID dans un système de santé en réorganisation (activation du plan blanc). Nous chercherons à identifier les besoins, les motivations, les attentes, les craintes, les réactions aux recommandations, aux gestes barrières mais aussi les représentations (gravité perçue/ à la grippe), les expériences singulières.

	<p>Comprendre les besoins des différents acteurs de santé (hospitaliers/de ville) concernés par le COVID-19 et l'expérience du confinement/du Covid-19 des personnes âgées vivant à domicile permettra d'aider à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la prise en charge des patients dans une situation épidémique • maîtriser le flux hospitalier • améliorer la qualité des soins des patients • anticiper et éviter la tension de l'hôpital aux patients • organiser les systèmes d'urgences • considérer le point de vue de la population âgée face à l'épidémie et sa prise en charge par le système de soins
3.	<p>Hypothèse principale de la recherche et objectifs :</p> <p>A travers les récits d'expériences de l'ensemble des acteurs (professionnels et personne âgée), l'objectif est de rendre compte de l'impact de l'épidémie sur les professionnels de santé et l'organisation des soins, et de considérer les ressentis des personnes âgées.</p> <p>L'objectif est donc double :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Identifier, à travers le récit de différents professionnels de santé, les besoins, les représentations, les attentes, les craintes (hospitaliers, gériatres, infirmiers...) vis-à-vis de la prise en charge des patients atteints de COVID-19, mais aussi de la continuité des soins pour les autres patients (orientation, processus de décision, ...) - Rendre compte des préoccupations des personnes âgées vivant à domicile sur l'épidémie du coronavirus (expérience du confinement, représentations, résistances au changement, avis...)
4.	<p>Critères d'évaluation ou données recueillies :</p> <p>Les données recueillies seront qualitatives: entretiens semi-directifs téléphoniques ou en visioconférences + questionnaires (questions fermées/ échelle de Likert).</p> <p>Temps 0 : démarches administratives</p> <p>Temps 1 : Entretien qualitatif téléphoniques auprès des médecins gériatres (20 minutes). Nous chercherons à recueillir leurs points de vues sur l'impact de la crise sanitaire due au COVID-19 sur la prise en charge des patients en milieu hospitalier (diagnostiqués COVID-19 ou non). Pour ceux qui utilisent la hotline, nous nous intéresserons à l'intérêt de ce dispositif en cas d'épidémie.</p> <p>Les entretiens seront enregistrés, les retranscriptions se feront à l'aide du logiciel « Sonal » et l'analyse thématique avec « N-vivo ».</p> <p>Temps 2 : Entretiens qualitatifs téléphoniques auprès des professionnels de santé sur le GHT de la Loire + MT de la Loire + diffusion questionnaire quantitatif auprès de la même population cible à l'échelle de la région AURA. Nous réaliserons une étude qualitative recensant les besoins des acteurs, les attentes, les craintes, les leviers à l'acceptation des changements, les résistances au changement issus de la crise sanitaire actuelle. Nous tenterons de faire émerger les expériences vécues de prise en charge des populations, de comprendre les motivations mais aussi le processus de décision des situations d'urgence et de crise. Pour ce faire, nous mettrons en place des entretiens semi-directifs qui se feront auprès des acteurs de</p>

	<p>premières lignes des centres hospitaliers du GHT de la Loire (10 entretiens) et des médecins traitants (x10). Ces entretiens reprendront les mêmes thématiques et permettront d'en dégager les besoins,</p> <p>Temps 3 : Entretiens qualitatifs téléphoniques auprès de la population âgée générale (x10)</p> <p>L'objectif est d'identifier les besoins, les attentes, les craintes, les leviers à l'acceptation des changements et les résistances au changement issus de la crise sanitaire actuelle et des recommandations qui en découlent.</p> <p>Les questionnaires saisis sur lime Survey, seront analysés quantitativement. Les entretiens seront enregistrés, les retranscriptions se feront à l'aide du logiciel « Sonal » et l'analyse thématique avec « N-vivo ».</p>
5.	<p>Population étudiée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etape 1 : <ul style="list-style-type: none"> ➔ 10 médecins gériatres - Etape 2 : <ul style="list-style-type: none"> ➔ 10 professionnels de santé travaillant sur le GHT de la Loire (infirmier/aide-soignant) + 10 MT de la Loire - Etape 3 : <ul style="list-style-type: none"> ➔ 10 personnes âgées résidents en France. <p>Pour le questionnaire : diffusion à tous les professionnels de soins (libéral/ hospitalier) du territoire AURA.</p>
6.	<p>Description des modalités de recrutement des personnes (et notamment des modalités d'information des patients ou de leurs représentant légaux) :</p> <p>Pour les gériatres : Recrutement via les médecins gériatres de la hotline gériatrique (Bordeaux, Angers, Lyon, Firminy, St-Etienne, St-Chamond) / - Recrutement via le réseau de PUPH gériatre du gérontopole AURA (Région AURA)</p> <p>Pour le personnel médico sociaux : Recrutement via les chefs de services des CHU</p> <p>Pour les PA : Recrutement via l'office stéphanois des personnes âgées</p> <p>Pour les MT : Recrutement aléatoire à partir de la liste des médecins traitant de la Loire</p>
7.	<p>Procédures d'investigation menées et, le cas échéant, différence par rapport à la prise en charge habituelle :</p> <p>Présentation de l'étude et de la lettre d'information</p> <p>Si acceptation, prise de RDV pour la réalisation de l'entretien</p> <p>Utilisation d'une grille d'entretien</p> <p>Enregistrement de l'entretien si accord du participant</p>

	<p>Réalisation de l'entretien</p> <p>Retranscription pour analyse - anonymat des données</p> <p>Durée de l'entretien: 20-30 min</p> <p>Analyse thématique</p>
8.	<p>Evaluation des bénéfices et des potentiels risques (obligatoirement minimes) que présente la recherche :</p> <p>Bénéfices : aucun</p> <p>Potentiels risques : aucun</p>
9.	<p>Nombre prévu de personnes à inclure dans la recherche :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etape 1 : Environ 10 médecins gériatres - Etape 2 : Environ 15 professionnels de santé travaillant sur le territoire des GHT de la Loire <p>Environ 15 individus majeurs résidents en France</p>
10.	<p>Calendrier :</p> <p>Date de début des inclusions : Fin Mars 2020</p> <p>Date de fin des inclusions : Juin-Juillet 2020</p>



MERCI DE JOINDRE EGALEMENT LA NOTICE D'INFORMATION

Annexe 8 : Notice d'information à destination des professionnels de santé du GHT de la Loire et des Médecins traitants de la Loire.



**Représentations, avis et expériences des professionnels de santé et des personnes âgées face à l'épidémie du coronavirus
Le Projet « ARECOVID »
Version n°1 du 18/03/2020**

Notice d'informations des professionnels de santé sur le territoire du GHT de la Loire + MT de la Loire

Coordonnées de l'investigateur coordonnateur (responsable du traitement des données)

Nom : Nathalie Barth, chef de projet
Gérontopôle AURA
Adresse : 25 boulevard pasteur,
42100 Saint-Étienne.
Tél : 04 77 12 07 32

Coordonnées du Délégué à la Protection des Données

Direction du Système d'Information
8 Rue Bossuet
CHU de St Etienne
42055 Saint-Étienne Cedex 2
rgpd-dpd@chu-st-etienne.fr

Madame, Monsieur,

En tant que professionnel de santé, vous êtes amenés dans le cadre de votre activité, à accompagner la personne dans son parcours de soins. Aujourd’hui, vous faites face à la propagation du COVID-19 et à la prise en charge de ces patients dans le cadre de cette crise sanitaire. Le but de notre projet « ARECOVID » est de recenser vos besoins, vos expériences, vos attentes, vos craintes et vos motivations à l’acceptation des changements mais également à leurs résistances issues de la crise sanitaire actuelle. Vous occupez une place de choix dans le parcours de santé des patients et encore plus en période de crise sanitaire. C’est pourquoi nous sollicitons votre participation.

Objectif de l'étude

En effet, dans le cadre du projet intitulé « ARECOVID » porté par le Gérontopôle AURA, la Chaire Santé des Ainés (UJM) et le CHU de St-Etienne, nous vous proposons d’exprimer votre point de vue et votre expérience concernant l’acceptation des changements et les résistances issues de la crise sanitaire actuelle. Nous savons que la pandémie du COVID-19 impacte l’organisation de votre activité et nous aimerions donc recueillir vos retours sur la question.

Déroulement

Nous vous invitons à participer à un entretien semi directif. Durant cette discussion, vous échangerez avec un étudiant de master 2 en sciences humaines et sociales. Cet entretien durera entre 20 et 30 minutes et il sera organisé à distance par visioconférence ou téléphone.

Vous êtes libres de vous exprimer et de répondre ou non aux questions posées. Vos propos seront utilisés que dans le cadre de cette étude et seront anonymisés. Lors de cette discussion, les échanges seront

enregistrés pour pouvoir être retranscrits de façon à être les plus fidèles possibles, ils seront ensuite analysés à l'aide de logiciels tels que « Sonal et Nvivo ».

Bénéfices et risques.

Aucun bénéfice et aucun risque. Il s'agit d'un recueil de données qualitatives.

Informations réglementaires.

Dans le cadre de cette recherche, un traitement informatique de vos données personnelles va être mis en œuvre afin de pouvoir répondre aux objectifs scientifiques de cette recherche, dans une finalité d'intérêt public. Dans ce but, les données médicales vous concernant [*et, dans la mesure où ces données sont nécessaires à la recherche, vos habitudes de vie, vos origines ethniques ou des données relatives à votre vie sexuelle ou à votre religion (à supprimer si ce n'est pas recueillie)*], seront transmises au promoteur de la recherche ou aux personnes agissant pour son compte, en France. Ces données seront identifiées par un numéro ainsi qu'un code fait de la 1^{ère} lettre de votre nom et de votre prénom. Ces données pourront également, dans des conditions expérimentales assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé françaises, à d'autres services du CHU de Saint-Étienne (et si ces données doivent être transmises dans un pays hors Union Européenne, le préciser ici).

Conformément au Règlement Européen n°2016/679 sur la Protection des Données, vous pouvez :

- demander à avoir accès, à rectifier, à recevoir sous un format lisible numériquement ou à effacer les données vous concernant
- vous opposez au recueil et à la transmission de vos données ou limiter l'utilisation de vos données uniquement à cette étude ou à d'autres situations précises
- en cas de désaccord, procéder à une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS ou sur <https://www.cnil.fr/webform/adresser-une-plainte>

Vos données seront conservées jusqu'à la rédaction du rapport final de la recherche. Elles seront ensuite archivées durant 15 ans (comme pour les recherches hors produits de santé impliquant la personne humaine).

Pour prendre votre décision, vous disposez d'un délai de réflexion de 7 jours après avoir lu cette note d'information et obtenu les réponses à d'éventuelles questions. Vous êtes libre de refuser ou d'interrompre votre participation à cette étude à tout moment sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait et sans avoir à vous justifier. En cas d'interruption de l'étude, les informations vous concernant seront conservées sauf opposition de votre part (et dans ce cas, elles ne pourront être supprimées qu'à condition que cela ne compromette pas gravement la réalisation des objectifs de la recherche).

Cette étude a reçu l'avis favorable de la Commission recherche de Terre d'éthique le/...../20.....

Vous remerciant par avance de la confiance que vous nous témoignez, nous restons à votre disposition au Gérontopôle AURA « 04 77 12 07 32 » pour tout renseignement complémentaire concernant cette étude.

Nathalie Barth
Chef de projet

Annexe 9 : Avis favorable du comité d'éthique pour le projet « ARECOVID ».



Comité d'Ethique du CHU de Saint-Etienne
Commission recherche de Terre d'éthique
comite.ethique@chu-st-etienne.fr
Dr Pascale Vassal
pascale.vassal@chu-st-etienne.fr
Institutional Review Board : IORG0007394

Nathalie BARTH
Gérontopôle AURA
Hôpital Bellevue
25, Bd Pasteur
4200 St Etienne

Saint-Etienne, le 25 Mars 2020

De : Pascale Vassal
Réf : IRBN452020/CHUSTE
Objet : **Avis Favorable**
Titre : «Projet ARECOVID Avis, Représentations et expériences des professionnels de santé et des personnes âgées face à l'épidémie du coronavirus»

Madame,

Je vous remercie d'avoir soumis votre projet de recherche au Comité d'Ethique du Centre Hospitalier Universitaire de Saint-Etienne.
Cette étude a été examinée par le comité d'éthique du CHU de Saint-Etienne.

Votre projet a été référencé par le numéro IRBN452020/CHUSTE.

Nous vous demandons de faire référence à ces numéros dans tous les documents qui seront produits ainsi que pour toutes correspondances.

Au regard de l'article R1121-2 du code de la Santé Publique modifié par Décret n°2006-477 du 26 avril 2006 - art. 1 JORF 27 avril 2006 définissant dans son alinéa 2 et suivants « les recherches non interventionnelles portant sur des produits mentionnés à l'article L.5311-1 » et du code Pénal article 226-16 et suivants relatifs « aux atteintes aux droits de la personne résultant des fichiers ou des traitements informatiques », le Comité d'Ethique du CHU de Saint-Etienne a examiné les pièces et auditionné le représentant de ce projet de recherche.

Après délibération, le Comité d'Ethique du CHU de Saint-Etienne a donné un **Avis Favorable** à la conduite de cette étude.

Si votre projet change après la date de cet avis sous quelque forme que ce soit, vous devez en informer le Comité d'Ethique.

Très cordialement

Docteur Pascale VASSAL

Annexe 10 : Tableau récapitulatif des participants aux entretiens semi-directifs

Participant	Genre	Age	Nombre de personne dans le foyer de confinement (dont le participant)	Profession	Terrain d'exercice habituel	Département d'exercice	Terrain d'exercice pendant la crise du COVID-19	Années d'expériences	Atteints du COVID-19 durant la pandémie (Oui/non)
Sujet 1	Homme	27	2 (conjointe)	Interne en rhumatologie – actuellement dans un service de physiologie et de médecine du sport	Hôpital	42	Service COVID-19 (2 mois)	3 ^{ème} année d'internat	NON
Sujet 2	Homme	30	2 (conjointe)	Médecin du sport	Hôpital dans l'unité de médecine du sport + gestion de la filière de traumatologie	42	Urgences filière courte – Non-COVID-19	2 ans	NON
Sujet 3	Femme	28	4 (conjoint + parents)	Médecin du sport	Hôpital dans l'unité de médecin du sport	42	Service COVID-19	1 ans	NON
Sujet 4	Homme	31	3 (conjointe + un bébé) - conjointe médecin et exerce auprès de patients COVID	Médecin gériatre	Service d'EHPAD + SSR d'oncologie, d'hématologie et de soins palliatifs dans le même établissement.	69	Service d'EHPAD + SSR d'oncologie, d'hématologie et de soins palliatifs – Non-COVID-19	3 ans	NON
Sujet 5	Homme	32	3 (femme + un bébé)	Médecin	Hôpital en pneumologie (ambulatoire + consultations)	42	Service de pneumologie – Non-COVID-19	5 ans	NON
Sujet 6	Femme	45	5 (mari + 3 enfants)	Cadre de santé infirmière	Hôpital gériatrique	69	Hôpital gériatrique – Entièrement COVID-19	12 ans	NON
Sujet 7	Femme	38	5 (mari + 3 enfants)	MCU-PH	Hôpital en service de maladies infectieuses	42	Service de maladies infectieuses – Entièrement COVID-19	8 ans	NON
Sujet 8	Femme	33	1	Médecin assistant chef de clinique	Hôpital en service de maladies infectieuses	42	Service de maladies infectieuses – Entièrement COVID-19	1 an et demi	NON
Sujet 9	Homme	49	5 (femme + 3 enfants)	Anesthésiste réanimateur	Hôpital	42	Service de réanimations – Open Space entièrement COVID-19		NON
Sujet 10	Femme	38	4	Médecin	Hôpital gériatrique de 400 résidents + SSR	69	SSR COVID-19	10 ans	OUI

Annexe 11 : Guide d'entretien semi-directif

Guide d'entretien pour les **professionnels de santé**: projet ARECOVID

Contrat de communication :

« Bonjour, merci de m'accorder un peu de votre temps. Je suis stagiaire au Gérontopôle AURA avec une formation en SHS. Nous cherchons à comprendre l'impact de la pandémie sur l'organisation et la prise en charge des patients et recueillir votre point de vue en tant que professionnel de santé. Nous nous intéressons principalement aux patients âgés de plus de 60 ans. L'entretien sera bien entendu rendu anonyme ».

Thème	Questions	Relances
Général	1. Pouvez-vous m'expliquer votre métier et vos fonctions ?	Profession ? Service ? Ancienneté ? Patients âgés ? Lieu d'exercice ?
Réorganisation pendant la crise sanitaire (globale et pour les patients COVID-19)	<p>2. Pouvez-vous me parler de l'impact de la pandémie du COVID-19 sur l'organisation de votre service ?</p> <p>3. Est-ce que vous prenez en charge des patients âgés atteints du COVID-19 ?</p> <p>4. Comment sont prises les décisions quant à l'orientation des patients ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilisation des équipes ? - Changements de missions ? - Gestion des visites ? - Gestion des fins de vie - Gestion des stocks de masque / de gels hydroalcooliques ? - Gestes « barrières » ? mesure de non-propagation ? - Gestion du personnel ? - Motifs de consultations ? - Si oui, une unité spéciale ? - Une organisation est-elle prévue ? (<i>Demandez d'expliquer</i>). - Est ce qu'il y a des lits dédiés ? combien ? - Est-ce qu'il y a un suivi pour les patients à domicile. (<i>Demandez d'expliquer</i>). - <i>Si non, êtes-vous dans un service non-COVID-19 ?</i> - <i>Pouvez-vous être en contact avec des patients atteints du COVID-19</i> <p>(<i>Dépistage/ hospitalisation/retour au domicile / mise en quarantaine /orientation des personnes ayant été en contact / maintien à domicile...</i>)</p> - Intervenez-vous dans ces prises de décisions ? - Prise de décision avec les familles ou pas ?
Evolutions des Soins courants (non-COVID-19)	5. Quel est l'impact de cette crise sanitaire sur la prise en charge des patients âgés n'ayant pas le COVID-19 ?	<p>Qu'est ce qui a changé dans la prise en charge habituelle des patients âgés qui ne sont pas atteints du COVID-19 ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comparaison avant/après ? - Régularité ? - Qualité ?

	<p>6. Selon vous, bénéficient-ils des mêmes soins qu'avant la pandémie ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Changements de procédures ? → <i>Accès aux examens complémentaires (facilité d'accès/temps rallongé) ? Soins paramédicaux (kinés/psy/ergo...) ?</i>
Acceptabilité, résistances aux changements, craintes, appréhensions	<p>7. Comment vivez-vous la crise du COVID-19 ?</p> <p>8. Y a-t-il des éléments au sein de votre établissement ou dans votre vie personnelle qui vous aident aujourd'hui à gérer au mieux cette situation ?</p> <p>9. Y a-t-il des éléments qui au contraire vous freinent dans la gestion de cette crise ?</p> <p>10. Qu'est-ce qui vous semble le plus difficile à gérer actuellement ?</p> <p>11. Quels sont vos craintes face au contexte actuel ?</p>	<p>Confiant ou pas ? stressé ? Inquiet ? <i>Demander d'expliquer</i></p> <p>Quels sont les éléments qui contribuent positivement à la gestion des patients âgés pendant la crise du COVID-19 ? (<i>Personnels, organisationnels, coordination, dispositifs, formations, compensations, horaires, familles etc.</i>)</p> <p>Quels sont les éléments qui contribuent positivement au bien-être des professionnels de santé pendant la crise du COVID-19 ?</p> <p>Quels sont les éléments qui agissent négativement dans la gestion des patients âgés pendant la crise du COVID-19 ? (<i>Personnels, organisationnels, dispositifs, coordination, formations, compensations, horaires, familles etc.</i>)</p> <p>Quels sont les éléments qui agissent négativement sur le bien-être des professionnels de santé pendant la crise du COVID-19 ?</p> <p>Quels sont les difficultés rencontrées au niveau professionnel pendant la crise du COVID-19 ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manque de matériel ? - Personnel médico-social ? - Pression des familles de patients ? - Peur de la contamination ? - Prévision des lits ? - Autres... <p>- Evolution de la pandémie ?</p> <p>- Peur de la contagion (<i>pour soi, pour sa famille, pour les patients</i>) ?</p> <p>- Peur du déconfinement ?</p> <p>- Autres ... <i>Demander d'expliquer.</i></p>
Perspectives d'évolution : Besoins / attentes / suggestions	12. De quoi pensez-vous avoir besoin aujourd'hui pour optimiser la prise en charge des patients et le travail du personnel soignant ?	Dispositif/ matériel/ personnel/ organisation etc...

	<p>13. Avez-vous des idées qui seraient intéressantes à mettre en place au sein du service où vous travaillez pour améliorer la situation actuelle ?</p>	<p>Idées : - Outils - Besoins humains - Organisation - Planification - Matériel</p>
	<p>14. Selon vous, qu'est-ce que la gestion de cette pandémie pourra vous apporter dans la gestion de possibles autres crises à venir ?</p>	<p>- Pour les autres crises en générales ? - Pour les autres crises liées au COVID-19 ? <i>(Solutions ? Organisations ? Préparation ? etc...)</i></p>
Autres	<p>15. Avez-vous quelque chose à ajouter à propos de l'organisation sanitaire pour faire face à la crise du COVID-19 ?</p>	<p>- Suggestions - Besoins - Craintes - Autres</p>

Données socio-démographies : Profession Âge ... Localisation de l'hôpital (département).....

Service : Nombre de personnes dans le foyer (dont le participant)

Annexe 12 : Exemple de courriel de recrutement des participants : partie qualitative

Étude: La gestion de la crise du COVID-19 - Recherche de participants ➤ Boîte de réception ✉

Chloé Gaulier <chloe.gaulier01@gmail.com>
À [REDACTED]

Bonjour Docteur [REDACTED]

Mme [REDACTED] me renvoie vers vous dans le cadre d'une étude compréhensive de la gestion de la crise du COVID-19 menée par le Gerontopôle AURA.

Cette étude a pour objectif :

- Le recueil d'expérience des professionnels de santé face à la gestion de la crise du COVID-19 dans la prise en charge des personnes âgées.

Serait-il possible de m'accorder un peu de votre temps pour participer à un entretien téléphonique ? Je m'adapterai évidemment à vos disponibilités.

- Durée des entretiens: 20 - 30 minutes

En espérant que vous pourrez répondre favorablement à ma requête.

Je reste à votre disposition pour toute information complémentaire.

Bien cordialement.

Chloé GAULIER

Stagiaire au Gerontopôle AURA

Master 2 - Sciences de l'éducation

Promotion et éducation à la santé

Université Lumière, Lyon II

Annexe 13 : Tableau récapitulatif des professions des participants au questionnaire

Professions :	Pourcentages
Infirmier(ère)	72,46%
Aide-soignant(e)	6,57%
Médecin spécialisé	5,30%
Cadre de santé	4,03%
Médecin généraliste	2,75%
Autre	2,12%
santé mentale	1,91%
Métiers de la rééducation fonctionnelle	1,48%
PU-PH (Professeur des universités-praticien hospitalier)	1,27%
Etudiant(e)	1,06%
Directeur	0,64%
Pharmacien(ne)	0,21%
Assistant(e) sociale	0,21%

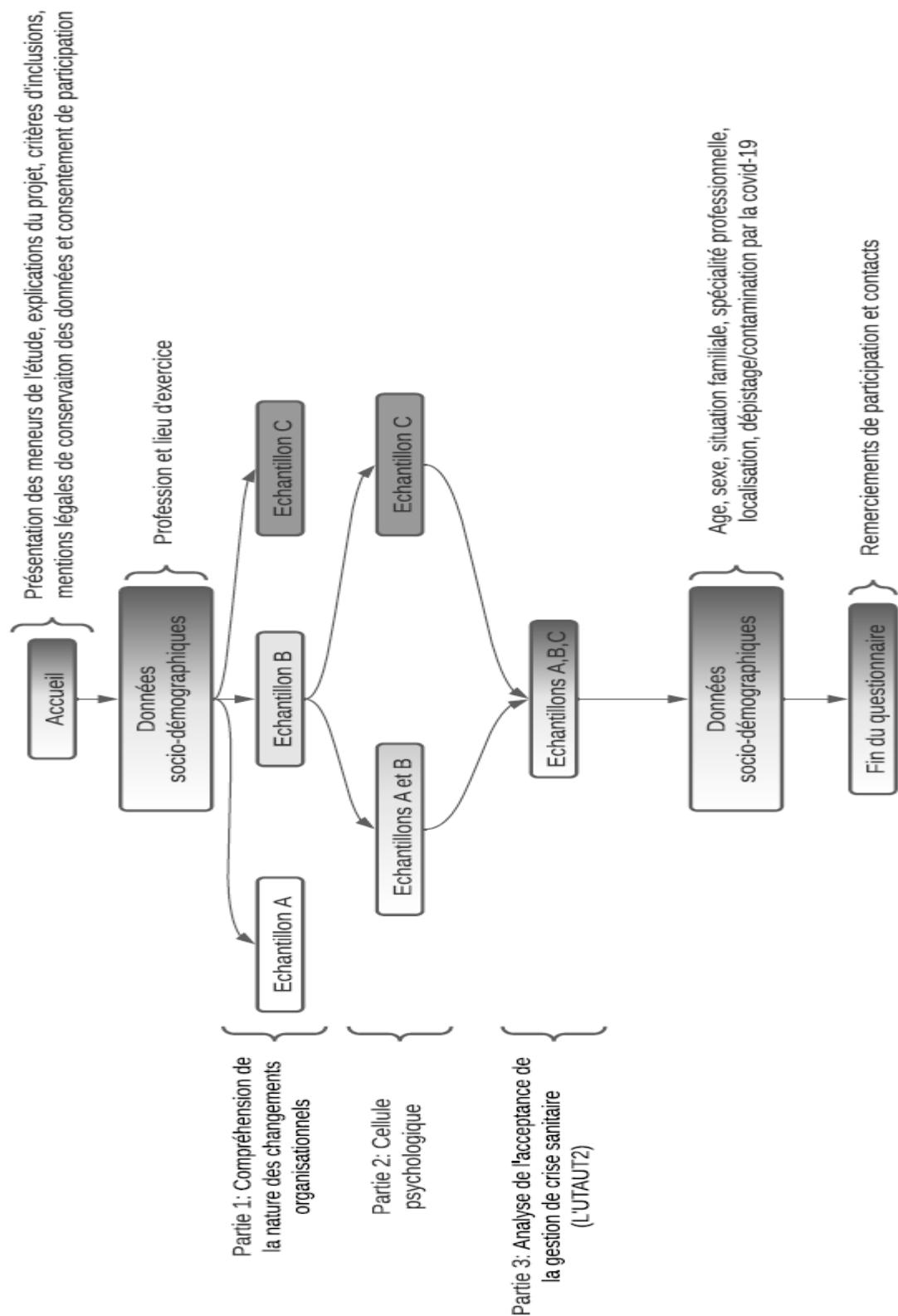
Annexe 14 : Tableau récapitulatif des lieux d'exercice des participants au questionnaire

Lieux d'exercice	Pourcentages
Un cabinet libéral	51,48%
Un EHPAD	14,83%
A domicile	13,98%
Un hôpital	12,29%
Autre	4,45%
Centre de dialyse	1,06%
Une résidence autonomie	0,85%
Clinique	0,64%
CMP	0,21%
Pharmacie	0,21%

Annexe 15 : Tableau récapitulatif des départements d'exercice des participants au questionnaire

Département d'exercice	Pourcentages
42	20,55%
69	19,70%
38	15,89%
74	9,32%
63	7,63%
26	7,20%
1	5,72%
7	4,24%
73	4,03%
43	2,54%
3	1,91%
15	1,27%

Annexe 16 : Schématisation de la structure du questionnaire



Annexe 17 : Le questionnaire

Votre avis de professionnel de santé intervenant auprès de patients âgés de 60 ans et plus: face à la gestion de la crise du COVID-19

Charger un questionnaire non terminé Finir plus tard Sortir et effacer vos réponses

0%

* Accueil

❶ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Bonjour,

Vous êtes **professionnels de santé** et vous travaillez auprès de **patients âgés de 60 ans et plus**, votre avis nous intéresse!
Notre objectif est de recueillir votre expérience face à cette crise sanitaire sans précédent.

Durée: **10 minutes**.

Questionnaire **anonyme et confidentiel**.

Données stockées sur un serveur sécurisé accessible uniquement par les investigateurs de l'étude.

Merci pour votre participation.



J'accepte de participer

Je ne souhaite pas participer

Données socio-démographiques 1 :

* Profession:

❶ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Aide-soignant(e)
- Etudiant(e)
- Infirmier(ère)
- MCU-PH (Maître de conférences-praticien hospitalier)
- Médecin généraliste
- Médecin spécialisé
- Metiers de la rééducation fonctionnelle
- PU-PH (Professeur des universités-praticien hospitalier)
- Retraité
- Autre:

* Vous travaillez dans:

1 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Un hôpital
- Un EHPAD
- Une résidence autonomie
- Une résidence service séniors (RSS)
- Un cabinet libéral
- A domicile
- Autre :

2 Si vous travaillez sur plusieurs sites, cochez votre lieu d'exercice principal. (ex: 60% en EHPAD + 40% en cabinet = EHPAD)

Partie 1 – échantillon A (professionnels médicaux exerçant en établissement):

* Pour faire face à la crise du COVID-19, j'ai remarqué un changement organisationnel au niveau de:

	Aucun changement	Changements plutôt peu importants	Changements plus ou moins importants	Changements plutôt importants	Changements très importants
Je n'ai pas remarqué de changement organisationnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'organisation du personnel soignant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'organisation des soins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La gestion des stocks du matériel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'organisation des locaux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La coordination avec la médecine de ville	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* Face à la crise du COVID-19, nous utilisons de nouveaux outils de communication:

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
La télémédecine	<input type="radio"/>				
La visioconférence (Skype, etc.)	<input type="radio"/>				
Le téléphone	<input type="radio"/>				

* Nous nous en servons pour communiquer avec:

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Les autres acteurs de santé	<input type="radio"/>				
Les patients âgés de 60 ans et plus	<input type="radio"/>				
La famille des patients âgés de 60 ans et plus (soignant-famille)	<input type="radio"/>				
Pour que les patients âgés appellent leur famille	<input type="radio"/>				

* Pour faire face à la crise sanitaire du COVID-19 :

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Nous avons le matériel médical nécessaire (appareils respiratoires, tests virologiques, tensiomètres etc...):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nous avons le matériel d'hygiène nécessaire (gants, masques, solution hydro-alcooliques, etc...):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le nombre de médecins est suffisant:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le nombre d'infirmiers(ères) est suffisant:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le nombre d'aide-soignants(es) est suffisant:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le nombre de kinésithérapeutes est suffisant:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le nombre d'agents de service hospitalier (ASH) est suffisant:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mon nombre d'heure de travail est supérieur à la normale:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les professionnels de mon équipe effectuent un nombre d'heure supérieur à la normale:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La prise en charge des patients âgés de plus de 60 ans, non-COVID-19 a été impactée:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* Je travaille auprès de patients âgés de plus de 60 ans atteints du COVID-19:

Oui

Non

Si « oui » :

* Dans mon service, concernant les patients COVID-19 :

	Il n'y a pas de lits dédiés	inférieur à 5	entre 5 et 10	entre 10 et 20	entre 20 et 30	entre 30 et 50	supérieur à 50
le nombre de lits dédiés est de:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
le nombre de patients atteint est de:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* Selon moi, la réorganisation des services pendant la crise sanitaire du COVID-19 permet de:

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Répondre aux besoins de l'urgence sanitaire actuelle:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assurer le fonctionnement des soins par la coordination entre les différents acteurs de santé:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assurer le fonctionnement des soins par la répartition des patients (médecine de ville/services hospitaliers):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assurer le fonctionnement des soins par le renforcement des capacités en soins:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Améliorer les conditions de travail des professionnels de santé en temps de crise sanitaire:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assurer la continuité des soins des patients âgés non-COVID-19 :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faire bénéficier aux patients âgés atteints du COVID-19 des soins adaptés:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* J'ai l'impression que mes missions ont été modifiées concernant:

❶ Cochez la ou les réponses

- Les mesures d'hygiène
- Le temps passé avec les patients
- Les soins apportés aux patients
- L'accompagnement des patients en fin de vie
- L'utilisation du matériel (solutions hydroalcooliques/nettoyage du matériel etc...)
- L'utilisation des tenues de travail (gants, blouses, masques etc...)
- La prise de décision concernant les patients
- La gestion des absences du personnel
- Les rapports avec les patients et leurs familles
- Les rapports avec ma hiérarchie/mes subordonnés
- L'encadrement des professionnels para-médicaux
- Autre :

* La crise sanitaire du COVID-19 m'oblige à prendre des décisions compliquées pour les patients âgés en ce qui concerne :

❶ Cochez la ou les réponses

- Les soins administrés
- Le respect des restrictions de visites
- Le respect des règles d'hygiène
- L'orientation des patients nécessitant des soins spécifiques
- Autre :

* Je rencontre des difficultés pour:

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni pas d'accord, ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Protéger les soignants du virus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Protéger les patients âgés du virus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dépister les patients âgés présentant des symptômes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prendre en charge les patients âgés atteints du COVID-19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assurer le classement de ces patients (gravités/priorités)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orienter les patients âgés atteints du COVID-19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prendre en charge les personnes ayant été en contact avec le virus et évaluer le risque	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Partie 1 – échantillon B :

* Pour faire face à la crise du COVID-19, j'ai remarqué un changement organisationnel au niveau de:

	Aucun changement	Changements plutôt peu importants	Changements plus ou moins importants	Changements plutôt importants	Changements très importants
Je n'ai pas remarqué de changement organisationnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'organisation du personnel soignant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'organisation des soins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La gestion des stocks du matériel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'organisation des locaux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La coordination avec la médecine de ville	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* Face à la crise du COVID-19, nous utilisons de nouveaux outils de communication:

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
La télémédecine	<input type="radio"/>				
La visioconférence (Skype, etc.)	<input type="radio"/>				
Le téléphone	<input type="radio"/>				

* Nous nous en servons pour communiquer avec:

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Les autres acteurs de santé	<input type="radio"/>				
Les patients âgés de 60 ans et plus	<input type="radio"/>				
La famille des patients âgés de 60 ans et plus (soignant-famille)	<input type="radio"/>				
Pour que les patients âgés appellent leur famille	<input type="radio"/>				

* Pour faire face à la crise sanitaire du COVID-19 :

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Je dispose du matériel nécessaire pour réaliser mes fonctions (lits, gants, masques, gel hydroalcooliques, etc...):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le nombre de professionnels de santé présents me semble suffisant:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mon nombre d'heure de travail est supérieur à la normale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les mesures d'hygiène sont plus strictes (nettoyage du matériel, lavage des mains, tenues de travail, masques etc...).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* Selon moi, la réorganisation des services pendant la crise sanitaire du COVID-19 permet de:

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Répondre aux besoins de l'urgence sanitaire actuelle:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assurer le fonctionnement des soins par la coordination entre les différents acteurs de santé:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assurer le fonctionnement des soins par la répartition des patients (médecine de ville/services hospitaliers):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assurer le fonctionnement des soins par le renforcement des capacités en soins:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Améliorer les conditions de travail des professionnels hospitaliers en temps de crise sanitaire:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assurer la continuité des soins des patients âgés non-COVID-19:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faire bénéficier aux patients âgés atteints du COVID-19 des soins adaptés:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* Je travaille auprès de patients âgés de plus de 60 ans atteints du COVID-19:

Oui

Non

Si « oui » :

* Dans mon service, concernant les patients COVID-19 :

	Il n'y a pas de lits dédiés	inférieur à 5	entre 5 et 10	entre 10 et 20	entre 20 et 30	entre 30 et 50	supérieur à 50
le nombre de lits dédiés est de:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
le nombre de patients atteint est de:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* Parmi ces missions, celles qui me semblent les plus difficiles sont:

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Le respect des mesures d'hygiène	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le temps passé avec les patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'accompagnement des patients en fin de vie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les soins apportés aux patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les rapports avec les patients et leurs familles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les rapports avec ma hiérarchie/mes subordonnés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'utilisation du matériel (solutions hydroalcooliques/nettoyage du matériel etc...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'utilisation des tenues de travail (gants, blouses, masques etc...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* J'ai l'impression que mes missions ont été modifiées concernant:

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Les nouvelles mesures d'hygiène	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le temps passé avec les patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'accompagnant des patients en fin de vie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les soins apportés aux patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les rapports avec les patients et leurs familles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les rapports avec ma hiérarchie/mes subordonnés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'utilisation du matériel d'hygiène (solutions hydroalcooliques/ nettoyage du matériel etc...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'utilisation des tenues de travail (gants, blouses, masques etc...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* Pour optimiser la prise en charge des patients âgés, je pense avoir besoin:

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
D'avoir plus d'informations sur la réorganisation sanitaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De plus d'encadrement (formations aux gestes barrières, aux modifications de soins, etc...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D'avoir davantage accès au matériel (gants, masques, blouses, lunettes de protection etc...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De pouvoir communiquer davantage avec mes collègues	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D'être plus informé(e) sur le virus COVID-19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Partie 1 – échantillon C:

* Pour faire face à la crise du COVID-19, j'ai remarqué un changement organisationnel au niveau de:

	Aucun changement	Changements plutôt peu importants	Changements plus ou moins importants	Changements plutôt importants	Changements très importants
Je n'ai pas remarqué de changement organisationnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'organisation du personnel soignant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'organisation des soins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La gestion des stocks du matériel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'organisation des locaux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La coordination avec la médecine de ville	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* Face à la crise du COVID-19, nous utilisons de nouveaux outils de communication:

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
La télémédecine	<input type="radio"/>				
La visioconférence (Skype, etc.)	<input type="radio"/>				
Le téléphone	<input type="radio"/>				

* Nous nous en servons pour communiquer avec:

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Les autres acteurs de santé	<input type="radio"/>				
Les patients âgés de 60 ans et plus	<input type="radio"/>				
La famille des patients âgés de 60 ans et plus (soignant-famille)	<input type="radio"/>				
Pour que les patients âgés appellent leur famille	<input type="radio"/>				

* En faisant face à la crise sanitaire du COVID-19, je pense que:

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
J'ai le matériel médical nécessaire (thermomètre, tensiomètres etc...):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai le matériel d'hygiène nécessaire (gants, masques, solutions hydro-alcooliques, etc...):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le nombre de professionnels de santé libéraux est suffisant:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les patients de plus de 60 ans me consultent plus que d'habitude:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mon nombre d'heure de travail est supérieur à la normale:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La prise en charge des patients âgés de plus de 60 ans, non-COVID-19 a été impactée:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* Je travaille auprès de patients âgés de plus de 60 ans atteints du COVID-19:

Qui

Non

* Selon moi, la réorganisation des services pendant la crise sanitaire du COVID-19 permet de:

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Répondre aux besoins de l'urgence sanitaire actuelle:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assurer le fonctionnement des soins par la coordination entre les différents acteurs de santé:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assurer le fonctionnement des soins par la répartition des patients (médecine de ville/services hospitaliers):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assurer le fonctionnement des soins par le renforcement des capacités en soins:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Améliorer les conditions de travail des professionnels de santé en temps de crise sanitaire:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assurer la continuité des soins des patients âgés non-COVID-19:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faire bénéficier aux patients âgés atteints du COVID-19 des soins adaptés:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* J'ai l'impression que mes missions ont été modifiées concernant:

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Les mesures d'hygiène	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le temps passé avec les patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les soins apportés aux patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les rapports avec les patients et leurs familles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les rapports avec ma hiérarchie/mes subordonnés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'utilisation du matériel (solutions hydroalcooliques/nettoyage du matériel etc...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'utilisation des tenues de travail (gants, masques etc...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La prise de décision concernant les patients (orientation, prise de rendez-vous etc...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* La crise sanitaire du COVID-19 m'oblige à prendre des décisions compliquées pour les patients âgés en ce qui concerne :

❶ Cochez la ou les réponses

- Les soins administrés
- Le respect des gestes barrières:
- Le respect des règles d'hygiène :
- Le dépistage des patients présentant des symptômes:
- L'orientation des patients nécessitant des soins spécifiques:
- Les motifs de consultations:
- La fréquence de consultation:
- Autre :

* Je rencontre des difficultés pour:

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Protéger les patients âgés du virus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me protéger du virus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dépister les patients âgés suspects	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prendre en charge les patients âgés atteints du COVID-19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assurer le classement des patients âgés (gravités/priorités)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orienter les patients âgés atteints du COVID-19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prendre en charge les personnes ayant été en contact avec le virus et évaluer le risque	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La gestion des stocks de matériels (masques, gants, solutions hydroalcooliques, etc...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Partie 2 – échantillons A et B (professionnels médicaux et paramédicaux qui travaillent en établissement)

* En cette période de crise sanitaire, une cellule psychologique est mise à disposition sur le site où je travaille

💡 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Si « non » ou « je ne sais pas » :

* Je pense qu'il serait bénéfique de mettre en place une cellule psychologique sur le site où je travaille pour:

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Les professionnels de santé de l'établissement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les patients étant ou ayant été atteints du COVID-19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La famille des patients étant ou ayant été atteints du COVID-19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les usagers de l'établissement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je pense qu'une cellule psychologique n'est pas bénéfique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si « oui » :

* Cette cellule psychologique est à destination :

💡 Cochez la ou les réponses

- De tous les professionnels de santé de l'établissement
- Des patients étant ou ayant été atteints du COVID-19
- De la famille des patients étant ou ayant été atteints du COVID-19
- Des usagers de l'établissement

💡 Vous pouvez choisir plusieurs réponses

* J'ai moi-même recours à cette cellule psychologique:

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui
- Non
- Je ne souhaite pas répondre

Pour l'échantillon A uniquement:

* Je conseille au personnel de mon équipe de se rendre à cette cellule psychologique:

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

Pour les deux échantillons (A et B)

* Je conseille à mes patients de se rendre à cette cellule psychologique:

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

Partie 2, échantillon C :

* En cette période de crise sanitaire, une cellule psychologique est mise à disposition dans la ville où je travaille

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Si « non » ou « je ne sais pas » :

* Je pense qu'il serait bénéfique de mettre en place une cellule psychologique dans la ville où je travaille pour:

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Les professionnels de santé de la ville	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les patients étant ou ayant été atteints du COVID-19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La famille des patients étant ou ayant été atteints du COVID-19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tous les habitants de la ville	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je pense qu'une cellule psychologique n'est pas bénéfique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si « oui » :

* Cette cellule psychologique est à destination :

! Cochez la ou les réponses

- Des professionnels de santé de la ville
- Des patients étant ou ayant été atteints du COVID-19
- Des familles de patients atteints ou ayant été atteints du COVID-19
- De tous les habitants de la ville

? Vous pouvez choisir plusieurs réponses

* Je pense que cette cellule psychologique est bénéfique pour:

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Les professionnels de santé de la ville	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les patients étant ou ayant été atteints du COVID-19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les familles de patients étant ou ayant été atteints du COVID-19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tous les habitants de la ville	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je pense qu'une cellule psychologique n'est pas bénéfique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Partie 3:

* Je trouve que la nouvelle organisation permet de:

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Mieux prendre en charge les patients âgés atteints du COVID-19:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mieux prendre en charge les patients âgés non-COVID-19:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Optimiser le travail des professionnels de santé (rapidité/efficacité):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* Il a été facile pour moi de:

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
M'adapter à cette réorganisation:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trouver ma place dans la nouvelle organisation:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* Si je respecte la nouvelle organisation pour faire face à l'épidémie du COVID-19 c'est parce que:

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Je crois que cela en vaut la peine:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Elle me permet d'acquérir de nouvelles compétences:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
On m'a demandé de le faire:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C'est mon rôle de professionnel de santé / de soignant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* Face à l'épidémie du COVID-19, les personnes qui comptent pour moi:

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
M'aident à accepter les conditions de travail actuelles:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me conseillent de suivre les recommandations sanitaires dans le cadre de mes fonctions:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
M'encouragent à travailler auprès des patients (dont ceux atteints du COVID-19):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* En travaillant pendant l'épidémie du COVID-19:

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Je me sens valorisé(e) auprès des autres personnes:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens utile:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je suis perçu(e) plus positivement par les autres personnes:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je provoque de la méfiance autour de moi:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* Face à l'épidémie du COVID-19:

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
J'ai confiance dans les nouvelles mesures mises en place pour lutter contre le COVID-19:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai une attitude positive vis-à-vis de la nouvelle organisation sanitaire:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* Face à cette épidémie:

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Mon investissement dans cette crise sanitaire m'a semblé évident:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens en sécurité dans l'exercice de mes fonctions :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai peur pour ma santé:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai peur de mettre en danger mes proches:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai peur de contaminer mes patients:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* Pour faciliter la nouvelle organisation je pense que:

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
J'ai les compétences et connaissances nécessaires pour m'adapter:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je dispose des ressources matérielles nécessaires:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je peux obtenir de l'aide lorsque j'ai des difficultés avec l'organisation de travail:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* Face à la crise sanitaire:

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
J'ai pris de nouvelles habitudes dans l'organisation de mon travail:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai pris de nouvelles habitudes d'hygiène:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai pris de nouvelles habitudes concernant l'administration des soins aux patients:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* Face à la gestion de la crise, je me sens:

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Heureux(se)	<input type="radio"/>				
En colère, irrité(e)	<input type="radio"/>				
Triste, déprimé(e)	<input type="radio"/>				
Apeuré(e), effrayé(e)	<input type="radio"/>				
Dégoûté(e)	<input type="radio"/>				
Honteux(se)	<input type="radio"/>				
Culpabilisé(e)	<input type="radio"/>				
Surpris(e), dépassé(e)	<input type="radio"/>				

?

Veuillez cocher une réponse par question (11 réponses)

Quelles sont vos principales craintes face à cette épidémie du COVID-19 ?

Crainte 1:

Crainte 2:

Crainte 3:

[?](#) Merci de mettre une crainte par case (facultatif)

Quels sont vos principaux besoins face à cette épidémie du COVID-19?

Besoins 1:

Besoins 2:

Besoins 3:

[?](#) Merci de mettre un besoin par case (facultatif)

Avez-vous des suggestions/'idées pour améliorer l'organisation sanitaire en période de crise ?

[?](#) (facultatif)

Données socio-démographiques 2 :

* Fréquence de dépistage du COVID-19: en tant que professionnel de santé/soins, je me fais dépister :

[!](#) Cochez la ou les réponses

- Nous ne nous faisons dépister que si nous présentons des symptômes
- Je ne me suis jamais fait dépister
- Moins d'une fois toutes les deux semaines
- Une fois toutes les deux semaines
- Moins d'une fois par semaine
- Plus d'une fois par semaine
- Autre:

* Depuis le début de la crise sanitaire, j'ai déjà présenté des symptômes du COVID-19

Oui

Non

Si « oui » :

* Même si j'ai eu des symptômes, j'ai continué de travailler auprès des patients:

Oui

Non

* Depuis le début de la crise sanitaire, j'ai déjà été diagnostiqué(e) positif(ve) au COVID-19, mais je suis guéri(e) aujourd'hui:

Oui

Non

Si « oui » :

* Même en étant positif(ve) au COVID-19, j'ai continué de travailler auprès des patients:

Oui

Non

* Genre:

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez choisir ...

Veuillez choisir ...

Masculin

Féminin

Non-binaire

Je ne souhaite pas répondre

● Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

* Age:

● Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

* Nombre de personnes dans le foyer (avec vous):

💡 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez choisir ...	▼
Veuillez choisir ...	
0	de santé ou de soin:
1	
2	
3	
4	
5	
plus que 5	Non

* Dans quel département exercez-vous?

💡 Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

💡 Exemple: Si j'exerce dans la Loire : 42

Vous êtes arrivé(e)s à la fin de ce questionnaire.

Vous pouvez toujours modifier vos réponses en cliquant sur "Précédent". Cliquez ensuite sur "Envoyer".

Une fois envoyé, vous ne pourrez plus accéder au questionnaire.

Toute l'équipe vous remercie pour votre participation et votre engagement auprès de la population !

Contact: Le Gérontopôle AURA - Mme GAULIER Chloé
Adress e-mail: 2020@gerontople-aura.fr



Annexe 18 : Affiche de diffusion du questionnaire

VOUS ÊTES **PROFESSIONNELS DE SANTÉ**
DANS LA RÉGION AUVERGNE-RHÔNE-ALPES
ET VOUS TRAVAILLEZ AUPRÈS DE
PATIENTS ÂGÉS DE PLUS DE 60 ANS ?

MÉDECINS, INFIRMIER(E)S, AIDE-SOIGNANT(E)S,
PROFESSIONNELS DE RÉÉDUCATION..
LIBÉRAUX OU HOSPITALIERS

VOTRE AVIS NOUS INTÉRESSE !

PARTICIPEZ À NOTRE QUESTIONNAIRE SUR
VOTRE PRATIQUE PENDANT LA CRISE
DU COVID-19
EN CLIQUANT SUR L'IMAGE

ANONYME ET CONFIDENTIEL
DURÉE: 10 MINUTES

GÉRONTOPOLE
AUVERGNE RHÔNE-ALPES
DESIGN - SANTÉ - NUMÉRIQUE

CHAIRÉ
SANTÉ
DES AÎNÉS
INGÉNIERIE DE
LA PRÉVENTION

CONTACT: 2020@GERONTOPOLE-AURA.FR

Le lien hypertexte menant au questionnaire n'est plus disponible actuellement.

Annexe 19 : Tableau thématique du guide d'entretien

Thèmes	Sous-thèmes
Données socio-démographiques	
Implication dans la crise sanitaire	
Organisation sanitaire pendant la pandémie de la COVID-19	
	Gestes barrières
	Gestion des ressources (humaines et matérielles)
	Prise en charge des patients âgées COVID
Impacts de la pandémie sur la prise en charge des patients âgées NON-COVID	
Conditions facilitatrices	
Difficultés/craintes	
Ressenti personnel	
Besoins/suggestions	
Perspectives d'évolution de la pandémie	

Annexe 20 : Retranscription de l'entretien semi-directif entre l'enquêteur et le sujet

Professionnel de santé : Projet ARECOVID

Retranscription entretien 8 :

Le 29/05/2020, durée : 30,56 min

Contexte : 20 jours de déconfinement suite à la crise sanitaire du COVID-19

- Entretien téléphonique

Participants : professionnel de santé Sujet 8 / interviewer I

I : Est-ce que déjà vous pouvez me rappeler votre profession ? M'expliquer un peu le service dans lequel vous travaillez ?

Sujet 8 : Oui, oui. Donc je suis médecin assistant chef de clinique en maladies infectieuses donc au CHU de (ville**). Hum... donc c'est un service à la fois d'hospitalisations complètes et service de consultations et hôpital de jour avec 20 lits d'hospitalisations complètes en temps normal. Hum... La sur la période de COVID le service a été réorganisé à plusieurs reprises pour pouvoir à la fois faire face à l'afflux de patients pendant la première grande vague qu'on a eu et puis là, dans un second temps, réorganiser pour pouvoir reprendre les patients dont l'isolement au domicile n'est pas possible.

I : D'accord, oui. Vous pouvez m'expliquer un peu tous ces changements ? comment se sont-ils mis en place par exemple ?

Sujet 8 : Oui, alors au tout départ ça a été, en fait ça a été assez progressif. Sur la phase 2 de l'épidémie ce qui était prévu c'était de pouvoir essayer d'hospitaliser tout patient positif que ce soient les patients à risques de formes graves ou pas et en fait après, du fait de l'afflux important de patients on s'est progressivement organisé pour ne prendre plus que les patients ayant des critères d'hospitalisation et ou des facteurs de risques de formes graves dont les sujet âgés.

I : D'accord

Sujet 8 : Après, on a dans un premier temps fait un secteur de 10 lits COVID et un secteur de 10 lits non-COVID, ça, ça a duré environ une semaine, jusqu'à finalement faire un secteur entier d'hospitalisations complètes en ayant que des patients COVID et ça a duré jusqu'à il y a environ 3 semaines à peu près.

I : D'accord, et donc à ce moment-là, les patients qui venaient pour des motifs non-COVID, ils étaient redirigés où ?

Sujet 8 : Sur les autres services qui ne prenaient pas en charge des patients COVID. En fait finalement on a été quand même très très peu sollicité pour des non-COVID pendant cette période. Donc c'était soit sur des services du genre cardiologie, médecine interne et thérapeutique, ou sinon la médecine interne a

été sollicitée également. Mais ils ont pu faire un secteur COVID et un secteur non-COVID. Donc il pouvait prendre sur le secteur non-COVID certains patients ou types de patients qu'on auraient pu avoir en temps normal.

I : D'accord, très bien, et donc vous m'expliquiez qu'il y a eu moins de consultations qu'en temps normal c'est ça ?

Sujet 8 : Et bien pour les consultations on s'est adapté aux directives hein, à savoir limiter et privilégier au maximum tout ce qui était téléconsultation. Et donc on a, nous dans le service, maintenu quasiment aucune plage de consultations habituelles pendant la période du pic épidémique.

I : D'accord, et finalement ces téléconsultations se faisaient par visio ou par téléphone ?

Sujet 8 : Alors par téléphone principalement parce que la visioconférence était pas totalement utilisable à ce moment-là et globalement, enfin pour ma part je le faisais par téléphone et je pense que mes collègues aussi principalement.

I : D'accord, et donc est-ce que vous avez rencontré des difficultés pour faire ce genre de consultations avec les personnes âgées ?

Sujet 8 : Ça dépendait, alors moi pour les patients que j'ai pu appeler, je passais par la famille et souvent on a les contacts familiaux, et comme c'étaient des patients que je connaissais d'avant, généralement j'étais déjà eu des contacts avec les familles et donc c'est via les proches que j'ai pu faire un peu le point sur ces patients-là.

I : D'accord, très bien. Merci. Et donc vous m'expliquiez qu'il y avait, pendant la grosse vague, 20 lits pour les patients COVID...

Sujet 8 : Oui, mais ça c'était pour notre service seulement, il y avait d'autres services au sein du CHU qui étaient mobilisés pour les patients COVID. S'il n'y avait eu que notre service on ne s'en serait pas sorti. Et par chance on a eu, donc pour ce qui est de la gestion des patients en gériatrie, on a eu une unité entière de gériatrie, de gérontologie clinique qui a été ouverte à la (nom de l'hôpital**). Et elle permettait principalement soit d'accueillir des patients provenant d'EHPAD directement, dont le maintien à l'EHPAD était impossible, soit d'accueillir des patients qui avaient passé la phase un peu aigüe dans les services de médecine classique, pour pouvoir faire de la rééducation éventuellement avant leur retour à domicile.

I : D'accord, très bien, et donc qui décidait de cette orientation ?

Sujet 8 : en fait, il y avait un médecin de l'unité mobile de gériatrie qui passait régulièrement dans les services, voir quasi de façon quotidienne en fait, pour justement faire le point avec nous, faire la liaison et essayer de voir quel patient serait dans les critères on va dire pour quitter un service de médecin aigüe et pouvoir partir justement sur le service de gérontologie clinique. Et le fait justement qu'ils viennent de

façon quotidienne ça permettait nous de ne pas nous retrouver complètement encombré par des patients donc la prise en charge respiratoire n'était plus au premier plan mais où on était plus dans des complications gériatriques de cascades polypathologiques quoi.

I : D'accord très bien, et vous pouvez m'expliquer en quoi consiste ces critères ? vous me parlez de difficultés respiratoire, est-ce qu'il y en a d'autres ?

Sujet 8 : Non, ça a été principalement ça au premier plan, dans la grosse vague c'étaient vraiment les difficultés respiratoires au premier plan. Quand ça commençait un petit peu à se calmer, on a des patients un peu plus âgés d'EHPAD, où là, c'étaient des gens d'avantage dépendants, souvent déments, et on se retrouvait dans des situation où dans les EHPAD, c'étaient les premiers cas et donc l'idée était justement d'extraire le patient concerné de l'EHPAD pour ne pas contaminer d'autres résidents. Et ça, c'étaient des patients auxquels on était pas vraiment habitué parce que ce n'était pas les même types de patients que nous avons eu durant la première grosse vague. Je pense qu'en quelques sorte les services de médecine aigue ont été pas mal protégés dans le sens où les patients dépendants ont été d'emblée dirigés vers la service de gérontologie clinique.

I : d'accord, donc vous avez misé sur une solidarité entre les services

Sujet 8 : Oui, complètement et ça a permis d'éviter les embouteillages sur nos services à nous et pour nous permettre de continuer à tourner ce qui fait qu'on avait des patients de l'ordre de la moyenne d'âge de 70-80 ans et pas plus parce que justement les plus âgés étaient d'ores et déjà trainés dans le service de gérontologie clinique, et donc cette meilleure autonomie des patients nous permettait de tourner plus vite et d'absorber plus facilement la vague qui a eu lieu. Je pense que ça a été indispensable et à mon avis, c'est ce qui fait que nos services n'ont pas été saturés, enfin je pense que c'est l'un des élément qui fait qu'on a pas été saturé dans la prise en charge, c'est que très rapidement le professeur (nom**) a organisé ça avec l'équipe de gériatrie à la fois pour nos services à nous, pour aller directement dans les EHPAD et pour mettre en place des moyens matériels et humains dans les EHPAD pour ne pas saturer le système hospitalier.

I: D'accord, merci. Et en ce qui concerne l'afflux de patients est-ce qu'il vous a arrivé finalement de devoir finalement choisir entre deux patients selon la gravité ?

Sujet 8 : Nous, non. Les choix de ce genre-là se sont fait sur les admissions en réanimation mais pas forcément sur les admissions dans notre service donc à savoir si le patients avec tel âge. Enfin non, on ne regardait pas sur l'âge on regardait si le patient était âgé dépendant et nécessite d'être extrait de l'EHPAD et d'être admis en secteur hospitalier, enfin s'il y a une place qui est disponible directement en gérontologie clinique, c'est bien et si c'est pas le cas et bien oui on le prend dans notre service, et s'il y a besoin on le prend dans un autre service encore de médecine aigue. Par contre si le patient en effet provenant d'une EHPAD nécessite, ou qu'il a plus de 80 ans, c'est une décision qui a été un peu arbitraire

et qui est une décision qui a été prise conjointe avec le service de réanimation du GHT, que les patients de plus de 80 ans ne seront plus admis en réanimation. Ça oui, ce sont des situations auxquelles nous avons été confrontées mais c'est aussi ce qui a fait que des services de réanimations n'ont pas été saturés.

I : D'accord, et est-ce que ces décisions sont aussi prises avec la famille ?

Sujet 8 : Alors, en fait ce qu'il se passait c'est qu'on en parlait dans un premier temps avec un réanimateur. Il y avait toujours un réanimateur disponible pour statuer sur le dossier du patient. Et dans un second temps ce qu'on faisait c'est que soit le patient se dégradait et à ce moment-là on expliquait à la famille qu'il avait été décidé avec les réanimateurs de ne pas l'admettre en réanimation, soit il n'y avait pas de dégradations et pas lieu d'aborder le sujet dans ce cas-là, on en parlait pas parce qu'on avait l'impression que c'était davantage génératrice d'angoisse. C'est-à-dire que le patient va bien et il nécessite d'être hospitalisé et on va dire à la famille « ben vous savez, si ça se passe mal, on ne va pas en réa ». Et on avait l'impression qu'en faisant ça et bien ouais, c'était anxiogène au possible et que ça engendrait davantage de questions. Parce que quand finalement ça se passe bien et que le patient ne nécessite pas tout ça, on se dit « mais pourquoi les avoir confronté à ce questionnement alors qu'il n'en a pas eu besoin ». Et c'est pareil pour le patient, enfin c'est difficile d'aller voir le patient qui finalement ne va pas trop trop mal « ben écoutez, vous savez quoi, si ça s'aggrave, on ira pas en réa ». Enfin voilà... Ben... c'est difficile à expliquer. Enfin nous on l'a mal vécu, on l'a fait au départ, c'est ce qu'on s'était dit. Parce qu'il y a eu un comité réunion d'éthique avec (nom**) qui est président du comité d'éthique (nom du comité**) où justement on s'était dit « ben on essaie au maximum d'informer la famille, d'informer le patient de ces décisions » et en fait, elles sont pas si simples à expliquer quand le patient va bien en face de vous. Quand vous êtes face à un patient qui désire, nécessite d'être amené en réanimation sur le moment, ben oui, là dans ces cas-là, on explique à la famille que l'état est trop grave et que s'il va en réanimation, ça ne passera pas donc bon, on essaie de faire au maximum dans le service pour le sortir de là mais qu'on irait pas faire des mesures invasives. Ça ce sont des choses qu'on explique sur la phase aigüe, enfin au moment où ça se passe mal mais pas au moment où tout va bien quoi.

I : D'accord oui, et donc finalement justement si on s'intéresse à cet impact psychologique, est-ce que vous avez des dispositifs mis en place ?

Sujet 8 : Alors, il y a une cellule qui a été mise en place sur le site de (ville**).

I : Est-ce que vous savez un peu son fonctionnement ?

Sujet 8 : Oui, alors c'est un cellule de soutien téléphonique, je ... enfin moi personnellement je ne l'ai pas sollicité et je suis pas sûr qu'il y ait beaucoup de personne de notre équipe qui l'a fait, mais on avait la notion qu'on pouvait les joindre je crois à peu près 24h pour justement si on était dans une situation qui nous paraissait compliquée à vivre pour nous, donc on avait cette possibilité-là. Et ça a été mis en

place Je ne sais plus la date exacte. Mais j'ai l'impression que c'était environ une semaine après le début de la grosse vague.

I : D'accord, très bien. ET donc finalement il y a pas eu plus de besoin que ça auprès des soignants ?

Sujet 8 : Je pense que si, il y a eu du besoin. Mais en fait on a pas eu le sentiment de faire la démarche d'appeler nous-même. Enfin on aurait je pense plus nécessiter d'avoir une personne présente sur place pour venir à notre rencontre plutôt que de devoir prendre le téléphone et réexpliquer où on en est, c'est pas pareille quoi. Je pense que dans le service oui, il y a eu des situations très compliquées ou on a enchaîné les décès, de patients plus ou moins âgés mais globalement quand même si, assez âgés. Et je pense que c'est un petit peu partout pareille mais on a beau être confronté aux décès, il y en a quand même de temps en temps mais ça a été sur une période beaucoup plus courte et davantage. C'est-à-dire que nous dans le service en moyenne on a un peu près 6 décès par an. Là en l'espace de 10-15 jours on avait 10 décès, donc ce sont des choses auxquelles on était pas habitué, et puis le contexte de détresse respiratoire, c'est jamais la situation qu'on aime gérer pour des soignants, parce que c'est anxiogène à la fois pour les patients, les familles, et les soignants parce que finalement il n'y a pas grand-chose qui permet de calmer ça...

I : Oui, est-ce que ce sont des missions que vous avez l'habitude de faire en service d'infectiologie ?
Donc les détresses respiratoires.

Sujet 8 : On en a de temps en temps oui quand même, donc sur les pneumopathies, sur les grosses gripes... on en a mais jamais de façon aussi fréquente et aussi importante. Et donc pour vous donner un exemple hein, nos patients COVID, on a même revu quelque part nos repères puisqu'un patient en temps normal, en plein hiver qui fait une pneumopathie, dès qu'on commençait à être à 5/6L d'oxygène, c'est déjà un patient qu'on a déjà présenté aux réanimateurs voir même déjà transféré en réanimation. Là pendant la période COVID, être sous 5/6L d'oxygène c'était même plus quelque chose qui nous inquiétait, c'est quand on commençait à être à 8/9L qu'on commençait à se dire « olala, ça se passe pas très bien ». En fait on a revu carrément nos critères de sévérité différemment. On s'est un peu en quelques sorte déstressé en se disant, bon 5/6L finalement bon... on s'inquiétait avant mais quand on voit le COVID, c'est pas tout à fait pareille quoi.

I : Oui, et vous pensez que ça changera dans votre pratique future ?

Sujet 8 : Je pense ouais, je pense que ça peut avoir un impact. Et on s'est tous fait la réflexion hein de se dire qu'avant, ce 6L ce patient on l'avait déjà mis en réanimation, là, sous 6L ben oui il est dans le service et oui on va le garder chez nous pour plusieurs raisons, parce qu'on se disait que si on commençait à les mettre à 6L en réanimation il y aurait vite plus de place en réanimation. Alors on s'est dit qu'il fallait vraiment que ça passe dans le service donc voilà... on a du coup des patients qu'on a tenus un petit peu sur le fil à 8/9L et puis petit à petit... en passant une semaine comme ça, ça a suffi et ils se sont

améliorés derrière et on leur a évité de passer par la réanimation. A la fois sur l'intubation et à la fois parce que les transferts en réanimation sont quand même assez traumatisants pour nos patients. Donc finalement on se dit qu'on a certains pour lesquels on a rendu service en se disant qu'il fallait juste serrer les fesses, attendre un peu, essayer d'être moins stressé et voilà...(rires).

I : (rires) donc finalement, vous avez réussi à dédramatiser un petit peu...

Sujet 8 : C'est ça c'est ça, complètement.

I : Et quand vous me parliez de la présence plus qu'habituelle des fins de vie. En ce qui concerne les visites des proches, comment ça se passait ?

Sujet 8 : Alors... en temps normal, pendant la vague, ce qui avait été établie c'est que les internes emmenaient en médecine appelaient tous les jours la personne de la famille référente du patient pour donner des nouvelles, qu'il aille bien ou qu'il aille pas bien, ça s'était établit comme ça. Donc la situation où le patient devait partir en réanimation, et bien souvent ça se fait un peu en catastrophe donc on a pas trop le temps de faire venir le proche au lit du malade mais par contre on les appelle une fois que le transfert en réanimation est fait. Dans la situation où on est sur ... enfin ou on présent une aggravation et où la fin de vie est proche voir imminente. On s'est dit que bon et bien tant pis pour les mesures et précautions d'isolement, ça nous paraissait totalement inhumain que la personne ne puisse pas revoir sa famille donc on a autorisé en général 2 membres, des fois un peu plus parce que voilà...chaque cas est un peu exceptionnel, il nous est arrivé de faire venir trois personnes d'une même famille pour dire au revoir à son proche. Il nous est arrivé aussi de gérer via des applications, via WhatsApp, via Skype, en se servant des téléphones des soignants qu'on mettait sous pochettes pour que voilà, pour que justement les proches, enfin les patients, puissent voir quand même certains membres de la famille qui étaient pas dans les environs et pour qu'ils puissent quand même dire au revoir.

I : Oui, et donc cette façon de communiquer par les outils numériques se faisait uniquement pour les fins de vie ou aussi pour les autres patients ?

Sujet 8 : Non on le faisait pour d'autres patients en effet, on a eu le cas d'un patient sourd-muet qui est décédé quand même de son infection, mais avant le décès on a fait des, via Skype, on s'est débrouillé autrement... Après c'est quand même très chronophage aussi et rien que le fait d'appeler les familles, enfin toutes les familles tous les jours, c'était quand même très chronophage pour les internes, il y avait énormément de turnovers c'est-à-dire de roulements de patients qui nécessitaient aussi pour certains beaucoup de soin ou beaucoup de vigilances, d'attention et d'examens... et du coup on peut pas toujours forcément répondre non plus au moment où la famille le souhaiterait. L'idée d'établir ce contact téléphonique, c'était justement aussi une façon de dire « ben écoutez, n'appelez pas sans arrêt, on vous appelle de toutes façons tous les après-midi ». ça permettait aussi de soulager les infirmières pour qu'elles ne soient pas toute la journée au téléphone parce que les familles les sollicitent. Parce qu'elles

avaient aussi besoin de temps pour s'occuper des patients et quand vous avez 10 familles qui vous appellent dès le matin aussi vous n'avez pas le temps de vous occuper des malades et donc on leurs disait que le médecin les appellera tous les après-midi et que ça ne sert à rien qu'ils appellent eux et qu'ils auront des nouvelles quoi.

I : D'accord, et est-ce que votre service s'est aussi occupé du maintien à domicile ?

Sujet 8 : Alors il y a une application qui a été mise en place pour le suivi à domicile des patients qui nécessitaient pas d'hospitalisation pour le COVID, mais ça c'étaient globalement des patients qui étaient quasi-autonomes enfin c'était dans l'ensemble des patients plus jeunes, des soignants qui ont été dépistés positifs par exemple. Pour la suite on a organisé très peu d'HAD. Pour les patients âgés en fait, on a eu principalement comme porte de sortie pour les patients âgés le service de gérontologie clinique de la (nom de l'hôpital**). Donc c'est surtout ça qui nous a sortie de là et les SSR et bien on en a envoyé très peu finalement des SRR et pour les patients d'EHPAD, si c'était possible ils y retournaient directement. Il nous est arrivé de retourner directement des patients à l'EHPAD une fois que la partie critique est passée.

I : Du coup il y a eu une grande coopération encore une fois.

Sujet 8 : Oui, oui, oui je suis satisfaite je trouve que ça s'est plutôt bien organisé dans l'ensemble.

I : Oui, est-ce que vous pouvez me parler de la gestion du personnel, par exemple des changements d'horaires ou des renforts ?

Sujet 8 : Oui, oui, alors les horaires ont changé, c'est-à-dire que les filles donc infirmiers, aides-soignants ... enfin je dis les filles mais il y a des garçons. Ils étaient en 8h et ils sont passés en 12h. Elles... enfin on avait une infirmière et une aide-soignante pour 10 malades en temps normal hors épidémie de COVID et là on est passé pour les infirmières à une infirmière pour 5 malades COVID et les aides-soignants... je ne suis plus sûr mais c'est pareil, on a eu un renfort aide-soignant et j'en suis sûre de ça. Oui on a eu aussi 1 pour 5 qui était aide-soignant il me semble. Et ce qui a largement, enfin ce qui a beaucoup aidé quoi, enfin un patient COVID en valait largement deux en temps normal, ne serait-ce que le fait de s'habiller à chaque fois hein, pour le temps consacré à l'habillage et au déshabillage, c'était pas gérable de rester organisé comme on l'était auparavant et finalement oui, on a eu beaucoup de renfort de personne provenant d'autres service, on a eu je crois un infirmière scolaire qui est venue nous aider qui avait quitté le milieu hospitalier il n'y a pas si longtemps et qui se sentait de venir nous donner un coup de main donc... On a ... je ne crois pas qu'on se soit retrouvé en difficultés de ce côté-là.

I : D'accord, c'est déjà un bon point. Est-ce que vous pouvez maintenant me parler de vous, personnellement qu'est-ce qui vous a aidé au mieux à gérer la situation, ça eut être d'un point de vue personnel ou organisationnel.

Sujet 8 : Alors, au niveau organisationnel, ça a été compliqué parce que le service d'infectiologie, on était en première ligne dès le début, avant même que la vague n'arrive, quand on savait que l'Italie était déjà très touchée il a fallu nous-même nous organiser pour pouvoir faire des dépistages un peu larges pour des patients revenant d'Italie ou de Chine. Donc dès cette période-là on était déjà très impliqué et nos horaires se sont vus largement rallongé et notre temps de sommeil je pense largement diminuer en conséquent. Pendant la période même de l'épidémie de la vague, on était un peu sollicité de toutes parts et on s'est un peu organisé dans le service pour que chaque médecin ait une tâche donnée. Et je trouve c'était bien organisé comme ça. Donc un tel était dans tel ou tel service d'hospitalisation complète, un tel gérait le téléphone, un tel gérait les études et les recherches cliniques... et on y définissait une semaine à l'avance ce qui nous permettait de savoir un peu où est-ce qu'on était et de ne pas se marcher les uns sur les autres donc voilà, mais ça restait quand même énormément, énormément d'activité. On a eu beaucoup de week-end passés à l'hôpital également avec certaines journées très très longues. Au tout début de la crise, fin mars début avril on était plusieurs à finir à 22-23h en y étant depuis 8h du matin. C'était un petit peu rude et compliqué pour nous, ça pouvait paraître démotivant. Après à partir du moment où le confinement s'est mis en place on a vite vu le nombre décroître et commencé à souffler et ce qui a aidé aussi c'est que les autres services de l'hôpital se sont mis à prendre en charge les gens et à s'investir dans la gestion des patients atteints du COVID et ça a permis de décharger un peu tout le monde sur notre unité. Après je sais que pendant plusieurs semaines dans la suite de la vague, je ne dormais plus et je faisais des cauchemars à peu près toutes les nuits quoi, mais c'est rentré dans l'ordre après mais ça nous a vraiment limité... j'ai dû prendre des traitements parce qu'il a fallu à un moment donné arriver quand même à dormir mais une fois que voilà, une fois que j'ai eu cassé un peu cette état d'esprit là, et le traumatisme que ça a été, ça va bien mieux depuis ouais...

I : D'accord oui, donc il est arrivé un moment où vous aviez vraiment du mal à travailler auprès des patients ?

Sujet 8 : Oui, vraiment

I : Et vous avez eu des techniques spécifiques pour vous remotiver par la suite et aller mieux hormis le traitement médicamenteux ?

Sujet 8 : Pardon, des quoi ?

I : Qu'est-ce qui vous a permis finalement d'aller mieux ?

Sujet 8 : Alors... oui, traitements hein parce que si, il a fallu prendre de la diazépine quand même pour pouvoir arriver à dormir et puis... sinon je pense que voilà, le fait que ça se calme quand le confinement a été mis en place, le fait qu'on ait pu souffler et qu'on a pu parfois certains prenaient une journée dans la semaine pour être un peu off et avoir une espèce de coupure. Donc ça de temps en temps ça a pu être possible quoi, et ça a aidé quand même à souffler mais voilà... je sais que certains de mes collègues

restent encore vraiment fatigués et ce que je peux comprendre hein, ça a sollicité... enfin on le savait de toutes façons dès le départ que ça nécessiterait de tenir sur le long terme... Voilà.

I : D'accord, là vous m'avez parlé des éléments qui vous ont aidé à gérer au mieux, est-ce qu'au contraire vous pensez à des éléments qui ont été plus compliqué et qui vous auraient freinés dans la gestion de cette crise ?

Sujet 8 : Alors, on a trouvé très très long le déclenchement du stade 3 de l'épidémie parce qu'on était déjà noyé sous les cas et qu'on se disait que c'était pas possible, il fallait absolument que ce soit organisé différemment, on ne continue pas comme ça. Et finalement le déclenchement du stade 3 correspondait au moment où la vague est arrivée et puis finalement pff... ça n'a pas changé grand-chose à notre situation parce qu'on s'est dit que les bars fermaient et que c'était pas le moment pour nous (rires). Voilà c'était une période compliquée... non je ne sais pas s'il y a des choses qui ont freiné, je ne suis peut-être pas la mieux placée pour répondre à cette question parce que je n'ai pas tous les éléments de la direction. Après si pour le coup il y a eu deux ou trois petites choses parce qu'on a eu proposé des solutions pour mieux s'organiser sur par exemple le dépistage puisqu'au début on a commencé en dépistant vers le centre des urgences au (nom d'un laboratoire**), sur une pièce dédiée puis finalement quand on a vu que ça suffisait plus, on a demandé à la direction d'essayer de mettre en place une fameuse pente pour aller plus vite, mobiliser plus de personnes et augmenter les capacités de dépistages... et ça, ça n'a pas été entendu du tout par la direction et le motif retenu c'était que pour l'image du CHU, c'était pas très bon. Sauf qu'en fait l'image du CHU, à cette époque on s'en fichait un petit peu. Enfin à mon sens. On avait quand même pas mal les mains dans le cambouis et il fallait trouver une solution plus vivable, plus pérenne pour augmenter les capacités de dépistages et soulager un peu tout le monde mais en fait on a pas été à ce moment-là bien entendu côté de la direction.

I : D'accord, sinon vous pensez à des dispositifs ou des outils qui peut-être pourrait vous aider ? Vous m'avez parlé d'un questionnaire déjà mis en place.

Sujet 8 : Ouais... là comme ça...

I : Si vous n'avez pas d'idées...

Sujet 8 : Non, non... mais après c'est vrai qu'un fois que la crise est passée on se dit que (rires)... après c'est étonnant comme le... la distorsion du temps quoi. J'ai l'impression que c'était il y a six mois alors que c'était il y a à peine deux mois.

I : Ah mais donc vous voyez vraiment un retour à la normal finalement ?

Sujet 8 : Ah mais oui, oui ça paraît loin et c'est assez étonnant parce que oui, ça fait deux mois mais je pense aussi qu'il y a un décalage entre ce que les gens ont vécus à la maison confinés et ce que nous on a vécu ici, ce que les patients ont vécu aussi mais oui, là on voit clairement un retour à la normale, on

reprend un activité eu... en étant pas complétement à l'activité antérieure mais quand même pas mal ouais. Le COVID est plus au premier plan dans ce qu'on... dans ce qu'on voit au quotidien maintenant de la gestion à l'hôpital.

I : Oui, et vous voyez des différences maintenant sur les motifs de consultations ?

Sujet 8 : Alors sur les motifs d'hospitalisations on a l'impression qu'il y a des cas plus sérieux, ou en tous cas des choses qui ont l'air d'avoir trainées et qui auraient pu être pris en charge de façon plus précoces, ça oui. On a un peu tous cette sensation mais on a pas... enfin ça déborde pas non plus quoi. Après, en fait notre activité sur les consultations même je ne crois pas que ce soit le cas, sur par contre l'activité des avis, c'est-à-dire qu'on est sollicité pour donner des avis pour les autres services du CHU ou pour les autres hôpitaux du groupement hospitalier, eu... là oui, je pense vraiment qu'on va avoir le droit oui en effet à des choses qui auront trainées et où les patients vont se mettre à consulter aux urgences pour des choses qui auraient peut-être pu être prises en charge très tôt et on aurait peut-être pu en effet se retrouver face à des cas et à des situations plus graves et plus embêtantes ouais. On le redoute un petit peu, on a l'impression que c'est ce qu'il se profil ouais.

I : Oui, d'accord. Donc ça, ce sont les craintes actuelles, est-ce que vous aviez d'autres craintes notamment pendant la grosse vague ? Par exemple concernant la contamination ?

Sujet 8 : Alors moi personnellement sur la contagion non, parce que vivant seule j'étais pas très très inquiète et je n'allais pas rendre visite à mes proches et à ma famille qui habitent dans la région pour ne pas risquer de les contaminé. Je n'étais pas inquiète pour moi-même mais peut-être parce que je suis jeune et que je me disais que je ne risquais pas grand-chose. Vis-à-vis de mes collègues même, on a essayé tous de respecter les mesures de distanciation. C'est-à-dire que les réunions se faisaient de manière un peu espacées, avec nos masques systématiquement. Voilà... après je sais que mes collègues étaient pas non plus particulièrement inquiets pour le risque de transmettre eux-mêmes à leurs enfants ou à leur conjoint ou conjointe. Il y a eu des questionnements hein de la part des soignants, des infirmières notamment vis-à-vis de leur famille et du moment qu'elles se sont aperçue qu'en fait il y avait quand même très très peu de cas pédiatrique, je pense que ça a rassuré un peu tout le monde et il n'y a pas eu trop d'angoisses par rapport à ça.

I : D'accord, ben merci beaucoup, vous avez répondu à toutes mes questions.

Sujet 8 : Bon et bien tant mieux (rires)

I : Est-ce que je peux juste vous demander votre âge ?

Sujet 8 : Oui bien sûr (rires) je sais même plus... 33 ans !

I : D'accord (rires) et vous travaillez dans ce service depuis combien de temps ?

Sujet 8 : Depuis un an et demi, depuis octobre 2018.

I : d'accord, parfait. Merci beaucoup pour votre participation.

Sujet 8 : Je vous en prie, bon courage pour la suite.

I : Bonne journée, merci à vous aussi.

Sujet 8 : A vous aussi, aurevoir.

Annexe 21 : Les différentes étapes du codage

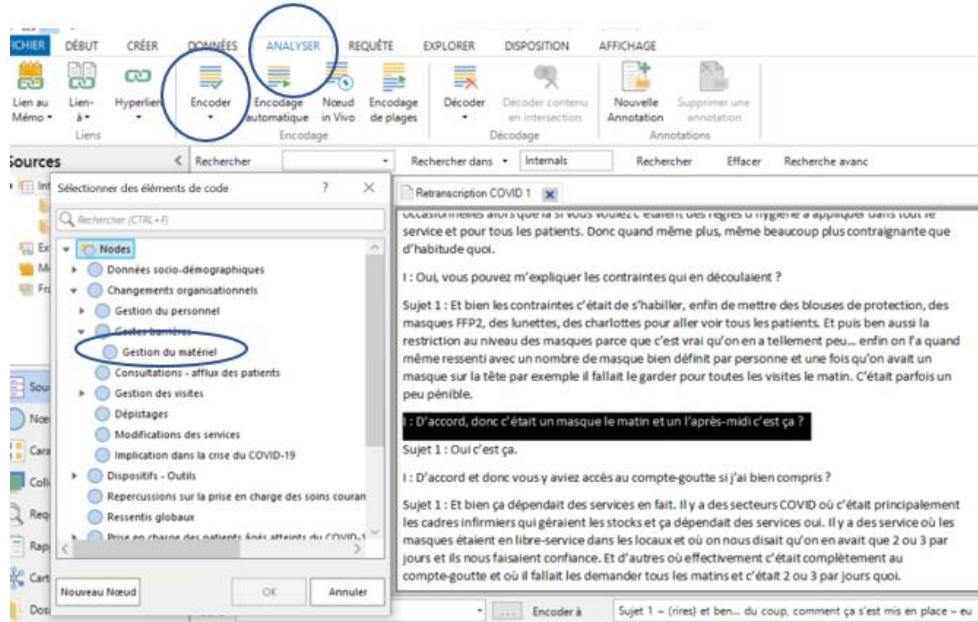
Etape 1 : Insertion des « sources » dans le logiciel Nvivo (retranscriptions)

Nom	Noeuds	Références	Créé le
Retranscription COVID 1	21	103	17/06/2020 10:48
Retranscription COVID 10	21	79	23/06/2020 09:56
Retranscription COVID 2	17	58	18/06/2020 14:08
Retranscription COVID 3	19	53	18/06/2020 14:54
Retranscription COVID 4	18	57	18/06/2020 15:36
Retranscription COVID 5	14	39	22/06/2020 10:35
Retranscription COVID 6	20	82	22/06/2020 11:16
Retranscription COVID 7	20	52	22/06/2020 12:13
Retranscription COVID 8	18	64	22/06/2020 15:05
Retranscription COVID 9	21	80	22/06/2020 16:17

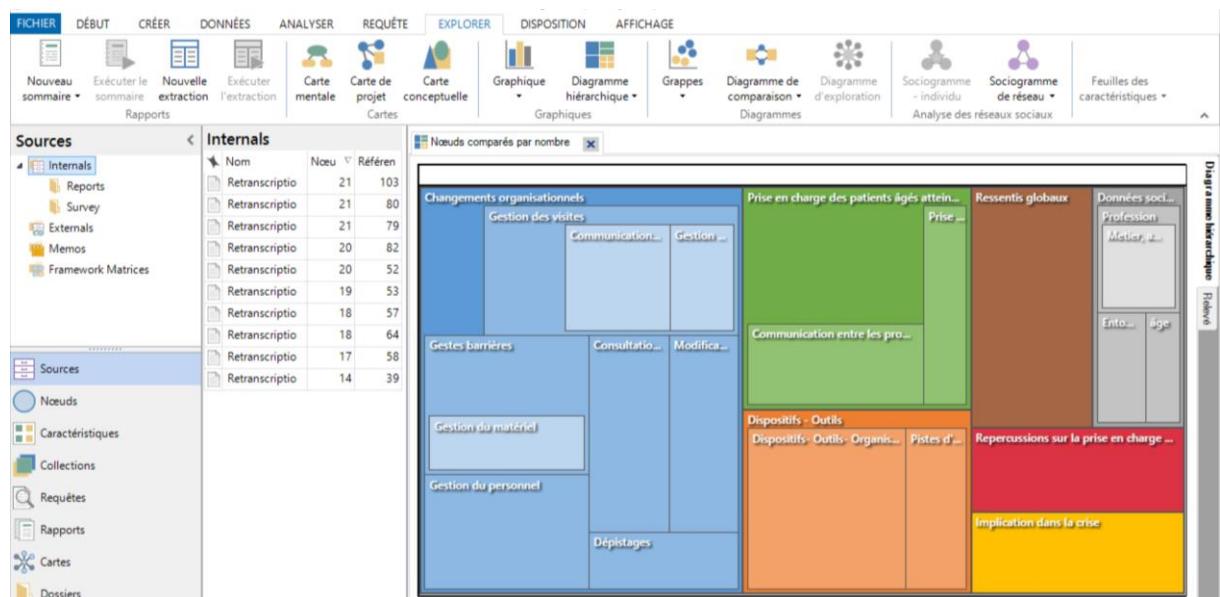
Etape 2 : Création des nœuds (thèmes et sous-thèmes). Des nœuds peuvent être ajoutés/modifiés en même temps que nous encodons.

Nom	Sources	Références	Créé le	Créé par
Données socio-démographiques	0	0	17/06/2020 10:50	CG
Profession	0	0	18/06/2020 09:57	CG
Metier, ancienneté et fonctions	10	23	18/06/2020 09:57	CG
Entourage proche	9	14	18/06/2020 09:57	CG
âge	10	10	18/06/2020 09:57	CG
Dispositifs - Outils	0	0	17/06/2020 11:02	CG
Pistes d'améliorations (dispositifs, outils, organisation..)	9	25	18/06/2020 09:57	CG
Dispositifs- Outils- Organisations pendant la pandémie	10	65	18/06/2020 09:57	CG
Changements organisationnels	8	18	17/06/2020 11:01	CG
Repercussions sur la prise en charge des soins courants - l'é	10	39	18/06/2020 09:57	CG
Ressentis globaux	10	63	18/06/2020 09:57	CG
Prise en charge des patients âgés atteints du COVID-19	10	52	23/06/2020 15:22	CG

Etape 3 : Encoder chaque retranscription une par une. Pour cela, , cliquez sur « analyse » puis surligner chaque citation en lien avec les thématiques et les classés dans le nœud approprié en cliquant sur « encoder ».



Etape 4 : En cliquant sur « explorer », il est possible d'effectuer de nombreuses analyses telles que des cartes mentales, des graphiques ou des diagrammes hiérarchiques.



Etape 5 : Référencement des données encodées : L'ensemble des citations encodées sont disponibles dans leurs nœuds de références. Il est possible d'exporter ces référencements en format Word pour

pouvoir les interpréter plus facilement. Voici l'exemple de référencement du nœud « Gestion des fins de vie » sur le logiciel Nvivo, puis une fois exporté.

Nœuds

Nodes

Nom	Sources	Références
Donnée	0	0
Prof	0	0
âge	10	10
Ento	9	14
Change	8	18
Gest	9	44
Gest	10	29
G	8	25
Con	8	37
Gest	7	24
C	9	33
G	8	20
Dép	9	20

Faites glisser la sélection ici pour encoder vers un nouveau nœud

<Internals\Retranscription COVID 1> - § 4 références encodées [Couverture 6,03%]

Référence 1 - Couverture 1,27%

C'était difficile et pour les patients et pour les familles et pour le personnel hein. Parce qu'on avait des patients qui étaient en fin de vies et qui finalement allait décédés. Et on ne pouvait pas faire comme d'habitude. On pouvait appeler les familles mais on ne pouvait pas leur permettre des visites. Et c'est quelque chose qui a vite changé. Au bout d'une semaine les fin de vies ont eu une visite autorisée de façon exceptionnelle. Mais c'étaient vraiment des familles de 2 personnes maximales et voilà.

Référence 2 - Couverture 0,97%

c'est la gestion des patients en fin de vies et des familles. Donc au tout début surtout parce que c'est vrai que voilà. On a un patient qui est en train de mourir de façon progressive dans sa chambre et ne peut pas voir ses proches, ni par Visio ni en présentiel. Donc c'est quand même assez terrible et pour le patient, et pour sa famille. Donc c'est ça qui m'a vraiment perturbé au début.

Référence 3 - Couverture 1,46%

Il n'y a pas eu enfin... il y a eu des reproches des familles et tout ça mais il n'y a pas eu d'attaques directes envers le personnels à dire que c'était pas humains par exemple.

Référence 3 - Couverture 1,46%

Il n'y a pas eu enfin... il y a eu des reproches des familles et tout ça mais il n'y a pas eu d'attaques directes envers le personnels à dire que c'était pas humains par exemple.

I : C'étaient des reproches plutôt sur quoi ?

Sujet 1 : Et bien c'étaient des reproches plutôt générales quoi. Comme quoi c'était quand même pas bien normal qu'ils ne puissent pas venir voir leurs proches en fin de vie ou des choses comme ça. Mais je pense que tout le monde était bien conscients que finalement que c'étaient des choses auxquelles tout le monde était soumis et qu'il n'y avait pas d'exceptions

Référence 4 - Couverture 2,33%

Et du coup... enfin en tous cas il n'y avait pas d'attaques personnelles envers le personnel médical et moi en tous cas personnellement je n'ai pas eu de problème avec les familles. Et bon comme je vous l'ai dit, l'interdiction des visites en fin de vie et tout ça, ça n'a pas duré bien longtemps hein. On s'est vite rendu compte que ce n'était pas correct et pas éthique et donc il y a des directives qui ont été prises.

I : D'accord, et donc ces directives étaient prises directement par l'hôpital ?

Sujet 1 : Et bien... j'avoue que je ne sais pas trop. Euh... honnêtement je ne sais pas trop. J'ai l'impression que c'était un peu un choix dépendant et que bon, il y a eu une progression de la direction mais je pense que quand même ça vient de la direction de l'hôpital mais après j'ai l'impression que c'était local parce qu'au début ils disaient « oui à Paris ils font déjà comme ça » donc je pense que c'était pas national mais plutôt local.

<Internals\\Retranscription COVID 10> - § 1 référence encodée [Couverture 2,41%]

Référence 1 - Couverture 2,41%

I : D'accord, pouvez-vous m'expliquez la gestion des fins de vies ?

Sujet 10 : On en a pas eu du tout, on a eu aucune fin de vie. Alors sur la maison de retraite on a eu un décès d'une dame suspectée COVID mais bon ça n'a pas été confirmé mais c'était... on va dire que pour moi elle est décédée d'autres symptômes que sont COVID.

I : oui, ce serait une comorbidité.

Sujet 10 : Exactement, elle n'est pas décédée à proprement parler du COVID.

I : D'accord, vous avez pu faire venir la famille ?

Sujet 10 : Non, c'était une mort assez brutale on va dire, on a pas eu le temps.

I : D'accord, donc vous n'avez pas à gérer eu ce genre de cas.

Sujet 10 : C'est ça.

<Internals\\Retranscription COVID 3> - § 2 références encodées [Couverture 2,99%]

Référence 1 - Couverture 1,24%

Sujet 3 : Alors on les autorisaient uniquement pour les patients en fin de vie donc quand on considérait que le patient n'allait pas bien, on avait à ce moment-là l'autorisation de... enfin si on le jugeait nécessaire on proposait à la famille de venir.

Référence 2 - Couverture 1,75%

I : D'accord. Et donc en ce qui concerne la gestion des fins de vies, vous en avez eu parmi les trois de votre service ?

Sujet 3 : Non, ils sont tous sorties.

I : D'accord, donc vous n'avez pas eu de difficultés en lien avec ça. Vous ne ressentiez pas le besoin d'un soutien psychologique en lien avec cela ?

Sujet 3 : Non à ce niveau-là, ça va.

<Internals\\Retranscription COVID 4> - § 4 références encodées [Couverture 10,34%]

Référence 1 - Couverture 0,64%

Enfin c'est... voilà... C'est difficile à gérer et c'est vrai qu'on a des familles qui après nous font des retours en se demandant si leur proche les a reconnu, s'ils ont bien compris exceptera...

Référence 2 - Couverture 2,58%

comme je vous l'ai dit au début, je travaille aussi dans un service de soins palliatifs, et d'oncologie et là aussi la restrictions des visites c'est quand même vraiment difficile. Mais bon là on se permet quand même des dérogations pour des patients en fin de vie ou des choses comme ça mais ça reste quand même un changement parce qu'habituellement les familles peuvent être auprès de leurs proches aussi souvent et aussi longtemps qu'elles le souhaitent et ça, ça c'est compliqué... ça, ça commence à devenir vraiment pesant pour l'ensemble des équipes médicales et paramédicales parce qu'on a l'impression que l'accompagnement de ses patients-là ne se fait pas dans les meilleures conditions, qu'ils ne peuvent pas profiter de leurs proches et donc ça, c'est vraiment difficile.

Référence 3 - Couverture 3,87%

I : Oui, d'accord. Très bien. Et donc vous me parlez de la gestion des fins de vies, c'est ce qui vous semble le plus compliqué actuellement si j'ai bien compris ?

Sujet 4 : Et bien actuellement, c'est extrêmement difficile de dire aux familles qui ont un proche qui est en fin de vie, de leur dire que les visites seront limitées, que c'est sur rendez-vous, que ça ne peut pas

être tous les jours. Et globalement, dans mon service ou on a une vingtaine de lits, on autorise une visite le matin, une visite l'après-midi. Donc quand vous faites ça sur l'ensemble des cinq jours de la semaine, ça fait en gros 10 visites par semaines, donc on est quasiment sur une visite tous les 15 jours par patient, donc c'est quand même pas beaucoup et donc c'est vraiment difficile à gérer. Et là les familles vraiment ne comprennent pas et on essaie de faire au mieux mais là on est quand même en difficulté et on essaie de donner au maximum des dérogations et des choses comme ça mais c'est... c'est très frustrant et ça donne clairement pas l'impression de faire un travail de qualité et qui est satisfaisant quand les gens ne peuvent pas accompagner leur proche jusqu'au décès.

Référence 4 - Couverture 3,24%

et au sein des EHPAD, lorsque les personnes sont en fin de vie les visites étaient quand même restreintes ?

Sujet 4 : Alors, quand les patients étaient en fin de vie, on autorisait quand même les familles à venir mais c'est pareil, ce qui est toujours difficile c'est qu'on prive les familles de venir voir le résident et qu'en gros on leur passe un coup de fil pour leur dire que là il est clairement moins bien, et qu'il peut mourir à tout instant, et donc là ils peuvent venir mais ils auraient peut-être aimé venir avant, passer du temps quand il était un peu mieux. Et ouais... les faire venir vraiment au dernier moment c'est mieux que rien mais ça engendre quand même de bien mauvaises sensations pour les familles que de venir quand les patients étaient vraiment somnolent, inactif et qu'on ne pouvait plus échanger avec lui alors que quelques jours au paravent ils auraient pu échanger encore certaines choses. Ils auraient pu se dire adieu d'une meilleure manière quoi.

<Internals\\Retranscription COVID 6> - § 3 références encodées [Couverture 2,70%]

Référence 1 - Couverture 0,29%

on accueillait des patients, enfin des familles qui venaient voir leur proche en fin de vie

Référence 2 - Couverture 1,74%

Sujet 6 : Alors si, les visites étaient complètement interdites hormis pour les patients en fin de vie.

I : D'accord. Dès le début ?

Sujet 6 : Alors au début non, et puis au bout de 8-10 jours en lien avec le CHU De (ville**) on a autorisé les visites en fin de vie parce que c'était beaucoup trop douloureux pour les familles. Bon c'étaient des visites éclaires hein, c'était 10 minutes, ils étaient capitonnés des pieds à la tête. Ils se tenaient à distance du défunt ou de la personne en fin de vie mais voilà, on a autorisé quand même.

Référence 3 - Couverture 0,67%

Pour les patients les plus fragiles ou en fin de vie, il y a des visites en chambre qui sont organisées. Donc à ce moment-là on fait habiller les familles et donc une personne à la fois ils vont voir leur proche.

<Internals\\Retranscription COVID 7> - § 1 référence encodée [Couverture 8,36%]

Référence 1 - Couverture 8,36%

Sujet 7 : Alors pour les fin de vie ? Et bien justement. Ça, ça a été vraiment très très compliqué surtout au début. C'est-à-dire que la problématique c'est qu'on a eu beaucoup de patients âgés qu'on a malheureusement, et de manière un peu simultanée, pas pu sauver entre guillemets... la pathologie les a emportée et initialement les visites étaient complètement interdites donc pour les raisons évidentes de transmission de la pathologie et puis pour une deuxième raison qui était la pénurie de matériel et en particulier, si on faisait venir une famille, il fallait qu'on prévoie de l'équiper. Mais assez rapidement, la direction de l'hôpital, de manière un petit peu informelle nous a laissé le feu vert pour autoriser les visites en fin de vie. Notamment comme on a eu certains patients qui parfois ont été dans des situations très graves, on a eu très peur et on a fait venir la famille. Et finalement ces personnes le lendemain étaient beaucoup mieux et ont finalement quitté l'hôpital et bien c'est vrai que c'était parfois déstabilisant. Je dirais que c'est ce qui a été, enfin pour moi en tous cas, c'est ce qui a été le plus dur (*il semblerait que la médecin soit en train de pleurer*) ... C'est-à-dire qu'on a eu des patients qui sont parties sans être accompagnés de leurs proches et ... moi j'ai souvenir d'un week-end où on a perdu plusieurs patients âgés qui avaient été refusés en réanimation pour des questions de comorbidités, et bien oui... c'est un matin, un dimanche matin j'étais en pleine dans ma voiture parce que je me disais que j'allais encore avoir des patients qui allaient pas être bien et pourraient pas être accompagnés de leurs proches.

<Internals\\Retranscription COVID 8> - § 3 références encodées [Couverture 6,22%]

Référence 1 - Couverture 2,72%

Je pense que dans le service oui, il y a eu des situations très compliquées où on a enchaîné les décès, de patients plus ou moins âgés mais globalement quand même si, assez âgés. Et je pense que c'est un petit peu partout pareille mais on a beau être confronté aux décès, il y en a quand même de temps en temps mais ça a été sur une période beaucoup plus courte et davantage. C'est-à-dire que nous dans le service en moyenne on a un peu près 6 décès par an. Là en l'espace de 10-15 jours on avait 10 décès, donc ce sont des choses auxquelles on était pas habitué, et puis le contexte de détresse respiratoire, c'est jamais

la situation qu'on aime gérer pour des soignants, parce que c'est anxiogène à la fois pour les patients, les familles, et les soignants parce que finalement il n'y a pas grand-chose qui permet de calmer ça...

Référence 2 - Couverture 2,83%

Dans la situation où on est sur ... enfin ou on présent une aggravation et ou la fin de vie est proche voir imminente. On s'est dit que bon et bien tant pis pour les mesures et précautions d'isolement, ça nous paraissait totalement inhumain que la personne ne puisse pas revoir sa famille donc on a autorisé en général 2 membres, des fois un peu plus parce que voilà...chaque cas est un peu exceptionnel, il nous est arrivé de faire venir trois personnes d'une même famille pour dire aurevoir à son proche. Il nous est arrivé aussi de gérer via des applications, via WhatsApp, via Skype, en se servant des téléphones des soignants qu'on mettait sous pochettes pour que voilà, pour que justement les proches, enfin les patients, puissent voir quand même certains membres de la famille qui étaient pas dans les environs et pour qu'ils puissent quand même dire aurevoir.

Référence 3 - Couverture 0,68%

on a eu le cas d'un patient sourd-muet qui est décédé quand même de son infection, mais avant le décès on a fait des, via Skype, on s'est débrouillé autrement... Après c'est quand même très chronophage aussi

<Internals\\Retranscription COVID 9> - § 2 références encodées [Couverture 9,34%]

Référence 1 - Couverture 7,91%

I : Quels sont les éléments qui vous ont semblé les plus compliqués à gérer ?

Sujet 9 : Comme quoi ?

I : Je ne sais pas, par exemple la gestion des fins de vie...

Sujet 9 : Alors ouais, ouais... j'ai ressenti ce sentiment-là. Dans mon service, enfin mon service habituel donc chirurgie qui est aussi devenu un service COVID, on a eu quelques cas, mais ça c'est mon service de médecine de chirurgie habituelle, donc pas le service dans lequel j'ai travaillé pendant la vague, mais au début, avant que je sois employé ailleurs, il y a quand même eu des affectations avec plus beaucoup de bloc et là on a dû inventer une sorte de protocole de « comment faire avec les familles qui ne peuvent pas être présentes au moment de la fin de vie de l'un de leur proche ». Donc voilà on a mis en place, et diffusé dans l'hôpital d'ailleurs un petit rituel. On a filmé une quinzaine de minutes le patient avec une petite bougie, avec des cartes qu'on avait pu avoir de la famille, on a demandé aux familles si elles voulaient nous apporter quelque chose qui soit en présence et puis après rapidement on a pu avoir un ou deux parents proches de la famille qui pouvaient être présents s'ils le souhaitaient mais des fois ils ne

l'ont pas souhaité parce qu'ils avaient trop peur du COVID aussi. Donc voilà, on a fait un petit rituel d'accompagnement qu'on a ensuite transmis aux familles qui les ont je pense beaucoup aidé, on a eu vraiment de très bon retours sur ça, donc sur comment on avait pu... enfin on voulait leur montrer que leur proche n'avait pas été seul et que eux par l'intermédiaire d'un dessin, d'une carte ou d'un texte, quelque chose, ou d'une musique qu'ils nous avaient donné avaient pu être aussi présents indirectement. Et puis voilà, et puis c'est la même musique ou la même chose qui peut être repassé ensuite dans une cérémonie qui sera peut-être un peu différée et où la famille dira au revoir pour de vrai et voilà, ce seront les derniers instants et parfois c'est nous qui avions été là à la place des proches. Des fois parce que c'était difficile de savoir quand était la fin de vie, parce que ce sont des gens qui s'arrêtaient brutalement et on avait pas forcément... voilà c'était ça. Ouais... c'était vraiment pas facile. On a dû inventer quelque chose qui n'existe pas en effet, exactement...

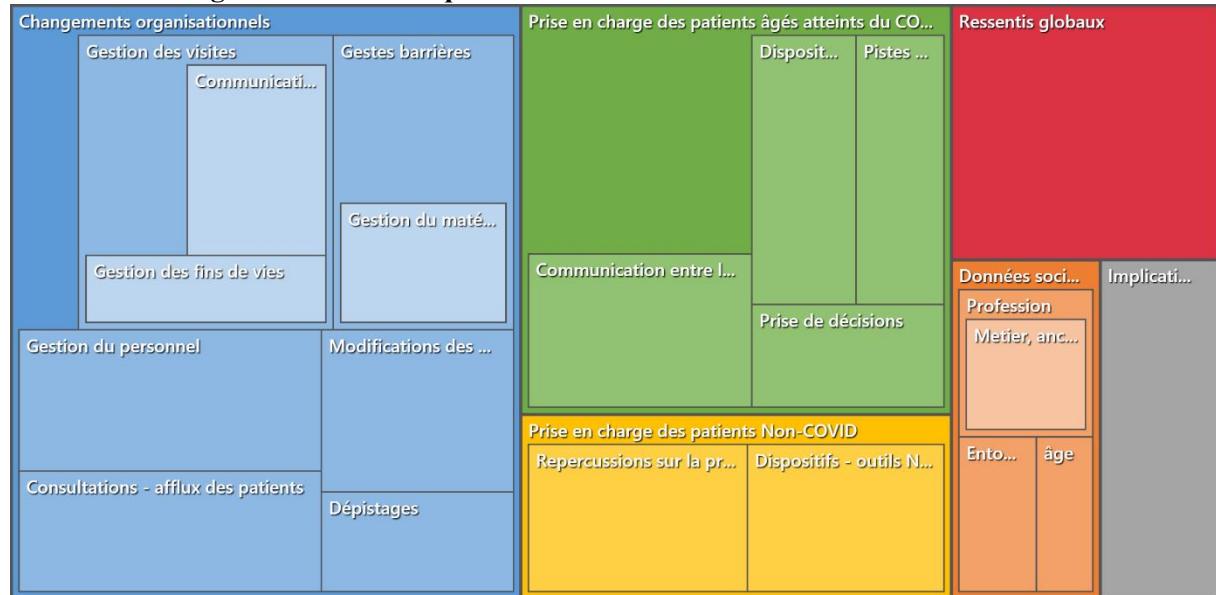
I : D'accord, finalement vous avez eu des bons retours donc ça a semblé plutôt utile.

Sujet 9 : Oui, on en a pas eu tout le long, peut-être que des fois des gens préféreraient être là pour de vrai, des fois on a pas eu le temps de les faire venir... des fois le mari ou la femme était tous les deux dans le service donc on a fait transférer la femme dans son lit pour qu'elle tienne la main du mari pour quand elle allait parti quoi... on a essayé de faire au plus humain mais ça n'a pas toujours été le cas...

Référence 2 - Couverture 1,44%

Au début on s'est dit que si on faisait pas d'accompagnement de deuil on allait fabriquer des générations de tarés, des gens qui n'allaient jamais réussir à passer au-dessus... vraiment en réanimation on a pas perdu beaucoup de patient, ça doit être entre 10 et 15% à tout cassé, soit largement moins que le taux de casse habituel en réanimation, même très largement moins, parce que c'est un pathologie très ciblée, très simple, qui donnera peut-être des séquelles derrières mais on a réussi à y prendre en charge

Annexe 22 : Diagramme hiérarchique des nœuds



Annexe 23 : Résultats quantitatifs de la partie 1A :

1AQ1 :

L'organisation du personnel soignant	
Réponse	Pourcentage
Aucun changement (1)	0,00%
Changements plutôt peu importants (2)	3,70%
Changements plus ou moins importants (3)	14,81%
Changements plutôt importants (4)	55,56%
Changements très importants (5)	25,93%

L'organisation des soins	
Réponse	Pourcentage
Aucun changement (1)	3,70%
Changements plutôt peu importants (2)	7,41%
Changements plus ou moins importants (3)	14,81%
Changements plutôt importants (4)	37,04%
Changements très importants (5)	37,04%

La coordination avec la médecine de ville	
Réponse	Pourcentage
Aucun changement (1)	18,52%
Changements plutôt peu importants (2)	29,63%
Changements plus ou moins importants (3)	11,11%
Changements plutôt importants (4)	29,63%
Changements très importants (5)	11,11%

La gestion des stocks du matériel	
Réponse	Pourcentage
Aucun changement (1)	3,70%
Changements plutôt peu importants (2)	7,41%
Changements plus ou moins importants (3)	18,52%
Changements plutôt importants (4)	18,52%
Changements très importants (5)	51,85%

L'organisation des locaux	
Réponse	Pourcentage
Aucun changement (1)	3,70%
Changements plutôt peu importants (2)	11,11%
Changements plus ou moins importants (3)	14,81%
Changements plutôt importants (4)	29,63%
Changements très importants (5)	40,74%

1AQ2 et 3:

Utilisation de nouveaux outils de communication: Le téléphone	
Réponse	Pourcentage
Jamais (1)	0,00%
Rarement (2)	7,41%
Parfois (3)	11,11%
Souvent (4)	62,96%
Toujours (5)	18,52%

Utilisation de nouveaux outils de communication: La visioconférence (Skype, etc.)	
Réponse	Pourcentage
Jamais (1)	25,93%
Rarement (2)	0,00%
Parfois (3)	22,22%
Souvent (4)	44,44%
Toujours (5)	7,41%

Utilisation de nouveaux outils de communication: La télémedecine	
Réponse	Pourcentage
Jamais (1)	37,04%
Rarement (2)	7,41%
Parfois (3)	25,93%
Souvent (4)	22,22%
Toujours (5)	7,41%

Nous nous en servons pour communiquer avec: Les autres acteurs de santé	
Réponse	Pourcentage
Jamais (1)	7,41%
Rarement (2)	0,00%
Parfois (3)	18,52%
Souvent (4)	59,26%
Toujours (5)	14,81%

Nous nous en servons pour communiquer avec: Les patients âgés de 60 ans et plus	
Réponse	Pourcentage
Jamais (1)	22,22%
Rarement (2)	14,81%
Parfois (3)	22,22%
Souvent (4)	29,63%
Toujours (5)	11,11%

Nous nous en servons pour communiquer avec: La famille des patients âgés de 60 ans et plus (soignant-famille)	
Réponse	Pourcentage
Jamais (1)	7,41%
Rarement (2)	11,11%
Parfois (3)	11,11%
Souvent (4)	48,15%
Toujours (5)	22,22%

Nous nous en servons pour communiquer avec: Pour que les patients âgés appellent leur famille	
Réponse	Pourcentage
Jamais (1)	7,41%
Rarement (2)	3,70%
Parfois (3)	29,63%
Souvent (4)	37,04%
Toujours (5)	22,22%

1AQ4

Nous avons le matériel médical nécessaire (appareils respiratoires, tests virologiques, tensiomètres etc...):	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	14,81%
Plutôt pas d'accord (2)	29,63%
Ni d'accord ni pas d'accord (3)	25,93%
Plutôt d'accord (4)	29,63%
Tout à fait d'accord (5)	0,00%

Nous avons le matériel d'hygiène nécessaire (gants, masques, solution hydroalcooliques, etc...):	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	11,11%
Plutôt pas d'accord (2)	18,52%
Ni d'accord ni pas d'accord (3)	18,52%
Plutôt d'accord (4)	48,15%
Tout à fait d'accord (5)	3,70%

Le nombre de médecins est suffisant	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	7,41%
Plutôt pas d'accord (2)	29,63%
Ni d'accord ni pas d'accord (3)	11,11%
Plutôt d'accord (4)	48,15%
Tout à fait d'accord (5)	3,70%

Le nombre d'infirmiers(ères) est suffisant	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	11,11%
Plutôt pas d'accord (2)	37,04%
Ni d'accord ni pas d'accord (3)	14,81%
Plutôt d'accord (4)	33,33%
Tout à fait d'accord (5)	3,70%

Le nombre d'aide-soignants(es) est suffisant	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	11,11%
Plutôt pas d'accord (2)	37,04%
Ni d'accord ni pas d'accord (3)	14,81%
Plutôt d'accord (4)	33,33%
Tout à fait d'accord (5)	3,70%

Le nombre de kinésithérapeutes est suffisant:	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	22,22%
Plutôt pas d'accord (2)	33,33%
Ni d'accord ni pas d'accord (3)	11,11%
Plutôt d'accord (4)	29,63%
Tout à fait d'accord (5)	3,70%

Le nombre d'agents de service hospitalier (ASH) est suffisant :	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	11,11%
Plutôt pas d'accord (2)	14,81%
Ni d'accord ni pas d'accord (3)	29,63%
Plutôt d'accord (4)	40,74%
Tout à fait d'accord (5)	3,70%

Pour faire face à la crise sanitaire du COVID-19 :	
Je fais autant d'heures que d'habitude	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	14,81%
Plutôt pas d'accord (2)	44,44%
Ni d'accord ni pas d'accord (3)	11,11%
Plutôt d'accord (4)	25,93%
Tout à fait d'accord (5)	3,70%

Les professionnels de mon équipe effectuent un nombre d'heure supérieur à la normale	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	3,70%
Plutôt pas d'accord (2)	33,33%
Ni d'accord ni pas d'accord (3)	25,93%
Plutôt d'accord (4)	33,33%
Tout à fait d'accord (5)	3,70%

La prise en charge des patients âgés de plus de 60 ans, non-COVID-19 n'a pas été impactée :	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	48,15%
Plutôt pas d'accord (2)	33,33%
Ni d'accord ni pas d'accord (3)	3,70%
Plutôt d'accord (4)	14,81%
Tout à fait d'accord (5)	0,00%

1AQ5

Je travaille auprès de patients âgés de plus de 60 ans atteints du COVID-19:	
Réponse	Pourcentage
Oui (Y)	59,26%
Non (N)	40,74%

1A Q6 :

Nombre de lits dédiés pour les patients COVID	
Réponse	Pourcentage
Il n'y a pas de lits dédiés (1)	44,44%
inférieur à 5 (2)	0,00%
entre 5 et 10 (3)	27,77%
entre 10 et 20 (4)	17,67%
entre 20 et 30 (5)	0,00%
entre 30 et 50 (6)	5,88%
supérieur à 50 (7)	5,88%

1AQ7

Selon moi, la réorganisation des services pendant la crise sanitaire du COVID-19 permet de: Répondre aux besoins de l'urgence sanitaire actuelle:	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	0,00%
Plutôt pas d'accord (2)	5,88%
Ni d'accord ni pas d'accord (3)	5,88%
Plutôt d'accord (4)	52,94%
Tout à fait d'accord (5)	35,29%

Selon moi, la réorganisation des services pendant la crise sanitaire du COVID-19 permet de: Assurer le fonctionnement des soins par la répartition des patients (médecine de ville/services hospitaliers):	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	5,88%
Plutôt pas d'accord (2)	17,65%
Ni d'accord ni pas d'accord (3)	17,65%
Plutôt d'accord (4)	47,06%
Tout à fait d'accord (5)	11.76%

Selon moi, la réorganisation des services pendant la crise sanitaire du COVID-19 permet de: Assurer le fonctionnement des soins par le renforcement des capacités en soins:	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	17,65%
Plutôt pas d'accord (2)	11,76%
Ni d'accord ni pas d'accord (3)	11,76%
Plutôt d'accord (4)	47,06%
Tout à fait d'accord (5)	11,76%

Selon moi, la réorganisation des services pendant la crise sanitaire du COVID-19 permet de: Améliorer les conditions de travail des professionnels de santé en temps de crise sanitaire:	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	23,53%
Plutôt pas d'accord (2)	17,65%
Ni d'accord ni pas d'accord (3)	17,65%
Plutôt d'accord (4)	41,17%
Tout à fait d'accord (5)	0,00%

Selon moi, la réorganisation des services pendant la crise sanitaire du COVID-19 permet de:	
Assurer la continuité des soins des patients âgés non-COVID-19 :	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	11,76%
Plutôt pas d'accord (2)	38,29%
Ni d'accord ni pas d'accord (3)	11,76%
Plutôt d'accord (4)	38,23%
Tout à fait d'accord (5)	0,00%

Selon moi, la réorganisation des services pendant la crise sanitaire du COVID-19 permet de:	
Faire bénéficier aux patients âgés atteints du COVID-19 des soins adaptés:	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	11,76%
Plutôt pas d'accord (2)	5,88%
Ni d'accord ni pas d'accord (3)	17,65%
Plutôt d'accord (4)	41,18%
Tout à fait d'accord (5)	23,53%

1AQ8

J'ai l'impression que mes missions ont été modifiées concernant:	
Réponse	Pourcentage
L' utilisation du matériel (solutions hydroalcooliques/nettoyage du matériel etc...) (5)	85,19%
Les mesures d'hygiène (1)	77,78%
L'utilisation des tenues de travail (gants, blouses, masques etc...) (6)	77,78%
Les rapports avec les patients et leurs familles (9)	77,78%
Le temps passé avec les patients (2)	62,96%
Les soins apportés aux patients (3)	59,26%
La prise de décision concernant les patients (7)	55,56%
Les rapports avec ma hiérarchie/mes subordonnés (10)	44,44%
L' accompagnement des patients en fin de vie (4)	33,33%
L' encadrement des professionnels paramédicaux (11)	29,63%
La gestion des absences du personnel (8)	14,81%
Autre	3,70%

1AQ9

La crise sanitaire du COVID-19 m'oblige à prendre des décisions compliquées pour les patients âgés en ce qui concerne :	
Réponse	Pourcentage
Les soins administrés (1)	44,44%
Le respect des restrictions de visites (3)	77,78%
Le respect des règles d'hygiène (4)	44,44%
L' orientation des patients nécessitant des soins spécifiques (5)	51,85%
Autre	11,11%

1AQ10

Je n'ai pas de difficultés pour: Protéger les soignants du virus	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	27,78%
Plutôt pas d'accord (2)	44,44%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	11,11%
Plutôt d'accord (4)	27,78%
Tout à fait d'accord (5)	5,55%

Je n'ai pas de difficultés pour: Protéger les patients âgés du virus	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	5,55%
Plutôt pas d'accord (2)	38,89%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	5,55%
Plutôt d'accord (4)	33,33%
Tout à fait d'accord (5)	16,67%

Je n'ai pas de difficultés pour: Dépister les patients âgés présentant des symptômes	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	11,11%
Plutôt pas d'accord (2)	33,33%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	11,11%
Plutôt d'accord (4)	22,22%
Tout à fait d'accord (5)	5,55%

Je n'ai pas de difficultés pour: Prendre en charge les patients âgés atteints du COVID-19	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	5,55%
Plutôt pas d'accord (2)	33,33%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	11,11%
Plutôt d'accord (4)	44,44%
Tout à fait d'accord (5)	5,55%

Je n'ai pas de difficultés pour : Assurer le classement de ces patients (gravités/priorités)	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	16,67%
Plutôt pas d'accord (2)	38,89%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	11,11%
Plutôt d'accord (4)	33,33%
Tout à fait d'accord (5)	0,00%

Je n'ai pas de difficultés pour: Orienter les patients âgés atteints du COVID-19	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	5,55%
Plutôt pas d'accord (2)	55,56%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	16,67%
Plutôt d'accord (4)	16,67%
Tout à fait d'accord (5)	5,55%

Je n'ai pas de difficultés pour: Prendre en charge les personnes ayant été en contact avec le virus et évaluer le risque	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	0,00%
Plutôt pas d'accord (2)	38,89%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	5,55%
Plutôt d'accord (4)	33,33%
Tout à fait d'accord (5)	22,22%

Annexe 24 : Résultats quantitatifs de la partie 1B

1BQ1

Ampleur des changements organisationnels:	
Réponse	Pourcentage
Aucun changement (1)	2,94%
Changements plutôt peu importants (2)	1,47%
Changements plus ou moins importants (3)	11,76%
Changements plutôt importants (4)	47,06%
Changements très importants (5)	36,76%

L'organisation du personnel soignant	
Réponse	Pourcentage
Aucun changement (1)	7,35%
Changements plutôt peu importants (2)	4,41%
Changements plus ou moins importants (3)	19,12%
Changements plutôt importants (4)	44,12%
Changements très importants (5)	25,00%

L'organisation des soins	
Réponse	Pourcentage
Aucun changement (1)	4,41%
Changements plutôt peu importants (2)	5,88%
Changements plus ou moins importants (3)	32,35%
Changements plutôt importants (4)	41,18%
Changements très importants (5)	16,18%

La gestion des stocks du matériel	
Réponse	Pourcentage
Aucun changement (1)	4,41%
Changements plutôt peu importants (2)	8,82%
Changements plus ou moins importants (3)	23,53%
Changements plutôt importants (4)	26,47%
Changements très importants (5)	36,76%

L' organisation des locaux	
Réponse	Pourcentage
Aucun changement (1)	2,94%
Changements plutôt peu importants (2)	5,88%
Changements plus ou moins importants (3)	17,65%
Changements plutôt importants (4)	38,24%
Changements très importants (5)	35,29%

1BQ2

Utilisation de nouveaux outils de communication: La télémédecine	
Réponse	Pourcentage
Jamais (1)	63,24%
Rarement (2)	19,12%
Parfois (3)	14,71%
Souvent (4)	2,94%
Toujours (5)	0,00%

Utilisation de nouveaux outils de communication: La visioconférence (Skype, etc.)	
Réponse	Pourcentage
Jamais (1)	23,53%
Rarement (2)	5,88%
Parfois (3)	26,47%
Souvent (4)	32,35%
Toujours (5)	11,76%

Utilisation de nouveaux outils de communication: Le téléphone	
Réponse	Pourcentage
Jamais (1)	2,94%
Rarement (2)	2,94%
Parfois (3)	13,24%
Souvent (4)	30,88%
Toujours (5)	50,00%

1BQ3

Nous nous en servons pour communiquer avec: Les autres acteurs de santé	
Réponse	Pourcentage
Jamais (1)	22,06%
Rarement (2)	13,24%
Parfois (3)	13,24%
Souvent (4)	29,41%
Toujours (5)	22,06%

Nous nous en servons pour communiquer avec: Les patients âgés de plus de 60 ans	
Réponse	Pourcentage
Jamais (1)	35,29%
Rarement (2)	19,12%
Parfois (3)	17,65%
Souvent (4)	16,18%
Toujours (5)	11,76%

Nous nous en servons pour communiquer avec: La famille des patients âgés (soignant-famille)	
Réponse	Pourcentage
Jamais (1)	7,35%
Rarement (2)	2,94%
Parfois (3)	8,82%
Souvent (4)	38,24%
Toujours (5)	42,65%

Nous nous en servons pour: Pour que les patients de plus de 60 ans appellent leur famille	
Réponse	Pourcentage
Jamais (1)	5,88%
Rarement (2)	10,29%
Parfois (3)	13,24%
Souvent (4)	41,18%
Toujours (5)	29,41%

1BQ4

Je dispose du matériel nécessaire pour réaliser mes fonctions (lits, gants, masques, gel hydro alcooliques, etc...):	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	7,35%
Plutôt pas d'accord (2)	14,71%
Ni d'accord ni pas d'accord (3)	8,82%
Plutôt d'accord (4)	45,59%
Tout à fait d'accord (5)	23,53%

Le nombre de professionnels de santé présents me semble suffisant:	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	13,24%
Plutôt pas d'accord (2)	32,35%
Ni d'accord ni pas d'accord (3)	7,35%
Plutôt d'accord (4)	30,88%
Tout à fait d'accord (5)	16,18%

Pour faire face à la crise sanitaire du COVID-19 :	
Mon nombre d'heure de travail est similaire à la normale	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	20,59%
Plutôt pas d'accord (2)	26,47%
Ni d'accord ni pas d'accord (3)	16,18%
Plutôt d'accord (4)	20,59%
Tout à fait d'accord (5)	16,18%

Les mesures d'hygiène sont aussi strictes que d'habitude (nettoyage du matériel, lavage des mains, tenues de travail, masques etc...)	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	51,47%
Plutôt pas d'accord (2)	39,71%
Ni d'accord ni pas d'accord (3)	5,88%
Plutôt d'accord (4)	2,94%
Tout à fait d'accord (5)	0,00%

1BQ5

Selon moi, la réorganisation des services pendant la crise sanitaire du COVID-19 permet de:	
Répondre aux besoins de l'urgence sanitaire actuelle	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	2,94%
Plutôt pas d'accord (2)	7,35%
Ni d'accord ni pas d'accord (3)	14,71%
Plutôt d'accord (4)	44,12%
Tout à fait d'accord (5)	30,88%

Selon moi, la réorganisation des services pendant la crise sanitaire du COVID-19 permet de:	
Assurer le fonctionnement des soins par la coordination entre les différents acteurs de santé:	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	4,41%
Plutôt pas d'accord (2)	8,82%
Ni d'accord ni pas d'accord (3)	27,94%
Plutôt d'accord (4)	38,24%
Tout à fait d'accord (5)	20,59%

Selon moi, la réorganisation des services pendant la crise sanitaire du COVID-19 permet de: Assurer le fonctionnement des soins par la répartition des patients (médecine de ville/services hospitaliers):	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	4,41%
Plutôt pas d'accord (2)	13,24%
Ni d'accord ni pas d'accord (3)	42,65%
Plutôt d'accord (4)	32,35%
Tout à fait d'accord (5)	7,35%

Selon moi, la réorganisation des services pendant la crise sanitaire du COVID-19 permet de: Assurer le fonctionnement des soins par le renforcement des capacités en soins:	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	8,82%
Plutôt pas d'accord (2)	10,29%
Ni d'accord ni pas d'accord (3)	29,41%
Plutôt d'accord (4)	42,65%
Tout à fait d'accord (5)	8,82%

Selon moi, la réorganisation des services pendant la crise sanitaire du COVID-19 permet de: Améliorer les conditions de travail des professionnels hospitaliers en temps de crise sanitaire:	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	17,65%
Plutôt pas d'accord (2)	25,00%
Ni d'accord ni pas d'accord (3)	26,47%
Plutôt d'accord (4)	22,06%
Tout à fait d'accord (5)	8,82%

Selon moi, la réorganisation des services pendant la crise sanitaire du COVID-19 permet de: Assurer la continuité des soins des patients âgés non-COVID-19:	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	8,82%
Plutôt pas d'accord (2)	10,29%
Ni d'accord ni pas d'accord (3)	14,71%
Plutôt d'accord (4)	50,00%
Tout à fait d'accord (5)	16,18%

<p>Selon moi, la réorganisation des services pendant la crise sanitaire du COVID-19 permet de:</p> <p>Faire bénéficier aux patients âgés atteints du COVID-19 des soins adaptés:</p>	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	4,41%
Plutôt pas d'accord (2)	10,29%
Ni d'accord ni pas d'accord (3)	23,53%
Plutôt d'accord (4)	47,06%
Tout à fait d'accord (5)	14,71%

1BQ6

<p>J'ai déjà pris en charge un/des patients atteints du COVID :</p>	
Réponse	Pourcentage
Oui (Y)	48,53%
Non (N)	51,47%

1BQ7

<p>Dans mon service, concernant les patients COVID-19 :</p> <p>Le nombre de lit dédiés est de:</p>	
Réponse	Pourcentage
Il n'y a pas de lits dédiés (1)	14,71%
inférieur à 5 (2)	2,94%
entre 5 et 10 (3)	10,29%
entre 11 et 20 (4)	10,29%
entre 21 et 30 (5)	5,88%
entre 31 et 50 (6)	1,47%
Supérieur à 50 (7)	2,94%

<p>Dans mon service, concernant les patients COVID-19 :</p> <p>Le nombre de patients atteints est de:</p>	
Réponse	Pourcentage
Il n'y a pas de patients COVID (1)	7,35%
inférieur à 5 (2)	11,76%
entre 5 et 10 (3)	8,82%
entre 11 et 20 (4)	10,29%
entre 21 et 30 (5)	4,41%
entre 31 et 50 (6)	1,47%
Supérieur à 50 (7)	4,41%

1BQ8

J'ai l'impression que mes missions ont été modifiées concernant: Le temps passé avec les patients	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	4,41%
Plutôt pas d'accord (2)	11,76%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	8,82%
Plutôt d'accord (4)	50,00%
Tout à fait d'accord (5)	25,00%

J'ai l'impression que mes missions ont été modifiées concernant: L' accompagnant des patients en fin de vie	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	11,76%
Plutôt pas d'accord (2)	10,29%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	27,94%
Plutôt d'accord (4)	33,82%
Tout à fait d'accord (5)	16,18%

J'ai l'impression que mes missions ont été modifiées concernant: Les soins apportés aux patients	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	8,82%
Plutôt pas d'accord (2)	10,29%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	23,53%
Plutôt d'accord (4)	44,12%
Tout à fait d'accord (5)	13,24%

J'ai l'impression que mes missions ont été modifiées concernant: Les rapports avec les patients et leurs familles	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	0,00%
Plutôt pas d'accord (2)	7,35%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	8,82%
Plutôt d'accord (4)	41,18%
Tout à fait d'accord (5)	42,65%

J'ai l'impression que mes missions ont été modifiées concernant: Les rapports avec ma hiérarchie/mes subordonnés	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	7,35%
Plutôt pas d'accord (2)	13,24%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	30,88%
Plutôt d'accord (4)	33,82%
Tout à fait d'accord (5)	14,71%

J'ai l'impression que mes missions ont été modifiées concernant:
L'utilisation du matériel d'hygiène (solutions hydroalcooliques/ nettoyage du matériel etc...)

Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	1,47%
Plutôt pas d'accord (2)	10,29%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	17,65%
Plutôt d'accord (4)	45,59%
Tout à fait d'accord (5)	25,00%

J'ai l'impression que mes missions ont été modifiées concernant:
L'utilisation des tenues de travail (gants, blouses, masques etc...)

Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	2,94%
Plutôt pas d'accord (2)	8,82%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	7,35%
Plutôt d'accord (4)	50,00%
Tout à fait d'accord (5)	30,88%

1BQ9

Parmi ces missions, celles qui me semblent les moins difficiles sont:

Le respect des mesures d'hygiène

Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	1,47%
Plutôt pas d'accord (2)	26,47%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	10,29%
Plutôt d'accord (4)	27,94%
Tout à fait d'accord (5)	33,82%

Parmi ces missions, celles qui me semblent les moins difficiles sont:

Le temps passé avec les patients

Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	23,53%
Plutôt pas d'accord (2)	32,35%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	13,24%
Plutôt d'accord (4)	19,12%
Tout à fait d'accord (5)	11,76%

Parmi ces missions, celles qui me semblent les plus difficiles sont:

L' accompagnement des patients en fin de vie

Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	33,82%
Plutôt pas d'accord (2)	26,47%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	19,12%
Plutôt d'accord (4)	14,71%
Tout à fait d'accord (5)	5,88%

Parmi ces missions, celles qui me semblent les moins difficiles sont:

Les soins apportés aux patients

Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	11,76%
Plutôt pas d'accord (2)	30,88%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	27,94%
Plutôt d'accord (4)	20,59%
Tout à fait d'accord (5)	8,82%

Parmi ces missions, celles qui me semblent les moins difficiles sont:

Les rapports avec ma hiérarchie/mes subordonnés

Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	5,88%
Plutôt pas d'accord (2)	14,71%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	39,71%
Plutôt d'accord (4)	23,53%
Tout à fait d'accord (5)	16,18%

Parmi ces missions, celles qui me semblent les moins difficiles sont:

L' utilisation du matériel (solutions hydroalcooliques/nettoyage du matériel etc...)

Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	2,94%
Plutôt pas d'accord (2)	22,06%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	25,00%
Plutôt d'accord (4)	30,88%
Tout à fait d'accord (5)	19,12%

Parmi ces missions, celles qui me semblent les moins difficiles sont:

L'utilisation des tenues de travail (gants, blouses, masques etc...)

Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	16,18%
Plutôt pas d'accord (2)	44,12%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	10,29%
Plutôt d'accord (4)	20,59%
Tout à fait d'accord (5)	8,82%

Je suis satisfait de :	
L'information donnée sur la réorganisation sanitaire	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	14,71%
Plutôt pas d'accord (2)	27,94%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	32,35%
Plutôt d'accord (4)	17,65%
Tout à fait d'accord (5)	7,35%

1BQ10

Je suis satisfait de:	
L'encadrement (formations aux gestes barrières, aux modifications de soins, etc...)	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	14,71%
Plutôt pas d'accord (2)	35,29%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	19,12%
Plutôt d'accord (4)	23,53%
Tout à fait d'accord (5)	7,35%

Je suis satisfait de:	
La communication avec mes collègues	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	20,59%
Plutôt pas d'accord (2)	25,00%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	30,88%
Plutôt d'accord (4)	13,24%
Tout à fait d'accord (5)	10,29%

Je suis satisfait de:	
L'information donnée sur le virus COVID-19	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	27,94%
Plutôt pas d'accord (2)	26,47%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	26,47%
Plutôt d'accord (4)	10,29%
Tout à fait d'accord (5)	8,82%

Annexe 25: Résultats quantitatifs de la partie 1C

1CQ1

Ampleur des changements organisationnels	
Réponse	Pourcentage
Aucun changement (1)	5,41%
Changements plutôt peu importants (2)	11,49%
Changements plus ou moins importants (3)	32,43%
Changements plutôt importants (4)	31,42%
Changements très importants (5)	19,26%

Les consultations (motifs, continuité des soins, gravité)	
Réponse	Pourcentage
Aucun changement (1)	18,24%
Changements plutôt peu importants (2)	18,58%
Changements plus ou moins importants (3)	27,03%
Changements plutôt importants (4)	24,32%
Changements très importants (5)	11,82%

Le déroulement des consultations (gestes barrières, télémédecine, téléphone, etc...)	
Réponse	Pourcentage
Aucun changement (1)	7,09%
Changements plutôt peu importants (2)	12,50%
Changements plus ou moins importants (3)	20,27%
Changements plutôt importants (4)	34,46%
Changements très importants (5)	25,68%

Les prescriptions médicales	
Réponse	Pourcentage
Aucun changement (1)	36,49%
Changements plutôt peu importants (2)	20,27%
Changements plus ou moins importants (3)	26,35%
Changements plutôt importants (4)	13,51%
Changements très importants (5)	3,38%

La coordination avec les acteurs hospitaliers	
Réponse	Pourcentage
Aucun changement (1)	40,20%
Changements plutôt peu importants (2)	21,28%
Changements plus ou moins importants (3)	19,59%
Changements plutôt importants (4)	12,84%
Changements très importants (5)	6,08%

La gestion des stocks du matériel (masques, solutions hydroalcooliques, gants, etc..)	
Réponse	Pourcentage
Aucun changement (1)	1,01%
Changements plutôt peu importants (2)	3,38%
Changements plus ou moins importants (3)	10,47%
Changements plutôt importants (4)	29,73%
Changements très importants (5)	55,41%

1CQ2

Depuis la crise du COVID-19, je consulte mes patients de plus de 60 ans par le biais de: Consultation en cabinet avec mesures de protection	
Réponse	Pourcentage
Jamais (1)	61,15%
Rarement (2)	16,22%
Parfois (3)	4,39%
Souvent (4)	3,72%
Toujours (5)	14,53%

Depuis la crise du COVID-19, je consulte mes patients de plus de 60 ans par le biais de: Consultation/visite à domicile avec mesures de protection	
Réponse	Pourcentage
Jamais (1)	2,36%
Rarement (2)	0,34%
Parfois (3)	3,38%
Souvent (4)	7,43%
Toujours (5)	86,49%

Depuis la crise du COVID-19, je consulte mes patients de plus de 60 ans par le biais de: La télémédecine	
Réponse	Pourcentage
Jamais (1)	69,26%
Rarement (2)	19,93%
Parfois (3)	8,78%
Souvent (4)	1,01%
Toujours (5)	1,01%

Depuis la crise du COVID-19, je consulte mes patients de plus de 60 ans par le biais de: Un appel téléphonique	
Réponse	Pourcentage
Jamais (1)	27,70%
Rarement (2)	28,38%
Parfois (3)	29,73%
Souvent (4)	10,81%
Toujours (5)	3,38%

1CQ3

Je me sers des outils numériques (télémédecine, visioconférence, téléphone) pour communiquer avec : Les autres acteurs de santé	
Réponse	Pourcentage
Jamais (1)	6,42%
Rarement (2)	12,16%
Parfois (3)	24,66%
Souvent (4)	38,18%
Toujours (5)	18,58%

Je me sers des outils numériques (télémédecine, visioconférence, téléphone) pour communiquer avec : Les patients âgés de 60 ans et plus	
Réponse	Pourcentage
Jamais (1)	34,80%
Rarement (2)	27,03%
Parfois (3)	26,69%
Souvent (4)	8,78%
Toujours (5)	2,70%

Je me sers des outils numériques (télémédecine, visioconférence, téléphone) pour communiquer avec : La famille des patients âgés de 60 ans et plus (soignant-famille)	
Réponse	Pourcentage
Jamais (1)	14,19%
Rarement (2)	16,22%
Parfois (3)	29,39%
Souvent (4)	31,08%
Toujours (5)	9,12%

Je me sers des outils numériques (télémédecine, visioconférence, téléphone) pour communiquer avec : Pour que les patients âgés appellent leur famille	
Réponse	Pourcentage
Jamais (1)	43,58%
Rarement (2)	18,24%
Parfois (3)	23,65%
Souvent (4)	9,12%
Toujours (5)	5,41%

1CQ4

J'ai le matériel médical nécessaire (thermomètre, tensiomètres etc...):	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	7,43%
Plutôt pas d'accord (2)	19,59%
Ni d'accord ni pas d'accord (3)	10,47%
Plutôt d'accord (4)	34,46%
Tout à fait d'accord (5)	28,04%

J'ai le matériel d'hygiène nécessaire (gants, masques, solutions hydroalcooliques, etc...):	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	18,58%
Plutôt pas d'accord (2)	26,35%
Ni d'accord ni pas d'accord (3)	13,51%
Plutôt d'accord (4)	28,72%
Tout à fait d'accord (5)	12,84%

Le nombre de professionnels de santé libéraux est suffisant:	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	4,39%
Plutôt pas d'accord (2)	12,84%
Ni d'accord ni pas d'accord (3)	26,35%
Plutôt d'accord (4)	33,78%
Tout à fait d'accord (5)	22,64%

Les patients de plus de 60 ans me consultent plus que d'habitude:	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	22,97%
Plutôt pas d'accord (2)	28,04%
Ni d'accord ni pas d'accord (3)	33,78%
Plutôt d'accord (4)	11,15%
Tout à fait d'accord (5)	4,05%

Mon nombre d'heure de travail est supérieur à la normale:	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	12,16%
Plutôt pas d'accord (2)	17,23%
Ni d'accord ni pas d'accord (3)	20,61%
Plutôt d'accord (4)	30,41%
Tout à fait d'accord (5)	19,59%

La prise en charge des patients âgés de plus de 60 ans, non-COVID-19 a été impactée:	
Réponse	Pourcen-tage
Pas du tout d'accord (1)	8,11%
Plutôt pas d'accord (2)	10,47%
Ni d'accord ni pas d'accord (3)	11,15%
Plutôt d'accord (4)	36,49%
Tout à fait d'accord (5)	33,78%

1CQ5

Je travaille auprès de patients âgés de plus de 60 ans atteints du COVID-19:	
Réponse	Pourcentage
Oui (Y)	37,50%
Non (N)	62,50%

1CQ6

Selon moi, la réorganisation de la médecine de ville pendant la crise du COVID-19 permet de:	
Répondre aux besoins de l'urgence sanitaire actuelle:	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	12,84%
Plutôt pas d'accord (2)	16,22%
Ni d'accord ni pas d'accord (3)	19,26%
Plutôt d'accord (4)	40,20%
Tout à fait d'accord (5)	11,49%

Selon moi, la réorganisation de la médecine de ville pendant la crise du COVID-19 permet de:	
Assurer le fonctionnement des soins par la coordination entre les différents acteurs de santé:	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	10,47%
Plutôt pas d'accord (2)	19,93%
Ni d'accord ni pas d'accord (3)	22,64%
Plutôt d'accord (4)	34,46%
Tout à fait d'accord (5)	12,50%

Selon moi, la réorganisation de la médecine de ville pendant la crise du COVID-19 permet de:	
Assurer le fonctionnement des soins par la répartition des patients (médecine de ville/services hospitaliers):	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	13,18%
Plutôt pas d'accord (2)	18,58%
Ni d'accord ni pas d'accord (3)	27,03%
Plutôt d'accord (4)	32,77%
Tout à fait d'accord (5)	8,45%

Selon moi, la réorganisation de la médecine de ville pendant la crise du COVID-19 permet de:
Assurer le fonctionnement des soins par le renforcement des capacités en soins:

Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	13,51%
Plutôt pas d'accord (2)	20,61%
Ni d'accord ni pas d'accord (3)	28,38%
Plutôt d'accord (4)	26,69%
Tout à fait d'accord (5)	10,81%

Selon moi, la réorganisation de la médecine de ville pendant la crise du COVID-19 permet de:
Améliorer les conditions de travail des professionnels de santé en temps de crise sanitaire:

Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	29,05%
Plutôt pas d'accord (2)	28,72%
Ni d'accord ni pas d'accord (3)	19,93%
Plutôt d'accord (4)	14,19%
Tout à fait d'accord (5)	8,11%

Selon moi, la réorganisation de la médecine de ville pendant la crise du COVID-19 permet de:
Assurer la continuité des soins des patients âgés non-COVID-19 :

Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	13,51%
Plutôt pas d'accord (2)	20,27%
Ni d'accord ni pas d'accord (3)	18,92%
Plutôt d'accord (4)	31,76%
Tout à fait d'accord (5)	15,54%

Selon moi, la réorganisation de la médecine de ville pendant la crise du COVID-19 permet de:
Faire bénéficier aux patients âgés atteints du COVID-19 des soins adaptés:

Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	12,84%
Plutôt pas d'accord (2)	13,18%
Ni d'accord ni pas d'accord (3)	28,04%
Plutôt d'accord (4)	33,11%
Tout à fait d'accord (5)	12,84%

1CQ7

J'ai l'impression que mes missions ont été modifiées concernant: Les mesures d'hygiène	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	4,73%
Plutôt pas d'accord (2)	6,42%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	10,14%
Plutôt d'accord (4)	38,51%
Tout à fait d'accord (5)	40,20%

J'ai l'impression que mes missions ont été modifiées concernant: Le temps passé avec les patients	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	5,41%
Plutôt pas d'accord (2)	5,07%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	9,46%
Plutôt d'accord (4)	38,85%
Tout à fait d'accord (5)	41,22%

J'ai l'impression que mes missions ont été modifiées concernant: Les soins apportés aux patients	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	10,14%
Plutôt pas d'accord (2)	6,76%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	19,93%
Plutôt d'accord (4)	36,82%
Tout à fait d'accord (5)	26,35%

J'ai l'impression que mes missions ont été modifiées concernant: Les rapports avec les patients et leurs familles	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	5,41%
Plutôt pas d'accord (2)	4,39%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	11,49%
Plutôt d'accord (4)	47,64%
Tout à fait d'accord (5)	31,08%

J'ai l'impression que mes missions ont été modifiées concernant: Les rapports avec ma hiérarchie/mes subordonnés	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	16,89%
Plutôt pas d'accord (2)	5,41%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	59,80%
Plutôt d'accord (4)	11,82%
Tout à fait d'accord (5)	6,08%

J'ai l'impression que mes missions ont été modifiées concernant:

L' utilisation du matériel (solutions hydroalcooliques/nettoyage du matériel etc...)

Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	4,39%
Plutôt pas d'accord (2)	5,07%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	7,09%
Plutôt d'accord (4)	39,53%
Tout à fait d'accord (5)	43,92%

J'ai l'impression que mes missions ont été modifiées concernant:

L'utilisation des tenues de travail (gants, masques etc...)

Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	1,69%
Plutôt pas d'accord (2)	2,36%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	7,09%
Plutôt d'accord (4)	33,11%
Tout à fait d'accord (5)	55,74%

J'ai l'impression que mes missions ont été modifiées concernant:

La prise de décision concernant les patients (orientation, prise de rendez-vous etc...)

Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	3,04%
Plutôt pas d'accord (2)	5,07%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	19,26%
Plutôt d'accord (4)	42,23%
Tout à fait d'accord (5)	30,41%

1CQ8

La crise sanitaire du COVID-19 m'oblige à prendre des décisions compliquées pour les patients âgés en ce qui concerne :

Réponse	Pourcentage
Les soins administrés (1)	26,69%
Le respect des gestes barrières: (3)	61,49%
Le respect des règles d'hygiène : (4)	47,64%
Le dépistage des patients présentant des symptômes: (5)	35,81%
L' orientation des patients nécessitant des soins spécifiques: (6)	56,08%
Les motifs de consultations: (7)	30,41%
La fréquence de consultation: (8)	33,78%

1CQ9

Je n'ai pas de difficultés pour: Protéger les patients âgés du virus	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	13,85%
Plutôt pas d'accord (2)	33,78%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	20,95%
Plutôt d'accord (4)	18,58%
Tout à fait d'accord (5)	12,84%

Je n'ai pas de difficultés pour: Me protéger du virus	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	24,32%
Plutôt pas d'accord (2)	35,47%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	17,91%
Plutôt d'accord (4)	15,20%
Tout à fait d'accord (5)	7,09%

Je n'ai pas de difficultés pour: Dépister les patients âgés suspects	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	15,88%
Plutôt pas d'accord (2)	29,73%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	31,76%
Plutôt d'accord (4)	15,54%
Tout à fait d'accord (5)	7,09%

Je n'ai pas de difficultés pour: Prendre en charge les patients âgés atteints du COVID-19	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	17,23%
Plutôt pas d'accord (2)	26,69%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	32,77%
Plutôt d'accord (4)	15,20%
Tout à fait d'accord (5)	8,11%

Je n'ai pas de difficultés pour: Assurer le classement des patients âgés (gravités/priorités)	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	6,76%
Plutôt pas d'accord (2)	27,03%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	38,85%
Plutôt d'accord (4)	17,57%
Tout à fait d'accord (5)	9,80%

Je n'ai pas de difficultés pour: Orienter les patients âgés atteints du COVID-19	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	9,12%
Plutôt pas d'accord (2)	22,97%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	40,88%
Plutôt d'accord (4)	16,22%
Tout à fait d'accord (5)	10,81%

Je n'ai pas de difficultés pour: Prendre en charge les personnes ayant été en contact avec le virus et évaluer le risque	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	13,85%
Plutôt pas d'accord (2)	31,42%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	33,11%
Plutôt d'accord (4)	15,54%
Tout à fait d'accord (5)	6,08%

Je n'ai pas de difficultés pour: La gestion des stocks de matériels (masques, gants, solu- tions hydroalcooliques, etc...)	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	45,95%
Plutôt pas d'accord (2)	34,80%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	7,43%
Plutôt d'accord (4)	9,12%
Tout à fait d'accord (5)	2,70%

Annexe 26 : Résultats quantitatifs de la partie 2

Les questions de ces échantillons ont été additionnés pour être analysées dans un ensemble.

En cette période de crise sanitaire, une cellule psycholo- gique est mise à disposition sur le site où je travaille	
Réponse	Pourcentage
Oui (1)	25,06%
Non (2)	29,92%
Je ne sais pas (3)	45,01%

Cette cellule psychologique est à destination :	
Réponse	Pourcen- tage
De tous les professionnels de santé de l'établissement (1)	23,53%
Des patients étant ou ayant été atteints du COVID-19 (2)	9,98%
De la famille des patients étant ou ayant été atteints du COVID-19 (3)	8,19%
Des usagers de l'établissement ou habitants de la ville (4)	8,19%

Je pense qu'une cellule psychologique bénéfique pour: [Les professionnels de santé de l'établissement]	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	5,63%
Plutôt pas d'accord (2)	9,19%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	35,81%
Plutôt d'accord (4)	30,95%
Tout à fait d'accord (5)	18,42%

Je pense que cette cellule psychologique est bénéfique pour: [Les patients étant ou ayant été atteints du COVID-19]	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	1,79%
Plutôt pas d'accord (2)	3,33%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	23,47%
Plutôt d'accord (4)	47,11%
Tout à fait d'accord (5)	24,3%

Je pense que cette cellule psychologique est bénéfique pour: [La famille des patients étant ou ayant été atteints du COVID-19]	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	1,03%
Plutôt pas d'accord (2)	0,26%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	7,67%
Plutôt d'accord (4)	9,46%
Tout à fait d'accord (5)	6,65%

Annexe 27 : Résultats quantitatifs de la partie 3

Je trouve que la nouvelle organisation permet de: [Mieux prendre en charge les patients âgés COVID-19:]	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	7,42%
Plutôt pas d'accord (2)	10,23%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	40,41%
Plutôt d'accord (4)	33,76%
Tout à fait d'accord (5)	8,18%

Je trouve que la nouvelle organisation permet de: [Mieux prendre en charge les patients âgés non-COVID-19:]	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	13,55%
Plutôt pas d'accord (2)	22,25%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	35,55%
Plutôt d'accord (4)	21,74%
Tout à fait d'accord (5)	6,91%

Je trouve que la nouvelle organisation permet de: [Optimiser le travail des professionnels de santé (rapidité/efficacité):]	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	17,14%
Plutôt pas d'accord (2)	21,48%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	33,25%
Plutôt d'accord (4)	23,02%
Tout à fait d'accord (5)	5,12%

Il a été facile pour moi de: [M'adapter à cette réorganisation:]	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	8,44%
Plutôt pas d'accord (2)	20,46%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	22,25%
Plutôt d'accord (4)	38,62%
Tout à fait d'accord (5)	10,23%

Il a été facile pour moi de: [Trouver ma place dans la nouvelle organisation:]	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	7,67%
Plutôt pas d'accord (2)	18,16%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	25,32%
Plutôt d'accord (4)	37,34%
Tout à fait d'accord (5)	11,51%

Si je respecte la nouvelle organisation pour faire face à l'épidémie du COVID-19 c'est parce que: [Je crois que cela en vaut la peine:]	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	2,05%
Plutôt pas d'accord (2)	0,51%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	12,79%
Plutôt d'accord (4)	44,25%
Tout à fait d'accord (5)	40,41%

Si je respecte la nouvelle organisation pour faire face à l'épidémie du COVID-19 c'est parce que: [Elle me permet d'acquérir de nouvelles compétences:]	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	7,93%
Plutôt pas d'accord (2)	11,51%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	28,64%
Plutôt d'accord (4)	33,76%
Tout à fait d'accord (5)	18,16%

Si je respecte la nouvelle organisation pour faire face à l'épidémie du COVID-19 c'est parce que:
[On m'a demandé de le faire:]

Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	21,99%
Plutôt pas d'accord (2)	11,76%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	29,67%
Plutôt d'accord (4)	23,27%
Tout à fait d'accord (5)	13,30%

Si je respecte la nouvelle organisation pour faire face à l'épidémie du COVID-19 c'est parce que:

[C'est mon rôle de professionnel de santé / de soignant]

Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	0,77%
Plutôt pas d'accord (2)	0,26%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	8,70%
Plutôt d'accord (4)	34,53%
Tout à fait d'accord (5)	55,75%

Face à l'épidémie du COVID-19, les personnes qui comptent pour moi:

[M'aident à accepter les conditions de travail actuelles:]

Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	3,07%
Plutôt pas d'accord (2)	5,12%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	20,72%
Plutôt d'accord (4)	44,76%
Tout à fait d'accord (5)	26,34%

Face à l'épidémie du COVID-19, les personnes qui comptent pour moi:
[Me conseillent de suivre les recommandations sanitaires dans le cadre de mes fonctions:]

Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	4,35%
Plutôt pas d'accord (2)	2,81%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	25,83%
Plutôt d'accord (4)	40,15%
Tout à fait d'accord (5)	26,85%

Face à l'épidémie du COVID-19, les personnes qui comptent pour moi:

[M'encouragent à travailler auprès des patients (dont ceux atteints du COVID-19):]

Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	15,60%
Plutôt pas d'accord (2)	13,30%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	36,83%
Plutôt d'accord (4)	21,99%
Tout à fait d'accord (5)	12,28%

En travaillant pendant l'épidémie du COVID-19: [Je me sens valorisé(e) auprès des autres personnes:]	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	15,35%
Plutôt pas d'accord (2)	10,49%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	36,06%
Plutôt d'accord (4)	28,90%
Tout à fait d'accord (5)	9,21%

En travaillant pendant l'épidémie du COVID-19: [Je me sens utile:]	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	3,84%
Plutôt pas d'accord (2)	3,58%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	25,83%
Plutôt d'accord (4)	40,92%
Tout à fait d'accord (5)	25,83%

En travaillant pendant l'épidémie du COVID-19: [Je suis perçu(e) plus positivement par les autres personnes:]	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	11,00%
Plutôt pas d'accord (2)	10,23%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	42,97%
Plutôt d'accord (4)	25,32%
Tout à fait d'accord (5)	10,49%

En travaillant pendant l'épidémie du COVID-19: [Je provoque de la méfiance autour de moi:]	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	19,18%
Plutôt pas d'accord (2)	15,35%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	24,30%
Plutôt d'accord (4)	30,43%
Tout à fait d'accord (5)	10,74%

Face à l'épidémie du COVID-19: [J'ai confiance dans les nouvelles mesures mises en place pour lutter contre le COVID-19:]	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	9,46%
Plutôt pas d'accord (2)	15,09%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	30,43%
Plutôt d'accord (4)	35,55%
Tout à fait d'accord (5)	9,46%

Face à l'épidémie du COVID-19: [J'ai une attitude positive vis-à-vis de la nouvelle organisation sanitaire:]	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	6,14%
Plutôt pas d'accord (2)	11,51%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	28,90%
Plutôt d'accord (4)	43,22%
Tout à fait d'accord (5)	10,23%

Face à cette épidémie: [Mon investissement dans cette crise sanitaire m'a semblé évident:]	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	1,28%
Plutôt pas d'accord (2)	1,79%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	9,21%
Plutôt d'accord (4)	43,48%
Tout à fait d'accord (5)	44,25%

Face à cette épidémie: [Je me sens en sécurité dans l'exercice de mes fonctions :]	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	14,83%
Plutôt pas d'accord (2)	29,92%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	20,72%
Plutôt d'accord (4)	25,06%
Tout à fait d'accord (5)	9,46%

Face à cette épidémie: [J'ai peur pour ma santé:]	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	15,09%
Plutôt pas d'accord (2)	21,48%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	18,93%
Plutôt d'accord (4)	27,37%
Tout à fait d'accord (5)	17,14%

Face à cette épidémie: [J'ai peur de mettre en danger mes proches:]	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	7,67%
Plutôt pas d'accord (2)	8,18%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	13,30%
Plutôt d'accord (4)	37,08%
Tout à fait d'accord (5)	33,76%

Face à cette épidémie: [J'ai peur de contaminer mes patients:]	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	7,67%
Plutôt pas d'accord (2)	12,53%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	11,76%
Plutôt d'accord (4)	37,60%
Tout à fait d'accord (5)	30,43%

Pour faciliter la nouvelle organisation je pense que: [J'ai les compétences et connaissances nécessaires pour m'adapter:]	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	0,77%
Plutôt pas d'accord (2)	3,84%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	11,25%
Plutôt d'accord (4)	54,99%
Tout à fait d'accord (5)	29,16%

Pour faciliter la nouvelle organisation je pense que: [Je dispose des ressources matérielles nécessaires:]	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	16,88%
Plutôt pas d'accord (2)	28,64%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	16,37%
Plutôt d'accord (4)	29,67%
Tout à fait d'accord (5)	8,44%

Pour faciliter la nouvelle organisation je pense que: [Je peux obtenir de l'aide lorsque j'ai des difficultés avec l'organisation de travail:]	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	13,30%
Plutôt pas d'accord (2)	21,23%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	27,11%
Plutôt d'accord (4)	28,13%
Tout à fait d'accord (5)	10,23%

Face à la crise sanitaire: [J'ai pris de nouvelles habitudes dans l'organisation de mon travail:]	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	2,05%
Plutôt pas d'accord (2)	4,35%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	14,07%
Plutôt d'accord (4)	53,71%
Tout à fait d'accord (5)	25,83%

Face à la crise sanitaire: [J'ai pris de nouvelles habitudes d'hygiène:]	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	4,35%
Plutôt pas d'accord (2)	8,44%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	13,81%
Plutôt d'accord (4)	45,78%
Tout à fait d'accord (5)	27,62%

Face à la crise sanitaire: [J'ai pris de nouvelles habitudes concernant l'administration des soins aux patients:]	
Réponse	Pourcentage
Pas du tout d'accord (1)	6,14%
Plutôt pas d'accord (2)	11,76%
Ni d'accord, ni pas d'accord (3)	23,02%
Plutôt d'accord (4)	41,69%
Tout à fait d'accord (5)	17,39%

Face à la gestion de la crise, je me sens: [Heureux(se)]	
Réponse	Pourcentage
Jamais (1)	12,53%
Rarement (2)	24,81%
Parfois (3)	37,34%
Souvent (4)	21,48%
Toujours (5)	3,84%

Face à la gestion de la crise, je me sens: [En colère, irrité(e)]	
Réponse	Pourcentage
Jamais (1)	6,65%
Rarement (2)	12,53%
Parfois (3)	35,29%
Souvent (4)	38,87%
Toujours (5)	6,65%

Face à la gestion de la crise, je me sens: [Triste, déprimé(e)]	
Réponse	Pourcentage
Jamais (1)	27,62%
Rarement (2)	23,02%
Parfois (3)	30,95%
Souvent (4)	16,37%
Toujours (5)	2,05%

Face à la gestion de la crise, je me sens: [Apeuré(e), effrayé(e)]	
Réponse	Pourcentage
Jamais (1)	31,20%
Rarement (2)	29,41%
Parfois (3)	25,58%
Souvent (4)	11,51%
Toujours (5)	2,30%

Face à la gestion de la crise, je me sens: [Dégoûté(e)]	
Réponse	Pourcentage
Jamais (1)	27,37%
Rarement (2)	15,09%
Parfois (3)	24,81%
Souvent (4)	23,79%
Toujours (5)	8,95%

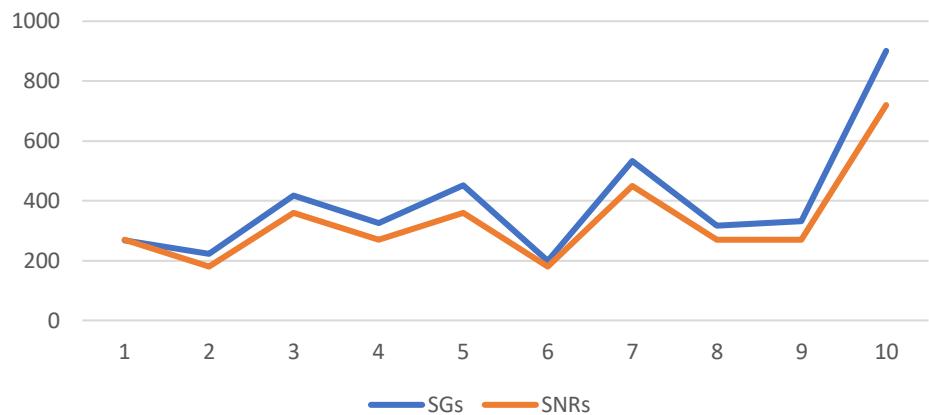
Face à la gestion de la crise, je me sens: [Honteux(se)]	
Réponse	Pourcentage
Jamais (1)	75,70%
Rarement (2)	11,51%
Parfois (3)	8,70%
Souvent (4)	3,32%
Toujours (5)	0,77%

Face à la gestion de la crise, je me sens: [Culpabilisé(e)]	
Réponse	Pourcentage
Jamais (1)	63,94%
Rarement (2)	18,93%
Parfois (3)	12,02%
Souvent (4)	5,12%
Toujours (5)	0,00%

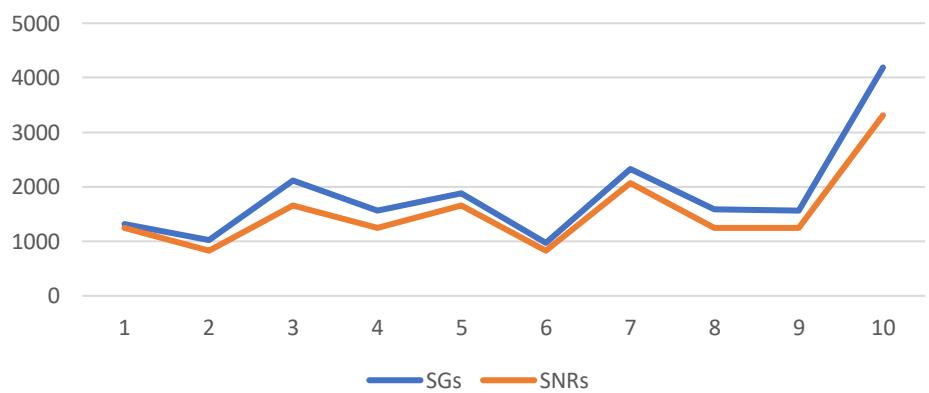
Face à la gestion de la crise, je me sens: [Surpris(e), dépassé(e)]	
Réponse	Pourcentage
Jamais (1)	32,74%
Rarement (2)	30,18%
Parfois (3)	25,83%
Souvent (4)	10,23%
Toujours (5)	1,02%

Annexe 28 : Résultats d'acceptance de la partie 3:

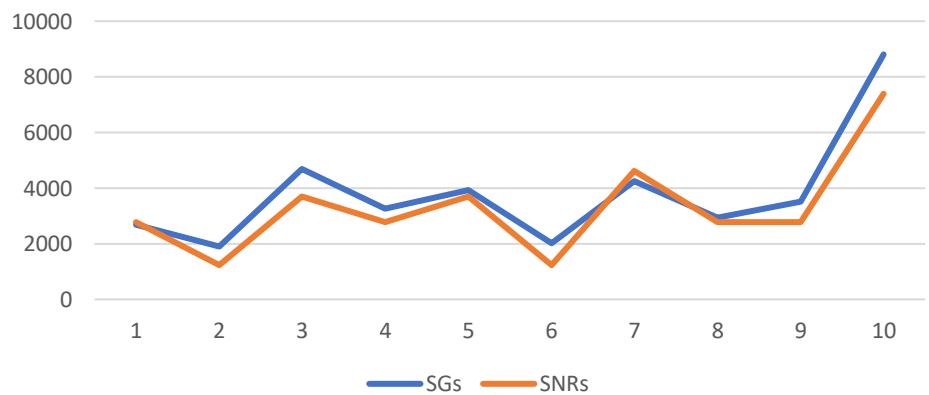
Graphique 5: Comparaison entre les Sgs d'acceptance et les SNRs de l'échantillon A



Graphique 6: Comparaison entre les SGs d'acceptance et les SNRs de l'échantillon B



Graphique 7: Comparaison entre les SGs d'acceptance et les SNRs, échantillon C



Mémoire de Master 2 SDE « Promotion et Education à la Santé »

Année universitaire **2019-2020**

Nom de naissance et prénom: **GAULIER Chloé Pauline**

Titre : La région Auvergne-Rhône-Alpes face à la pandémie de la COVID-10 :

Retour d'expérience des professionnels de santé prenant en charge des personnes âgées.

Sous-titre : Compréhension des changements organisationnels du système de soins et acceptation des professionnels de santé

Problématique : la région AURA face à la pandémie de la COVID – 19 :

Comment les professionnels de santé vivent-ils et acceptent-ils les changements organisationnels du système de soins ?

Résumé : Face à la pandémie mondiale de la COVID-19, dans l'urgence et l'incertitude de la situation, le système de soins français a du entièrement se réorganiser pour apporter une réponse adaptée à la demande en santé de la population. Dans une finalité de promotion de la santé et de la qualité de vie au travail des soignants de la région Auvergne-Rhône-Alpes, il est nécessaire de pouvoir anticiper les prochaines gestion de situations sanitaires exceptionnelles. Pour cela, il est primordial d'étudier l'acceptation des professionnels de santé vis-à-vis des changements qui se sont opérés et d'en comprendre les facteurs l'ayant influencée (positivement et négativement). Le projet « ARECOVID » consiste en l'étude sociologique des avis, représentations et expériences des professionnels de santé. A l'aide d'une approche qualitative et quantitative nous avons cherché à comprendre en profondeur la réalité subjective des soignants vis-à-vis de l'ampleur, de la nature et de la complexité des changements organisationnels du système de soins. Avec un total de 472 participants issus de secteurs médicaux confondus (professionnels médicaux et paramédicaux, hospitaliers, en établissement médico-social ou en médecine de ville), nous avons pu étudier l'acceptation des soignants et mettre en avant les différents leviers, freins et pistes d'améliorations de cette gestion de crise.

Front of the global pandemic of COVID-19, in the urgency and uncertainty of the situation, the French health system had to completely reorganize itself to provide a response adapted to the health demand of the population. In order to promote the health and quality of life at work of carers in the Auvergne-Rhône-Alpes region, it's necessary to be able to anticipate the next management of exceptional health situations. To do this, it's essential to study the acceptance of health professionals in relation to the changes that have taken place and to understand the factors that have influenced it (positively and negatively). The "ARECOVID" project consists of the sociological study of the opinions, representations and experiences of health professionals. Using a qualitative and quantitative approach, we sought to gain an in-depth understanding of the subjective reality of caregivers with regard to the magnitude, nature and complexity of organizational changes in the care system. With a total of 472 participants from all medical sectors (medical and paramedical professionals, hospitals, medical-social institutions or city medicine), we were able to study the acceptance of caregivers and highlight the various levers, brakes and ways to improve this crisis management.

Mots-clés : COVID-19, Professionnels de santé, Organisation sanitaire, Retour d'expérience, Acceptation

(Réservé à l'administration) Date de soutenance :

Note attribuée :