



## RAPPORT D'ETUDE

### EVALUATION DU PROJET « IP'COV » :

*Impact Psychologique de la pandémie de COVid-19 sur le personnel  
d'Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes*

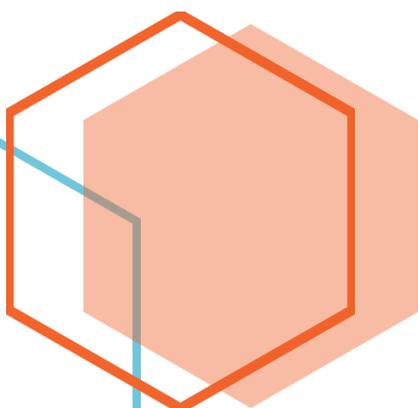
19 JANVIER 2022

---

**Thomas Prieur**

Chargé de projets, GÉrontopôle AURA

*Sous la direction de Nathalie Barth (cheffe de projets)*



## **Table des matières**

Introduction.....	4
Le projet « IP'COV » : objectifs et méthodologie.....	5
1. Objectifs du projet « IP'COV ».....	5
2. Méthodologie du projet.....	6
2.1 Echantillonnage.....	6
2.2 Les outils mobilisés pour l'évaluation des signes anxieux, dépressifs et état de stress post-traumatique.....	6
II. Une évaluation globale du projet « IP'COV ».....	7
1. Méthodologie de l'évaluation.....	9
1.1 Une démarche compréhensive inductive.....	9
1.2 Les outils d'enquête : guide d'entretien semi-directifs.....	10
III. Résultats de l'évaluation.....	12
1. Résultats des entretiens semi-directifs.....	12
1.1 Un projet accepté et répondant à un besoin clairement identifié par les participants.....	13
1.2 Conditions de passation de l'auto-questionnaire.....	14
1.3 Les attentes des participants.....	18
1.4 L'utilité du dispositif.....	21
1.5 Les limites perçues de l'enquête par ses participants.....	22
1.6 Les effets du dispositif dans les EHPAD.....	25
1.7 L'utilité d'une orientation vers un psychologue pour le personnel d'EHPAD.....	26
1.8 La participation des médecins du travail :.....	28
1.9 L'analyse des effets des caractéristiques sociodémographiques.....	29
2. Evaluation des objectifs du projet.....	30
2.1 La mesure de l'effet de la pandémie sur la santé du personnel d'EHPAD.....	30
2.2 L'orientation vers une prise en charge médicale adaptée.....	31
2.3 L'identification des facteurs sociaux professionnels et médicaux associés aux troubles mentaux.....	31
IV. Limites de l'évaluation.....	32
V. Préconisations.....	33
VI. Conclusion.....	34

Bibliographie .....	35
Annexes .....	38
3. Annexe 1 : Avis Comité d'éthique référence CE 2021-92 .....	38
4. Annexe 2 : Guide d'entretien à destination des directeurs d'EHPAD.....	39
5. Annexe 3 : Guide d'entretien à destination des membres du personnel d'EHPAD.....	40
6. Annexe 4 : Guide d'entretien à destination des médecins du travail.....	42
7. Annexe 5 : Tableau d'analyse thématique des entretiens.....	43

## Introduction

Le personnel soignant impliqué dans la prise en charge de patients âgés (résidant en EHPAD ou établissement d'hébergement, infectés par la COVID-19) est exposé à des situations stressantes et à une charge émotionnelle relative aux conditions de travail sans précédent. Les changements permanents et une organisation fluctuante des services nécessitent en effet des adaptations constantes de la part des professionnels. Au-delà, l'impact de la pandémie sur les résidents (isolement, perte de repère, décès, souffrances des familles...), est également susceptible d'affecter l'état de santé psychique et psychologique du personnel de ces établissements (El-Hage et al., 2020). De précédents travaux ont souligné les risques psychosociaux élevés auxquels est exposé le personnel des EHPAD et leurs liens avec l'altération de l'état de santé physique et psychique (Pelissier et al., 2014 ; Pelissier et al., 2015 ; Routelous et al., 2020 ; Hergue., Lenesley., et Narme., 2019). Dans ce contexte de pandémie sans précédent, l'angoisse, l'inquiétude et l'incertitude pour les professionnels ont été renforcées (Hawke et al., 2021 ; Pfefferbaum, et North, 2020 ; Talevi, et al. 2020).

Suite à la première vague épidémique et aux bouleversements qu'elle a engendré sur la prise en charge des résidents dans les établissements d'hébergement de type EHPAD (isolement, confinement, visite interdite, repas en chambre, conflits éthiques, difficultés de soin, etc [Hazif-Thomas., Tritschler Le Maître., Thomas., 2021]), le CHU de Saint-Etienne a expérimenté le projet « *Impact Psychologique de la pandémie de COVid-19 (IP'COV) sur le personnel d'établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes* ». Soutenu par la CNSA (2020-2021), l'objectif de IP'COV était d'étudier l'impact de la pandémie de COVID-19 sur la santé mentale du personnel des EHPAD de l'agglomération stéphanoise et de sa métropole (42). Ce projet dirigé par l'un des médecins hospitaliers du travail, a eu pour objectif d'expérimenter le déploiement d'un dispositif de repérage des symptômes anxieux, dépressifs et d'état de stress post traumatique par auto-questionnaire. Il était destiné aux personnels des EHPAD en poste depuis le 1<sup>er</sup> Janvier 2020. Cette étude a reçu un avis favorable du comité d'éthique le 7 octobre 2020 (le numéro IRBN1202020/CHUSTE) et une déclaration à la CNIL le 27 juillet 2020 (Reference 2218857v0). C'est également dans le cadre de ce projet qu'une thèse de médecine générale et un mémoire de master 2 de Santé Publique ont été soutenus en 2021.

Le Gérontopôle AURA, partenaire du projet, centre de ressources et d'expertises en matière de vieillissement, a procédé à l'évaluation globale du projet dans l'objectif de rendre compte des difficultés et des leviers à la réalisation d'un tel projet auprès de ce public (personnels et directeurs d'EHPAD). Ainsi, au-delà de suivre l'avancement du projet et sa réalisation, la concordance avec les objectifs initiaux du projet, c'est aussi l'impact de l'étude sur les professionnels qui a été évalué à travers son acceptabilité et son retentissement sur les pratiques.

## **Le projet « IP'COV » : objectifs et méthodologie**

### **1. Objectifs du projet « IP'COV »**

Au regard du protocole à destination de tous les professionnels exerçants en EHPAD, ce projet avait pour objectifs :

- De préciser la fréquence des troubles anxieux, dépressifs et état de stress-post-traumatique pour le personnel des EHPAD impliqué dans la crise sanitaire COVID-19
- De repérer parmi le personnel des EHPAD les personnes présentant des symptômes de troubles anxieux, dépressifs et état de stress-post-traumatique suite à la crise sanitaire COVID-19 et de les orienter vers une prise en charge médicale adaptée
- D'identifier les facteurs professionnels et médicaux associés aux symptomatologies anxieuses, dépressives ou état de stress-post-traumatique pour adapter les actions de prévention

La population cible initiale de ce projet devait être constituée par le personnel soignant des EHPAD, partant du postulat que ce public était plus à même de développer des troubles que les autres professionnels de l'établissement. La réalité du terrain, suite aux premiers échanges notamment avec les directeurs des établissements, a conduit les porteurs du projet à élargir sa population à l'ensemble des professionnels de l'EHPAD soignants et non-soignants (administratifs, techniciens, animateurs...).

## 2. Méthodologie du projet

### 2.1 Echantillonnage

Lors de la mise en place de cette étude, il était prévu de faire appel aux médecins du travail coordinateur afin d'impliquer les médecins du travail intervenants auprès d'EHPAD dans ce projet et d'utiliser leurs réseaux dans l'échantillonnage du dispositif. Cependant, faute de non-réponse de leur part, le Gérontopôle AURA a été sollicité pour le recrutement des EHPAD participants au dispositif.

Ainsi, les directeurs de vingt-quatre EHPAD de Saint-Etienne et sa métropole ont été contactés avec l'aide du Gérontopôle AURA pour leur proposer d'inclure le personnel de leur établissement dans ce projet. Au final, douze EHPAD ont participé à l'étude (50%).

Les sujets éligibles de chaque EHPAD ont été informés de la mise en œuvre du projet au moyen d'une lettre d'information.

### 2.2 Les outils mobilisés pour l'évaluation des signes anxieux, dépressifs et état de stress post-traumatique

L'évaluation des signes anxieux, dépressifs et état de stress post-traumatique s'est faite à partir d'auto-questionnaires anonymes élaborés en utilisant des échelles d'évaluation validées scientifiquement pour ces pathologies. En plus de formulaire papier (plébiscité par les directeurs d'EHPAD) et d'une logistique permettant d'assurer la confidentialité des données<sup>1</sup>, la possibilité de passation de l'auto-questionnaire anonyme en ligne a été proposée via un lien URL et/ou un QR code spécifique pour chaque EHPAD.

Pour évaluer l'anxiété et la dépression, il a été décidé d'utiliser l'échelle HAD qui est un auto-questionnaire établi par Snaith et Zigmond en 1983 pour détecter et classer la sévérité de l'anxiété et de la dépression (Zigmond et Snaith, 1983).

Ensuite, pour évaluer l'état de stress post-traumatique, l'échelle PCL-5 créée par Weather et al en 2013 (Weather et. Al, 2013) et traduite en français par Desbiendras (Ashbaugh et al., 2016) a été utilisée.

---

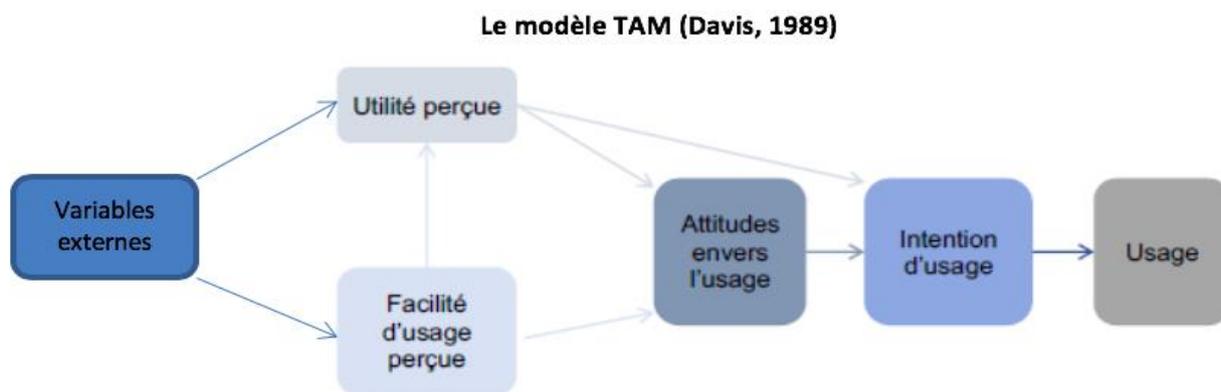
<sup>1</sup> Pour garantir la confidentialité des données, le protocole d'étude prévoyait que le questionnaire complété serait remis dans une enveloppe cachetée puis déposée dans une urne fermée.

Enfin, pour repérer les facteurs explicatifs des pathologies mentales, il a été décidé de rechercher les facteurs professionnels et médicaux qui y sont liés. Cela s'est fait à l'aide de questions intégrées dans le questionnaire (âge, genre, situation familiale, fonction, temps de travail, ancienneté, vécu de la crise COVID, antécédents psychologiques, prise de traitement, arrêt de travail). L'évaluation du niveau du stress s'appuyait sur l'utilisation d'une échelle visuelle analogique.

## II. Une évaluation globale du projet « IP'COV »

C'est dans la continuité de ce projet et dans une perspective d'analyse de son vécu par ses participants que le GÉrontopôle AURA a procédé à son évaluation. Pour cela, nous avons enquêté sur son acceptabilité par la population cible (personnels et directeurs d'EHPAD) en terme d'intérêt, de faisabilité et d'utilité du dispositif.

L'objectif principal est d'identifier les freins et les leviers dans la mise en œuvre de ce projet. En d'autres termes, est-ce que ce projet a facilement été accepté par ses participants ? Répond-il à leurs attentes et à leurs besoins ? Quels bénéfices pour les participants ? Répond-il à une démarche de sensibilisation, de prévention auprès de ce public ? Au-delà d'un constat et de l'identification des troubles, ce projet participe-t-il à engager les personnes dans un parcours de soin ? Si tel est le cas, comment favoriser l'essaimage d'un tel projet ? Le cas échéant, comment l'améliorer ? L'évaluation a été réalisée à partir du modèle TAM (Technology Acceptance Model, Davis. & Warshaw., 1989), modèle communément utilisé pour les études d'acceptabilité. Ce modèle repose sur les théories d'action raisonnée (Fishbein et Ajzen, 1975) et du comportement planifié (Ajzen, 1991) qui visent à comprendre et prédire le comportement humain et l'intention d'usage.



*Schéma n°1 : Le modèle TAM de Davis, 1989*

L'étude de l'acceptabilité revient à l'examen de l'utilité de l'objet et à sa facilité d'utilisation. Si ces deux critères sont perçus positivement par l'individu, son attitude et son intention d'usage seront favorables à l'utilisation de l'outil. Dans notre cas, la participation à un dispositif de prévention des troubles anxio-dépressifs et d'état de stress post-traumatique. De ce fait, dans une démarche de recherche, nous avons étudié ce dispositif et ses résultats afin de savoir s'ils étaient en adéquation avec les attentes et les besoins de la population cible, ce qui peut expliquer l'adhésion et l'implication des personnes au dispositif, afin de l'améliorer pour qu'il soit plus adapté et par conséquent plus efficace lors d'un essai.

Enfin, l'évaluation consistait également à identifier l'atteinte des objectifs initialement établis en termes d'identification de la prévalence des troubles anxieux, dépressifs et état de stress post-traumatique pour le personnel des EHPAD impliqué dans la crise sanitaire COVID-19 ; de repérage parmi le personnel de personnes présentant des symptômes de troubles anxieux, dépressifs et état de stress post-traumatique ; d'orientation de ces personnes vers une prise en charge médicale adaptée ; d'identification des facteurs professionnels et médicaux associés à ces symptomatologies.

Cette évaluation a reçu un avis favorable du comité d'éthique le 17 Juin 2020 (le numéro IRBN922021/CHUSTE) (cf. annexe 1).

## 1. Méthodologie de l'évaluation

Notre travail de terrain pour cette évaluation s'est déroulée en deux temps. Dans un premier temps, nous avons pris connaissance de la mise en place et du déroulé de ce projet auprès des investigatrices et opératrices de l'étude. Pour ce faire, nous avons réalisé des entretiens semi-directifs auprès de l'investigateur principal mais aussi des étudiantes investies dans la démarche. Ces entretiens avaient pour objectifs de mieux comprendre le contexte dans lequel ce projet s'inscrivait ; ses objectifs ; les perspectives d'utilisation de ses résultats mais aussi de connaître la mise en œuvre de la réalisation de ce dispositif.

Dans un second temps, nous avons réalisé une enquête de terrain auprès de l'ensemble des participants du projet (personnels d'EHPAD répondant aux questionnaires, directeurs d'établissements, médecins du travail ayant assistés à une première restitution de l'étude en novembre 2021). Nous avons cherché à recueillir le vécu et les expériences relatives au projet, les attentes vis-à-vis du projet et l'impact du repérage sur le parcours de prévention (appropriation des résultats par les établissements, par les répondants).

### 1.1 Une démarche compréhensive inductive

Cette méthodologie qualitative nous permet de recueillir les discours au plus proche du terrain, l'objectif étant de comprendre au mieux l'expérience vécue des participants lors de l'étude IP'COV, en ajustant les outils méthodologiques au fur et à mesure de la passation des entretiens. La taille de l'échantillon a été déterminée suivant le principe de la saturation empirique (Thiétart, 2003), nous offrant un fort contenu explicatif (Jodelet, 2003 ; Nils et Rimé, 2003 et Pirès, 1997). Cette dernière est atteinte lorsque le chercheur n'est pas en mesure de trouver des informations supplémentaires pour améliorer la théorie : « *La saturation empirique désigne alors le phénomène par lequel le chercheur juge que les derniers documents, entrevues ou observations n'apportent plus d'informations suffisamment nouvelles ou différentes pour justifier une augmentation du matériel empirique* » (Pirès, 1997). De plus, Griffin et Hauser ont démontré en 1993 que le nombre d'informations additionnelles diminuait avec le nombre de personnes interrogées selon une loi bêta-binomiale. Une analyse parallèle a donc été réalisée

entre chaque entretien afin de déterminer le moment où un nouvel entretien n'apportait plus d'informations supplémentaires (Griffin et Hauser, 1993).

Conformément à la méthodologie classique, pour assurer la confidentialité et la protection des données des personnes mais aussi pour assurer le traitement des discours, chaque entretien a été enregistré avec l'accord de l'interviewé et sauvegardé sur un serveur sécurisé. Une procédure d'anonymisation a été engagée. Une retranscription partielle des entretiens a été réalisée pour faciliter l'analyse thématique de contenu. Après analyse, les enregistrements audio ont été supprimés. L'analyse du corpus d'entretiens s'est faite manuellement par la méthode d'analyse de contenu thématique et d'une analyse des thématas (Markova, 2003). L'analyse de contenu thématique consiste en une isolation systématique des thèmes évoqués par les différents interviewés suivi d'une analyse de la fréquence d'apparition de ces thèmes au sein du corpus (c.f annexe 5). Suite à cette isolation des thèmes récurrents dans les discours des interviewés, nous avons analysé leur organisation en terme d'antagonisme afin de mettre en évidence les freins et les leviers rencontrés lors de la mise en place, de la passation et de la réception des résultats de l'étude IP'COV. Enfin, pour comprendre sur quoi s'ancrent ces freins et ces leviers, nous avons relevé les contenus discursifs liés à ces thèmes.

## 1.2 Les outils d'enquête : guide d'entretien semi-directifs

Les guides d'entretien sont spécifiques à chaque population enquêtée. Cependant, chaque guide d'entretien commençait par une partie portant sur le poste des interviewés et leur vécu professionnel de la pandémie en 5 items (cf. annexes 2, 3 et 4).

Ainsi, les guides d'entretien soumis à ces populations contenaient une partie portant sur les difficultés rencontrées à la fois dans la volonté de participer à cette étude, ou pour la mettre en place, et à la fois dans la passation des questionnaires. Ensuite, les guides d'entretien portaient sur les effets du questionnaire, notamment sur la perception de leur santé mentale et des prises de conscience qu'il a pu induire, mais aussi sur leur qualité de vie au travail. Ils ont également exploré comment les répondants percevaient le questionnaire, voire l'étude IP'COV, et comment ils pouvaient être améliorés. Enfin, ils ont porté sur l'après du questionnaire en leur demandant s'ils avaient reçu un message leur conseillant d'aller voir un professionnel de santé ; si tel était le cas, s'ils avaient consulté un professionnel de santé

et comment ils l'avaient vécu. De plus, nous les questionnions sur leur ressenti du besoin d'en consulter un, qu'ils aient reçu ou non un message de prévention.

Le guide d'entretien spécifique aux directeurs d'EHPAD avait comme thématiques propres (cf. annexe 2) :

<u>Mise en place de l'étude</u>	<u>Mesures prises suite à l'étude</u>
7 items	4 items

Le guide d'entretien destiné au personnel d'EHPAD avait comme parties spécifiques (cf. annexe 3) :

<u>Le questionnaire</u>	<u>Bilan sur le dispositif</u>
11 items	7 items

Pour les guides d'entretien des directeurs d'EHPAD et du personnel d'EHPAD, nous avons retenu comme variables sociodémographiques explicatives leur poste et le type d'administration de l'EHPAD (publique, privée ou d'administration publique autonome). Le poste des interviewés allait nous permettre d'isoler les spécificités de leur discours sur le projet selon leur profession, notamment s'ils font partie du personnel soignant ou du personnel non soignant. Ensuite, le type d'administration de l'EHPAD allait nous permettre de comparer les dispositifs de prévention mis en place selon les caractéristiques administratives de l'établissement.

Le guide d'entretien élaboré à destination des médecins du travail avait comme parties spécifiques (cf. annexe 4) :

<u>L'étude IPCOV</u>	<u>La restitution</u>
3 items	5 items

Pour le guide d’entretien des médecins du travail, nous avons retenu comme variables sociodémographiques explicatives leur poste et les types d’administration des EHPAD auprès desquels ils intervenaient. Le relevé du type de poste du médecin avait pour but de comparer les discours sur le projet des médecins du travail avec celui des médecins coordinateurs afin de comparer leur appropriation du projet. Le type d’administration des EHPAD (public ou privé) auprès desquels intervenaient les médecins allait nous permettre de comparer également la manière dont ils allaient s’approprier ce projet selon les caractéristiques des établissements auprès desquels ils interviennent.

### III. Résultats de l’évaluation

#### 1. Résultats des entretiens semi-directifs

Au total, douze entretiens ont été réalisés entre octobre 2021 et décembre 2021, pour une durée moyenne de 44 minutes. Notre échantillon était constitué de quatre directeurs d’EHPAD (dont 3 dans des établissements publics), sept membres du personnel (avec 3 personnes du secteur privé et 4 personnes du secteur public) et un médecin du travail. Parmi les membres du personnel, nous avons eu quatre soignants et trois non-soignants.

	Directeur	Personnel soignant	Personnel non soignant (autre que directeur)	Médecin du travail	<b>Total</b>
Secteur public	3	3	1		<b>7</b>
Secteur privé	1	1	2	1	<b>5</b>
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>12</b>

## 1.1 Un projet accepté et répondant à un besoin clairement identifié par les participants

La moitié des participants ayant répondu à l'enquête ont clairement exprimé un vécu positif vis-à-vis du dispositif IP'COV, aussi bien par le personnel que par les directeurs :

*« Moi, dans la mesure du possible j'essaie toujours de collaborer aux enquêtes parce que je...  
Pis, d'autant plus que c'est exceptionnel qu'il faut qu'on ait un rôle là-dedans pour  
l'apprentissage et si ça revient comment on peut refaire autrement » (Personnel d'EHPAD,  
établissement public)*

*« Ça remet en question le système, les pratiques. Ce n'est pas mauvais. Au contraire. »  
(Assistant de direction, établissement public)*

Cette adhésion des participants est justifiée, dans un quart des entretiens, par l'intérêt perçu porté au personnel des EHPAD qui est dans les discours rapporté comme « rare ». En effet, les personnes interrogées sont contentes que l'on porte un regard sur leur pratique et sur la difficulté de leur métier, mis en lumière par la crise du COVID19 :

*« Il y avait une chose importante aussi, c'était la première fois qu'on s'occupait, qu'on se  
préoccupait des EHPAD. Moi je n'ai jamais vu d'études comme ça dans les établissements  
médico sociaux. C'était la première fois. [...] On pense enfin aux EHPAD. » (Directeur,  
établissement public)*

De plus, la grande majorité des répondants jugent le questionnaire facile à remplir et « clair » dans ses questions. Il est aussi perçu comme étant un outil adapté pour l'évaluation de la santé mentale :

*« Moi je trouve qu'elles étaient faciles à remplir, assez claires. » (Personnel d'EHPAD,  
établissement public)*

*« Je pense que ça peut être un bon moyen en effet. (...) Je vois sur certains membres du  
personnel, pas sur cet EHPAD en tout cas, (...) chez lesquels on perçoit des difficultés. Ça peut  
être le moyen (...) d'essayer de discuter, d'engager une conversation avec eux sans être  
intrusif parce qu'on ne peut pas en notre qualité de collègue aller plus loin. [...] Je pense  
justement que ce type de questionnaire c'est un bon moyen pour toucher plus de gens »  
(Personnel EHPAD, établissement public)*

Enfin, pour toutes les personnes enquêtées qui ont échangé à propos du questionnaire avec une personne proche, la personne avec qui elles en ont discuté a jugé cet outil plutôt intéressant :

*« Il a trouvé que c'était bien de le proposer aux personnes concernées » (Personnel d'EHPAD,  
établissement public)*

Ainsi, le remplissage de l'auto-questionnaire de l'étude IP'COV a facilement été accepté dans son contenu par le personnel et les directeurs, ces derniers ayant trouvé l'outil pertinent pour l'évaluation de la santé mentale. De ce fait, les modalités de « repérage » semblent être acceptées par le personnel et les directeurs d'EHPAD. Une reproduction de ce dispositif avec ce contenu ne poserait pas de difficulté d'adhésion et de participation chez le personnel d'EHPAD mais aussi sur d'autres populations puisque des personnes extérieures aux EHPAD ont trouvé ce dispositif intéressant.

## 1.2 Conditions de passation de l'auto-questionnaire

Les récits d'entretien rendent compte de modalités de passation du questionnaire différentes selon les établissements. En effet, la présentation de l'étude comme le « rendu » des questionnaires ont varié selon les établissements investigués. Le questionnaire a pu par exemple être présenté par la direction de l'établissement, par les cadres de santé ou d'autres membres du personnel. Ainsi, nous ne retrouvons pas dans les discours une homogénéisation des conditions de passation du questionnaire :

*« C'était le directeur mais dans quel contexte alors là je ne saurais me rappeler... Je ne pense pas que c'était en réunion informelle... Je pense que c'était en petit groupe. Je pense que c'était plus comme ça. [...] Je ne vois pas le truc présenté dans une grande assemblée. On a aussi été informés parce qu'on a reçu un mail sur notre boîte mail. [...] Il me semble qu'il y avait deux jeunes filles. » (Personnel d'EHPAD, établissement public)*

*« C'était la cadre [qui nous l'a présenté] à une relève du personnel. » (Personnel d'EHPAD, établissement public)*

*« C'était l'animatrice de l'EHPAD, c'était sous forme de QCM. » (Personnel d'EHPAD, établissement privé)*

De plus, les modalités de diffusion des questionnaires papiers et les modalités de dépôt des questionnaires variaient selon les établissements. De ce fait, le protocole de l'enquête variait selon les établissements, ne remplissant pas toujours les conditions « idéales » de passation (urne au regard de tous par exemple pour une plus grande visibilité du projet) et ce quel que soit le support (papier ou informatique) :

*« Alors y a eu deux modes de diffusion. Effectivement, mise à disposition des questionnaires papier à l'entrée là où passent tous les professionnels, il y avait aussi la boîte où les déposer. Et aussi on communique avec chaque agent, on communique par mail, et donc tous les agents ont reçu un message avec la pièce jointe du questionnaire. [...] L'urne était disposée à l'entrée où passent tous les professionnels, il y a une entrée spécifique pour les professionnels. [...] De toute façon les affichettes [avec un QRcode], nous on a un circuit*

*d'affichage. Là ça a dû être mis sur les panneaux d'affichage professionnel et dans les salles de soins » (Directeur d'EHPAD, établissement public)*

Parfois, les récits rendent compte d'organisation plus aléatoire comme par exemple des feuilles déposées ici ou là :

*« Il y avait quelques feuilles agrafées, déposées sur le bureau de la surveillante, me semble-t-il, et qui ont été distribuées en relève. (...) Et c'était à remplir et à déposer dans une boîte en carton. Y en avait une dans le bureau de la surveillante et y en avait une en bas, à l'accueil, au secrétariat. [...] je n'ai pas de souvenir de ça [des QRcodes] mais dès que j'avais le format papier, j'ai pas cherché d'autre format. » (Personnel d'EHPAD, établissement public)*

La distribution anonyme des questionnaires et la mise en place des urnes de récupération a pu faciliter la participation du personnel à l'étude et donc son adhésion au dispositif. Cependant, on peut noter que le positionnement de l'urne dans le bureau d'un membre de la hiérarchie peut être un frein à la participation des équipes et donc de leur adhésion. En effet, la possibilité d'être vu comme participant à l'enquête par d'autres membres du personnel peut être perçu comme source de jugement et freiner l'adhésion au dispositif par certaines personnes. De ce fait, il semble préférable de privilégier un lieu de remise des questionnaires plus neutre et ne créant aucune interaction avec d'autres membres du personnel et notamment de la hiérarchie.

De plus, les récits confirment la nécessité d'être attentif au mode de diffusion et d'appropriation du dispositif par les membres du personnel qui relaient l'étude dans les établissements. Par exemple, un établissement a distribué nominativement les questionnaires, ce qui s'est révélé être contreproductif car ne permettant pas une totale anonymisation des questionnaires et créant des résistances quant à l'adhésion des professionnels :

*« Je leur distribuais dans des enveloppes avec leur nom. [...] Puis je cochais sur une fiche. [...] Sinon, ils remettaient l'enveloppe cachetée, donc qui était anonyme, et on le remettait dans une boîte fermée. [...] l'urne était dans le bureau de la cadre de santé. » (Directeur d'EHPAD, établissement privé)*

Cet investissement de l'échantillonnage par la direction de l'établissement s'est trouvée être justifiée par les critères d'échantillonnage de l'enquête. En effet, ceux-ci excluaient les personnes ne travaillant pas sur site après le 1er janvier 2020. Ainsi, pour respecter ces critères, la direction a pris l'initiative d'une diffusion ciblée des questionnaires :

*« Ce qui était compliqué c'était les critères, c'était un peu bloquant. Mais on comprend que pour l'enquête il fallait des critères. Et l'un des critères c'est qu'il fallait être présent au 1<sup>er</sup> janvier de l'année 2020. (...) Et ça exclut beaucoup de personnes parce que justement certaines personnes sont arrivées au moment de la crise. » (Directeur d'EHPAD, établissement privé)*

Malgré une diffusion ciblée, la remise des questionnaires remplis était anonyme (comme l'indique le verbatim précédent) et donc que chaque personne ayant reçu un questionnaire était libre de participer selon sa volonté. Nous pouvons donc supposer que ce mode de passation du protocole n'a pas eu de grandes répercussions sur l'adhésion des participants au dispositif.

Enfin, dans certains établissements, les conditions de diffusion et de remise des questionnaires n'étaient pas respectées, mettant ainsi en difficulté l'anonymat des réponses et donc l'adhésion du personnel au dispositif :

*« C'était « on vous met le tas de questionnaires et servez-vous ! » (rire). Je pense qu'il n'y a pas dû y avoir beaucoup de retours et il y a dû y avoir une demande au niveau de la hiérarchie pour qu'il y ait plus de retour. Après ça nous a plus été distribué, avec plus d'insistance, c'était plus « avez-vous rempli le questionnaire parce qu'on doit le rendre pour telle date donc ça serait bien que vous le remplissiez ». C'était plus une question d'obligation. [...] C'était présenté par la cadre de santé de la résidence. [...] Ils [les questionnaires] étaient disposés dans son bureau [de la cadre de santé]. [...] On n'avait pas d'urne nous. Mais c'était pas une urne fermée. [...] Non, je vous dis, je pense qu'il y avait la pile de photocopies dans son bureau et les gens qui ont répondu lui ont rendu en mains propres ou voilà, déposé dans la bannette. » (Personnel d'EHPAD, établissement public)*

Dans ce cas, nous constatons que la participation du personnel a dû se faire au travers d'une insistance du personnel encadrant, montrant la difficulté d'adhésion du personnel au dispositif. Nous pouvons supposer que cette difficulté d'adhésion provient des conditions de passation du questionnaire, notamment avec un rendu en face à face sans masquage du nom, laissant la possibilité d'une lecture des réponses par un tiers. Cette possibilité de lecture de résultats non anonymes par un tiers a pu créer une crainte de jugement par les pairs et plus particulièrement chez les personnes qui pensent avoir des pathologies mentales, freinant ainsi

leur adhésion au dispositif, leur repérage pathologique et par conséquent leur prise en charge médicale.

Enfin, en se concentrant sur les modalités de diffusion des questionnaires informatiques, celles-ci variaient également selon les EHPAD car tous n'avaient pas les adresses mails de leur personnel pour leur diffuser les liens URL :

*« En ligne ça été proposé aux personnes qui ont un accès direct à internet ici » (Assistant de direction d'EHPAD, établissement public)*

*« Je l'ai reçu je me rappelle sur mon ordi personnel. Parce que notre travail nous envoie justement des mails pour notre situation, pour un tas de choses. » (Personnel d'EHPAD, établissement public)*

La mise en place informatique du protocole variait donc selon les établissements en fonction des informations en leur possession. Ainsi, l'adhésion au dispositif a pu être impactée par ces difficultés de diffusion du questionnaire virtuel, certaines personnes pouvant préférer ce format pour la liberté de passation qu'il offre (possibilité de répondre où on veut et quand on veut) et la garantie d'anonymat qu'il fournit (réponses envoyées directement sur un serveur sécurisé). Cependant, les taux de participation montrent une préférence pour le format papier (72% de réponses au format papier). Cette différence de participation peut s'expliquer par une plus grande diffusion du format papier, cependant une familiarisation au format dématérialisé et une diffusion plus systématique de celui-ci favoriserait l'adhésion des personnes au dispositif.

Nous constatons donc qu'il y a eu une grande variation dans les conditions de mise en place du dispositif au sein des EHPAD participants et que le suivi de la diffusion et du rendu des questionnaires apparaît comme central pour une bonne adhésion de la population cible au dispositif. Cette bonne acceptation est cependant à nuancer puisque la mise en place d'un tel dispositif nécessite une plus grande mobilisation de moyens humains.

De plus, comme expliqué par les organisatrices, l'implication de la direction dans l'étude semble être une condition nécessaire pour une implication des personnels et favoriserait le taux de réponses aux questionnaires. A l'inverse, si le personnel ne se sent pas concerné par le questionnaire, ne comprend pas la nécessité de participer et a l'impression d'être jugé, il n'adhèrera pas au dispositif.

Il est donc nécessaire d'engager la personne en la rendant active dans le dispositif, notamment en l'amenant à participer à une réunion de présentation du dispositif, mais

également en lui garantissant un anonymat la protégeant d'une potentielle stigmatisation par ses pairs et sa hiérarchie.

### 1.3 Les attentes des participants

Pour compléter notre évaluation, nous avons cherché à explorer les attentes des participants vis-à-vis du dispositif. Dans un quart des discours apparaît l'attente d'un accompagnement personnalisé :

*« Après c'est toujours pareil, on peut toujours s'interroger... Après on ne peut pas les aider. Il y a toujours ce sentiment, si on veut mais on ne peut pas... on peut pas accompagner les gens et les aider dans leurs difficultés... Et en même temps, y a un moment... jusqu'à quel point c'est notre rôle et jusqu'à quel point on peut le faire. » (Personnel d'EHPAD, établissement privé)*

*« On a beaucoup informé sur la maladie, sur la personne âgée... Mais la connaissance de soi... Comment, comment je reste bien aussi ? Comment je... ? Oui, la confiance en soi, « être bien dans ses baskets » comme on dit. Mais ça ne se décrète pas quoi. Y a des fois ça se travaille, ça s'accompagne. » (Directeur d'EHPAD, établissement privé)*

Cet accompagnement personnalisé viendrait donc en complément du questionnaire afin d'approfondir avec la personne les symptômes qu'il aurait déjà ciblé pour mieux l'accompagner et l'aider par rapport à ses éventuels troubles psychologiques.

Ainsi, il semble y avoir une véritable attente d'accompagnement psychologique chez les interviewés quel que soient leurs résultats au questionnaire.

Des attentes portant plus particulièrement sur des formations spécifiques sont présentes dans les discours des directeurs et du personnel d'EHPAD. La première formation présente dans ces discours porte sur la gestion de conflits avec les familles car des situations problématiques ont émergées lors de la mise en place des mesures sanitaires :

*« Y a autre chose qu'on a pas bien vécu à la résidence, c'est la presse. Parce que... Parce qu'on n'était pas armés, en tout cas, nous on était pas armés pour faire face à la presse. Parce qu'on a une ou deux familles qui, en tout cas tout au début, tout au début de la crise, qui voilà. Qui ont fait chier sur la manière dont les décès ont été gérés et voilà une fois de plus on a été jetés en pâture... à la presse. On n'était pas armés. » (Personnel d'EHPAD, établissement privé)*

*« [Formation]Relation usagers/professionnels. Comprendre, 'fin ça va plus loin que ça. Comment réagir face à l'agressivité des usagers. Essentiellement des familles. Comment faire comprendre les gestes barrières aux usagers [...] alors que des professionnels se sont battus pour les maintenir et protéger les résidents. » (Directeur d'EHPAD, établissement public)*

La seconde formation attendue présente dans un quart des discours serait sur la gestion de crises sanitaires car lors de cette pandémie, selon les participants, aucun EHPAD n'était prêt et ils ont dû s'adapter dans l'urgence :

*« Formations... [...] peut-être mieux former les gens aux situations de crises. » (Directeur d'EHPAD, établissement public)*

Ainsi, il y a une attente de formations spécifiques à des situations de tension qu'ils n'avaient pas rencontrées jusque-là, telles que la crise sanitaire en elle-même ou les conflits qu'elle a induit avec les familles. Il y a donc une attente de la part des participants d'un élargissement des formations dans des dimensions sociales pour les aider à gérer de nouvelles situations de tension.

Dans les discours, nous observons également des attentes portant sur leurs conditions de travail, notamment des attentes de revalorisation à travers leur salaire et l'embauche de personnel. En effet, si certains membres du personnel ont eu droit à une augmentation de salaire, ce ne fut pas le cas pour tous sur le même poste, selon leurs contrats. Ainsi, dans un quart des entretiens, l'augmentation du salaire est centrale dans les attentes de revalorisation du personnel :

*« Après, moi par rapport à mes collègues j'étais intérimaire. [...] Donc j'intervenais comme un titulaire voir plus, c'était tronqué à 60-70 heures de plus par mois et... Donc on était plus épuisés que les autres, parce qu'on faisait plus d'heures et qu'on était plus demandés. Euh... Mais après on va dire euh... pour la fin de cette crise, nous notre plus grande injustice ça a été de pas avoir la prime covid en fait. » (Personnel d'EHPAD, établissement privé)*

De plus, les récits d'expérience dans un quart des discours font état d'une attente d'embauche de personnel car ceux-ci se sentent surmenés, considérant avoir un nombre trop important de tâches à effectuer :

*« Oui, de manière générale oui [on rencontre des difficultés dans notre métier]. C'est une surcharge de travail... un manque d'effectifs... C'est... voilà, y a plein de choses qui rentrent en compte en fait. » (Personnel d'EHPAD, établissement privé)*

*« On arrive plus à fonctionner... Y a plus aucun établissement qui fonctionne normalement actuellement. Y a pas un EHPAD actuellement qui n'est pas confronté à la problématique de la pénurie de professionnels. On n'a plus personne dans les établissements et on trouve plus personne à l'extérieur, voilà. » (Directeur d'EHPAD, établissement public)*

A ceci, s'ajoute une disparité des vécus de la pandémie selon les établissements : certains ayant bénéficié de renforts, certains ayant subi un fort taux d'absentéisme à cause d'accidents du travail, certains avec un personnel épuisé, et d'autres qui manquaient de

personnel en amont de la pandémie. Ce décalage entre le moment d'apparition des attentes et la mise en place du dispositif diminue sa sensibilité dans la mesure de la qualité de vie au travail et sa pertinence pour les participants. Cela confirme l'idée évoquée plus haut de la nécessité, selon les interviewés, d'une passation plus fréquente de ce dispositif, afin qu'il garde sa sensibilité dans sa mesure et sa pertinence pour les participants.

Ces attentes importantes de revalorisation professionnelle ne semblent pas avoir été remplies par le dispositif et sont toujours en attente d'être comblées. Ce manque peut impacter l'adhésion des participants si ceux-ci constatent que ses objectifs sont déconnectés de leur réalité.

Enfin, dans le discours du personnel non soignant mais qui est en contact avec les résidents, l'attente d'être moins mis à l'écart dans ce genre de situation est exprimée. Pour cela, il est suggéré de participer à des formations en lien notamment avec la gestion des situations de crise sanitaire :

*« Ce qui a été compliqué aussi pendant cette crise covid, c'est qu'au début on ne savait pas grand-chose dessus. [...] En plus, nous on n'est pas personnel soignant. Du coup, on est un peu mis de côté. Le personnel soignant ASH, infirmières... elles en parlent, elles font le point, elles ont de l'information. Tandis que nous on est dans un... on est dans un... on est dans un truc où euh... Même pour maintenant si vous voulez... (...) C'est les gars d'la maintenance ! [...] Et on l'a toujours ce sentiment-là [d'être mis à part] actuellement »  
(Personnel d'EHPAD, établissement privé)*

Ainsi, le discours du personnel non soignant expose le besoin de se sentir plus impliqué lors de crises sanitaires, notamment lorsqu'il entre en contact avec des résidents et des familles. En effet, ces membres du personnel étant autant, sinon plus, en contact avec les résidents des EHPAD que le personnel soignant, ils sont dans l'attente d'être aussi bien informés qu'eux sur le virus et sa gestion, ce qui n'est pas le cas actuellement. Ce sentiment d'être mis à l'écart pourrait être renforcé par le dispositif, notamment si le questionnaire ne pose pas de question qui puisse concerner leur vécu et de ce fait limiter leur adhésion au dispositif.

Nous avons donc vu que les attentes présentes dans les discours des participants vis-à-vis du dispositif étaient variées : certaines prises en compte par le dispositif, renforçant ainsi leur adhésion au dispositif ; d'autres non prises en compte par le dispositif. Cependant, pour que l'adhésion au dispositif des populations cibles lors d'un essai reste forte, il est

nécessaire de l'adapter selon les attentes des participants. Ce qui n'a pas été fait lors de cette première phase.

#### 1.4 L'utilité du dispositif

Enfin, la dernière thématique présente dans les discours des participants porte sur le rapport entre l'utilité perçue et l'inutilité perçue de ce dispositif.

Pour commencer, dans les discours des directeurs et du personnel d'EHPAD, cette étude est perçue comme utile dans ces aspects directs. Le premier aspect d'utilité directe présent dans un quart des discours est celui de la prise de conscience par ses participants de ce qu'ils ont vécu et de leur état psychologique qui peut induire un malaise. Celle-ci est considérée comme étant positive par ces interviewés car cela leur a permis de repenser la situation et de prendre du recul, tout en se questionnant sur leur santé :

*« ça m'a peut être fait questionner après coup. (...) Ouais parce qu'il y avait une réponse et je me suis dit « mais qu'est-ce que tu as rempli là ? ». C'était : « chamboulé dans votre vie ? ». Eh bien oui. Bien évidemment. » (Personnel d'EHPAD, établissement public)*

Le second aspect d'utilité directe présent dans les discours est la considération de cette étude comme un moyen d'expression pour partager leur vécu et leur situation et d'être ainsi entendus sur leurs difficultés :

*« Non, parce que j'ai aussi eu envie de le remplir. Et puis c'était intéressant aussi de, de, de... comment dire... ? C'était un simple questionnaire mais de dire, on demande notre avis, on demande notre ressenti... Et dans ce moment de crise c'était quand même, même si c'est qu'un questionnaire, c'est quand même agréable de se dire... même si c'était pour des expériences, des quotas, on nous écoutait à travers un questionnaire. Ouais un p'tit peu. C'était se faire entendre mais c'était aussi écrire sur papier notre ressenti. » (Personnel d'EHPAD, établissement privé)*

Ainsi, les participants au dispositif y trouvent une utilité immédiate, à la fois dans la prise de conscience de leur état de santé et dans le moyen d'expression qu'il représente. Cette utilité immédiatement perceptible du dispositif favorise l'adhésion et la participation à des passations futures des personnes à celui-ci.

En plus de cette utilité directe perçue, nous trouvons dans plus de la moitié les discours également le thème de l'utilité indirecte du dispositif. Ce thème se structure autour des applications futures du dispositif. En effet, les participants de cette étude considèrent que

celle-ci sera utile, si des actions en lien avec leurs attentes en découlent dans leurs établissements, qu'ils soient privés ou publics :

*« Quand on donne du sens, ça donne une autre forme et donc une autre implication. [...] Quand on a un élément probant, et quand on... Toujours pareil, quand on donne du sens à une action, le résultat est différent derrière et c'est pour ça là qu'il faut qu'on fasse le retour de cette enquête. » (Directeur d'EHPAD, établissement privé)*

*« C'est comme je vous disais : le questionnaire d'accord mais il faut qu'il y ait des choses mises en place derrière. » (Personnel d'EHPAD, établissement public)*

De plus dans leur discours, un directeur d'EHPAD et le médecin du travail considèrent que ces décisions d'actions doivent dépasser le simple cadre de l'EHPAD et être prises en charge par des organismes supérieurs tels que l'ARS :

*« Euh... Je pense qu'il y a des grosses, grosses décisions à prendre à une échelle... une échelle bien supérieure. » (Directeur d'EHPAD, établissement public)*

Toutefois, cette seconde forme de l'utilité perçue du dispositif peut se changer en inutilité perçue du dispositif. En effet, s'il n'y a pas de prise de décisions d'action au sein des établissements par rapport à ces résultats, alors cette étude sera considérée comme inutile par les directeurs et le personnel d'EHPAD :

*« Si vous voulez pour résumer et être plutôt franche, ils se sont dit « c'est pas un questionnaire qui va nous... euh... qui va nous aider ». Si vous voulez, c'est comme je vous disais, c'est... le questionnaire d'accord mais il faut qu'il y ait des choses mises en place derrière. Sinon oui. Le questionnaire c'est du vent. Vous répondez au questionnaire et c'est tout. Je pense que ça a été vécu comme ça pour la majorité. » (Personnel d'EHPAD, établissement public)*

Ainsi, il ressort des discours des interviewés que le dispositif IP'COV est perçu comme étant utile par les directeurs et le personnel d'EHPAD, à la fois immédiatement après la passation du questionnaire et dans les perspectives futures qu'il laisse envisager, ce qui favorise l'adhésion des personnes au dispositif. Toutefois, cette utilité dépend beaucoup de ses applications futures et de leurs accords avec les attentes du personnel, rendant ainsi l'adhésion au dispositif et donc sa pérennité fragiles car cela va dépendre des suites qui y seront données.

### 1.5 Les limites perçues de l'enquête par ses participants

Le discours des interviewés montre qu'ils ont relevé certaines limites dans la phase d'enquête du dispositif. Pour commencer, la moitié d'entre eux trouve que le questionnaire

n'a pas été proposé au moment le plus adapté. En effet, certains EHPAD n'avaient pas encore connu de vague de contamination lors de l'étude et d'autres avaient connu une vague de contamination depuis trop longtemps avant l'étude pour que les effets de cette dernière sur l'état psychologique soient toujours mesurables. De plus, les symptômes de troubles psychologiques et les conditions de travail explorées par cette étude étaient présentes avant la pandémie :

*« Je sais pas si c'était peut-être pas un peu trop tôt [la passation du questionnaire]. Parce qu'on ne savait pas. On ne savait pas ce que ça allait devenir cette crise. » (Directeur d'EHPAD, établissement public)*

*« Ce serait plus Judicieux après une crise plus importante. La deuxième vague... La troisième vague, ouais je ne sais pas. » (Personnel d'EHPAD, établissement public)*

Cette présentation du dispositif à un moment inopportun a pu impacter l'adhésion et la participation du personnel d'EHPAD au dispositif. En effet, ils ne se seraient pas forcément sentis concernés par l'étude, celle-ci arrivant trop tôt ou trop tard par rapport aux situations de crise sanitaire pouvant entraîner des troubles psychologiques.

Pour pallier cette limite, la moitié des interviewés propose une répétition de ce protocole afin d'avoir un suivi dans le temps de l'évolution de l'état psychologique du personnel, l'objectif étant de les accompagner au moment le plus opportun :

*« On voit bien qu'il y a des choses... Les réponses, on ne va pas répondre la même chose entre le moment... Dans l'analyse... Moi je trouverais intéressant de se dire une même personne qu'est-ce qu'elle répond dans 6 mois et qu'est-ce qu'elle répond un an après. » (Directeur d'EHPAD, établissement privé)*

*« Après, ce serait des questionnaires à systématiser et à rendre obligatoires pour pouvoir en tirer quelque chose de ce type-là [sur les conditions de travail]. » (Personnel d'EHPAD, établissement public)*

Ainsi, la population cible se sentirait plus concernée par le dispositif si celui-ci leur était présenté à un moment qui leur semble le plus pertinent. Toutefois, comme ils ne peuvent pas prédire quand ce moment arrivera, ils proposent une répétition du protocole. De ce fait, une répétition régulière de ce dispositif ne leur poserait pas de problème et faciliterait leur adhésion et leur participation.

Une autre limite apparaissant dans certains discours porte sur la capacité du dispositif à évaluer la qualité de vie au travail du personnel d'EHPAD durant la pandémie de COVID-19. En effet, celle-ci ne semblait pas être l'un des intérêts du dispositif selon les participants :

*« [Qu'il soit adapté] Sur les conditions de travail, c'est difficile à dire. [...] Non, parce qu'il n'avait pas vocation à ça. » (Personnel d'EHPAD, établissement public)*

Cette non perception de l'investigation de la qualité de vie au travail par le dispositif chez les participants montre que cette dimension n'était pas évidente lors de la passation du questionnaire et peut-être pas assez approfondie. De plus, nous n'avons trouvé aucun participant ne trouvant cet outil efficace pour cette mesure. Au mieux, ils ne se prononçaient pas par non expertise du sujet. Ceci nous laisse supposer que cette dimension devrait être approfondie lors de potentielles répétitions du dispositif, afin d'impliquer davantage les participants dans cette mesure et donc de mieux mesurer son rôle dans la santé mentale au travail.

De plus, quelques questionnements ont également été émis par les interviewés sur l'échantillonnage et la légitimité de chacun pour y répondre car ils n'ont pas tous vécu la pandémie de la même manière selon leur service :

*« Moi je l'ai pas vécu comme mes collègues qui l'ont vécu en direct, qui voyaient les gens qui décédaient. Moi, je vois ma fille qui est en 6<sup>ème</sup>... 5<sup>ème</sup> année de médecine, elle a fait un peu d'aide-soignante pour gagner de l'argent. Elle a vécu des choses qui n'étaient pas faciles. Ça j'l'ai pas vécu. » (Personnel d'EHPAD, établissement public)*

En effet, les membres du personnel dont le service n'est pas en contact avec les résidents et/ou n'ayant pas connu d'absentéisme n'ont pas vécu la pandémie de la même manière que ceux ayant été en contact avec les résidents et/ou ayant connu de l'absentéisme de personnel dans leur service. Ce questionnement sur la légitimité des professionnels a pu représenter un frein à leur adhésion et à leur participation au dispositif, notamment à cause de la mise en avant dans la passation de la causalité entre le vécu de la pandémie et la santé mentale.

De plus, 2 personnes interviewées soulignent la nécessité de relever la distinction entre les services. En effet, d'après les enquêtés, il aurait été intéressant de savoir quel service présente une plus grande prévalence de troubles mentaux et les facteurs (médicaux et/ou professionnels) qui y sont associés :

*« Dans ces résultats on ne voit pas qui parle. 50% trouvent qu'il y a un manque de personnel, mais c'est qui ? Les soignants ou le reste du personnel ? On ne sait pas. » (Médecin du travail)*

Enfin, la dernière limite présente dans les discours des questionnés est la thématique opposant l'aspect personnel- intime des réponses à une construction collective basée sur l'échange entre membres du personnel et lors de groupes de travail :

*« C'est un genre de questionnaire effectivement quand y a... quand y a des demandes euh... peut être... un peu plus personnelles sur lesquelles on n'échange pas » (Personnel d'EHPAD, établissement public)*

En effet, le caractère privé des thèmes du dispositif crée un frein selon certains interviewés pour faire des groupes de travail collectifs où l'on échangerait sur son vécu personnel et psychopathologique de la situation. Cependant, cela ne semble pas influencer leur adhésion et leur participation au dispositif. Ainsi, il semble difficile pour certains établissements et certains membres du personnel d'envisager des réunions ou des groupes de travail autour des résultats de l'enquête par crainte de s'exposer au jugement de leurs pairs en révélant leur vécu.

### 1.6 Les effets du dispositif dans les EHPAD

L'une des thématiques que nous aurions pu supposer être présente dans le discours des participants serait l'opposition entre l'« avant participation » au dispositif IP'COV dans les EHPAD participants et l'« après participation ».

Cependant, cette opposition thématique se présente plutôt comme une continuité dans les discours. En effet, il ressort dans la majorité des entretiens qu'il n'y a pas eu de changements dans leurs pratiques suite à leur participation au dispositif, que ce soit dans les établissements ayant déjà pris des dispositions durant la pandémie pour accompagner et soutenir psychologiquement leur personnel (en faisant appel à un psychologue ou en mettant en place des groupes de parole) ou les autres :

*« - Intervieweur : Est-ce qu'il y a eu des changements après que vous ayez rempli ce questionnaire... ? Est-ce qu'on vous a orienter vers un psychologue... ? Est-ce qu'on vous a proposé quelque chose... ?*

*- Interviewée : Non du tout. » (Personnel d'EHPAD, établissement privé)*

Cette continuité dans la pratique des établissements peut rendre caduque l'adhésion des participants au dispositif. En effet, l'absence d'effets visibles de leur participation sur leurs conditions de travail et de leur prise en charge peut impacter leur perception de l'utilité du dispositif et donc leur adhésion à ce même dispositif, comme nous le verrons plus tard.

Toutefois, la majorité des directions explique dans leur discours ce non changement dans leurs pratiques par leur volonté de s'approprier les résultats de l'étude lors de réunions du personnel, afin de mettre en place des dispositifs de soutien et d'accompagnement adaptés aux caractéristiques de leurs établissements et de leur personnel :

*« Du coup, on l'a présenté [le rapport]. On a fait un retour aux équipes mais c'est difficile de faire un retour à tout le monde. On ne sait pas sur quel... Comment faire un retour synthétique en fait. [...] ça veut dire que nous, il faut qu'on reprenne... les 7-8 pages et qu'on en fasse... des... des... parce qu'il y a certainement des... indicateurs qui sont peut-être plus intéressants pour nous » (Directeur d'EHPAD, établissement privé)*

*« Aujourd'hui si on n'a pas encore communiqué sur les résultats c'est tout simplement parce que... on se dit qu'on veut rebondir par rapport à cette enquête. [...] Comment on va le travailler, on ne sait pas encore mais on discutait de mettre en place un groupe de parole avec qui... avec inscription sur la base volontariat. » (Directeur d'EHPAD, établissement public)*

Ainsi, il semblerait au vu des discours des directions des établissements que le dispositif n'a pas eu d'effet sur les pratiques des EHPAD participants car elles n'avaient pas encore reçu le rapport pour prendre des décisions adaptées. Nous pouvons donc supposer qu'une fois que les directions se seront appropriées leurs rapports respectifs et qu'elles auront mis en place des dispositifs de prévention (orientation vers des professionnels de santé, formations adaptées, groupes de travail...), l'adhésion du personnel d'EHPAD au dispositif sera moins impactée.

### 1.7 L'utilité d'une orientation vers un psychologue pour le personnel d'EHPAD

En lien avec la santé mentale, un thème qui est apparu dans le discours des participants est le rapport au « psychologue » en tant que professionnel de soin. Ce rapport se présente par des prises de position dans les discours considérant qu'une orientation vers un

psychologue suite à la passation du questionnaire aurait pu les aider lors des moments de crise durant la pandémie et des prises de position considérant qu'elle n'aurait pas pu aider. Cette seconde prise de position se manifeste majoritairement dans les discours des personnes n'ayant pas eu de score mesurant des symptômes de maladies psychologiques.

Toutefois, certaines des personnes n'ayant pas eu de message de prévention considèrent qu'une orientation vers un psychologue aurait pu leur apporter une aide malgré qu'ils n'aient pas de troubles psychologiques, que ce soit pour eux ou pour les résidents :

*« Moi j'en ai pas vraiment ressenti le besoin... donc on m'aurait dit « il faut consulter », j'aurais été surprise. Ouais, c'est quelque chose dont j'en ai pas ressenti le besoin... mais ça ne m'aurait sûrement pas fait de mal. » (Personnel d'EHPAD, établissement privé)*  
*« Y a plein de choses de l'ordre du psychologique qui aurait mérité d'être étayé pour... bein voilà ce que vous pouvez répondre aux résidents... Voilà. Je pense que ça a beaucoup manqué. On était beaucoup sur faire des soins, voilà. [...] Mais on était pas du tout sur comment psychologiquement on peut accompagner ces résidents qui n'ont plus de lien avec la vie sociale et que les seuls liens qui les tenaient avec l'extérieur c'était quasiment nous. » (Personnel d'EHPAD, établissement public)*

Ainsi, nous pouvons constater un certain manque du dispositif pour repérer les personnes ayant besoin d'un accompagnement psychologique car certaines personnes n'ayant pas eu de message de prévention ont le sentiment d'en avoir eu besoin. De ce fait, nous pouvons dire que le dispositif présente un biais dans son repérage des personnes en attentes de soins psychologiques. Cependant, il est accepté par les participants dans sa globalité, du questionnaire au suivi médical, et ceci même par les personnes n'ayant pas reçu de message de conseil d'orientation médicale.

Cependant, ce désir d'aide est nuancé, chez cette personne, par le frein économique que représente le coût d'une séance couplé à la longueur du traitement :

*« Non parce que en fait... Quand on m'a notifié ce message, j'ai dit « oui on me propose, on me dit que j'ai peut-être besoin d'aller voir un professionnel... d'en parler... ». Mais euh... ce qui m'a arrêtée c'est surtout le coût, le prix d'une séance chez le psychologue en fait. Parce que psychiatre, ok c'est remboursé mais c'est pas pareil. Et le psychologue ça a un coût et je ne pense pas qu'en une séance le professionnel aurait pu résoudre... » (Personnel d'EHPAD, établissement public)*

Toutefois, dans ce cas, si un psychologue était présent sur leur lieu de travail et pris en charge par leur établissement, alors cela pourrait faciliter leurs démarches de soins :

*« C'est quelque chose que j'aurais pu faire mais soit si ça avait été amené directement sur notre lieu de travail. Un psychologue, voilà, par rapport au pourcentage de personnes à qui il avait été répondu de consulter un professionnel. [...] Je pense que s'aurait été une solution plus facile et qu'on aurait plus eu l'occasion ou la facilité de s'y rendre. » (Personnel d'EHPAD, établissement public)*

Ainsi, même si les interviewés sont prêts à consulter un psychologue et acceptent cette continuité du dispositif, le frein économique semble être important dans leur rupture avec la démarche de prévention. L'intervention d'un psychologue au sein des établissements enquêtés serait facilement acceptée par le personnel, qu'ils soient ou souffrance ou non, à la fois pour eux mais aussi pour les aider dans le soutien des résidents. De plus, cela faciliterait la prise en charge de leur santé mentale et donc un meilleur fonctionnement du dispositif IP'COV.

#### 1.8 La participation des médecins du travail :

Le discours du médecin du travail présente une réflexion sur la non-participation des médecins du travail au dispositif. Cela s'explique, selon lui, par le fait que les études mises en place n'aboutissent souvent à rien, amenant les médecins du travail à les considérer comme une perte de temps et donc de ne plus vouloir y participer :

*« Je sais pourquoi ils [les médecins du travail] n'ont pas participé à l'enquête, je les entends. C'est parce qu'on nous sollicite pour faire des études... et que les résultats sont toujours les mêmes et qu'aucune décision pour un changement n'est prise. Alors ils n'ont pas eu envie de perdre leur temps avec une énième étude. » (Médecin du travail)*

Ainsi, il apparaît dans son discours que les expériences passées avec des études des médecins du travail a induit un manque de perception pratique de cette étude, ce qui a constitué un frein à leur participation. Nous trouvons donc chez les médecins, comme chez les directeurs et le personnel d'EHPAD, cette considération d'utilité du dispositif par les décisions d'actions pratiques et visibles qui en découlent.

Cette considération de l'étude comme étant inutile par les médecins du travail entraîne une non-adhésion de leur part à ce dispositif. Cette non-adhésion freine leur participation à ce dispositif, ce qui est problématique dans un dispositif ayant pour objectif une prévention sanitaire avec une orientation et un suivi médical.

## 1.9 L'analyse des effets des caractéristiques sociodémographiques

Nous avons également procédé à une analyse de l'effet de certaines caractéristiques sociodémographiques que nous avons considérée comme essentielles. Ces caractéristiques sociodémographiques étaient :

- L'appartenance professionnelle (directeurs, membres du personnel soignant, membres du personnel non soignant ou médecin du travail)
- Le secteur administratif de la structure dans laquelle ils opèrent (secteur public ou secteur privé).

Notre analyse de l'effet de l'appartenance professionnelle n'a pas mis en avant de différence évidente d'adhésion au dispositif entre les deux catégories de membres du personnel : l'ensemble des membres du personnel et les directeurs de notre évaluation adhèrent au dispositif.

Cependant, nous avons soulevé une différence d'attentes entre les membres du personnel soignant et les membres du personnel non soignant, notamment ceux en contact avec les résidents, qui est une attente d'être plus impliqués dans la vie sanitaire de l'établissement. Ainsi, une exploration de leur sentiment d'implication dans la vie sanitaire de l'établissement au sein du dispositif renforcerait leur adhésion.

Toutefois, nous avons relevé une différence d'intérêt pour l'étude entre les membres du personnel et les directeurs. En effet, ces derniers présentent un intérêt pour le dispositif par souci du bien-être de leur personnel en y voyant un aspect pratique par les actions de prévention qu'ils vont pouvoir mettre en place grâce aux résultats qui leur ont été communiqués. Ainsi, nous trouvons une forte adhésion au dispositif de la part des directeurs d'EHPAD ayant participé à notre évaluation.

De par notre faible effectif, pour les médecins du travail nous n'avons pas relevé d'élément représentatif de la position de cette catégorie socioprofessionnelle vis-à-vis de ce dispositif.

Ensuite, notre analyse de l'effet du secteur administratif de l'établissement des participants n'a pas non plus mis en avant de différence évidente d'adhésion au dispositif entre les deux catégories. Ainsi, à la fois les participants appartenant au secteur public et à la fois les participants appartenant au secteur privé adhèrent au dispositif.

Cependant, nous avons relevé dans leurs discours une différence dans les aides reçues pour l'accompagnement psychologique lors de la pandémie. En effet, les établissements du secteur public ont eu un psychologue renfort COVID sur décision des autorités politiques, à la fois pour les résidents et pour le personnel, qui pouvaient être réorientés vers un professionnel de santé si besoin ; tandis que les établissements du secteur privé ont dû faire avec les ressources (économiques et humaines) déjà à leur disposition. Ainsi, une exploration par le dispositif de ces ressources afin de mieux connaître les particularités de l'établissement serait essentielle pour la mise en place de mesures de prévention adaptées au terrain, renforçant de ce fait l'adhésion des participants au dispositif grâce à un sentiment de considération renforcé.

## **2. Evaluation des objectifs du projet**

Pour ce qui est des objectifs de l'étude IP'COV, nous pouvons conclure que les objectifs portant sur la précision de la fréquence des troubles anxieux, dépressifs et état de stress post-traumatique pour le personnel des EHPAD impliqué dans la crise sanitaire COVID-19 et celui portant sur le repérage du personnel présentant des symptômes de troubles anxieux, dépressifs et état de stress post-traumatique suite à la crise sanitaire COVID-19 ont été réalisés.

### 2.1 La mesure de l'effet de la pandémie sur la santé du personnel d'EHPAD

Toutefois, ce second point n'est que partiellement réalisé. En effet, si le repérage du personnel présentant des symptômes de troubles anxieux, dépressifs et état de stress post-traumatique a été réalisé, leur lien avec la crise sanitaire COVID-19 n'a pas été établi. Cette non mesure de l'impact psychologique de la pandémie de COVID-19 sur le personnel d'EHPAD s'explique par une non connaissance de la prévalence de ces maladies mentales chez cette population avant la pandémie de la COVID-19. De plus, même si une comparaison visuelle entre les prévalences d'anxiété, de dépression et de l'état de stress post-traumatique dans les personnels des EHPAD enquêtés avec les méta-analyses des prévalences nationales des fonctionnaires a été faite, la différence d'échantillon, de population et de temporalité nous empêche d'affirmer que ces différences sont significatives.

## 2.2 L'orientation vers une prise en charge médicale adaptée

De plus, pour ce qui est de l'orientation vers une prise en charge médicale adaptée, nous ne pouvons confirmer que cet objectif ait été réalisé. En effet, pour mettre en place cette étude comme présenté initialement, cela demandait l'accord d'un CPP afin de pouvoir communiquer ses données, qui n'a pas été fait. De ce fait, il n'a pas été possible de les orienter personnellement vers un professionnel de santé. De plus, la seule personne que nous avons eue en entretien ayant reçu un message de prévention ne s'est pas rendue chez un psychologue par frein économique, même si elle en ressentait le besoin. Ainsi, nous ne pouvons pas savoir si les personnes ayant reçu un message de prévention ont consulté un professionnel de santé et la seule personne que nous ayons eue en entretien et qui a eu un message de prévention ne s'est pas dirigée vers un professionnel de santé. De ce fait, nous ne pouvons confirmer que cet objectif ait été rempli.

## 2.3 L'identification des facteurs sociaux professionnels et médicaux associés aux troubles mentaux

Enfin, nous pouvons dire que l'objectif d'identification des facteurs professionnels et médicaux associés aux symptomatologies anxieuses, dépressives ou état de stress post-traumatique pour adapter les actions de prévention, n'est que partiellement rempli. En effet, les facteurs médicaux associés aux symptomatologies anxieuses, dépressives ou état de stress post-traumatique ont bien été mesurés. Toutefois, malgré une preuve solide du lien entre le stress professionnel avec l'anxiété et la dépression, nous n'avons pas de mesure portant sur les violences internes, les violences externes ou l'épuisement professionnel (Ameli, 2021), d'autant plus que les violences externes sont apparues lors des entretiens individuels sous la forme des violences avec les familles. Cette étude des facteurs professionnels n'a d'ailleurs pas été perçue par les participants du dispositif. Ceci nous laisse supposer que la manière avec laquelle il a été mesuré lors de l'étude ne leur a pas semblé pertinente.

Ainsi, le regard porté par cette étude sur les facteurs professionnels associés aux symptomatologies anxieuses, dépressives ou état de stress post-traumatique est incomplet car il n'explore que partiellement les risques psychosociaux et qu'il ne semble pas pertinent pour les participants.

## IV. Limites de l'évaluation

Malgré une saturation des données atteintes (Pirès, 1997. ; Thiétart, 2003), cette évaluation du projet IP'COV présente certaines limites provenant principalement de l'échantillonnage. Nous avons en effet une surreprésentation des directeurs d'EHPAD par rapport au personnel de l'établissement qui ne s'est pas mobilisé pour répondre aux entretiens. De plus, nous n'avons pu interroger les personnes qui n'ont pas répondu aux questionnaires.

De plus, même si notre échantillon est aléatoire et présente une diversité de professionnels des EHPAD, nous n'avons pas cherché à les échantillonner par quotas. De ce fait, il y a un équilibre entre les points de vue de chaque catégorie professionnelle et aucune particularité professionnelle n'en ressort. Cependant, cette répartition nous permet d'avoir un retour exhaustif sur l'étude.

Ensuite, comme pour le reste de l'étude, nous avons eu peu de participation des médecins du travail. Ainsi, notre résultat s'apparente plus à un témoignage qu'à un point de vue partagé sur cette étude par les professionnels de la santé au travail et de comment ils se l'approprieraient dans leur pratique professionnelle. Cela reste malgré tout un résultat à part entière.

Un autre regard limité vis-à-vis du dispositif que nous avons eu avec notre échantillonnage est celui des personnes ayant été repérées comme ayant des symptômes de troubles mentaux. Cette limite dans les discours nous empêche d'avoir une analyse approfondie du vécu du dispositif par les personnes qui peuvent être plus concernées, mais aussi sur l'efficacité de la phase d'orientation du dispositif. Nous avons toutefois pu obtenir un discours sur ce vécu permettant des réflexions pour l'amélioration du dispositif.

Enfin, la réalisation de cette évaluation un mois après la réception des rapports d'études par les directions d'EHPAD peut nous laisser supposer qu'elles n'ont pas eu le temps de mettre en place d'actions de prévention de la qualité de vie au travail et de la santé mentale avant notre enquête.

## V. Préconisations

En nous appuyant sur les résultats obtenus dans cette évaluation, il serait intéressant de mener cette étude de façon longitudinale afin de proposer un suivi constant de l'évolution au cours du temps de la santé mentale dans les établissements cible. Cela est rendu possible par la facilité de remplissage des questionnaires et l'auto évaluation qui en découle, mais nécessiterait une attention particulière du médecin du travail en lien avec l'établissement.

Dans ce cas, il faudrait impliquer davantage les directions des établissements et une orientation systématique si nécessaire à des actions de prévention, voire de prise en charge des troubles repérés. Ainsi, ce n'est plus qu'un versant étude (qui en soi mobilise du personnel investigateur) que ce dispositif pourrait être essayé, mais dans le cadre d'une pratique courante de repérage des fragilités mentales du personnel.

L'utilisation systématique d'outils numériques (tel que du mailing, de QRcodes ou l'utilisation d'une application d'aide psychologique basée sur le modèle de StopBlues) serait une alternative qui permettrait de maintenir l'anonymat tout en touchant une partie importante de la population cible et en facilitant l'analyse systématique des résultats. Cela nécessiterait d'être en adéquation avec ce type d'outils, un accompagnement certain vers l'usage de ces technologies semble être nécessaire. Le cas échéant, nous pouvons considérer qu'il y aura une forte perte dans les répondants potentiels en cas de recours uniquement au numérique.

De plus, la volonté de participation à l'étude dépend de l'utilité perçue de celle-ci. Cela passe par l'obtention de retours sur l'étude, comme en communiquant des résultats aux directions, ce qui fut apprécié par les directeurs, afin qu'ils puissent travailler en équipe sur des dispositifs de prévention dans leur établissement. Ainsi, une mise en avant auprès de nouvelles directions d'EHPAD des résultats obtenus favoriserait leur participation au dispositif pour leur démontrer sa pertinence.

Cependant, pour que ces résultats soient pertinents, il faudrait affiner leur analyse afin de favoriser une intervention ciblée sur les services les plus fragilisés. De plus, il faudrait que les préconisations contenues dans ce rapport soient adaptées aux établissements ciblés ; c.a.d en tenant compte de leurs modes de fonctionnement, de leurs ressources, de leur culture de travail, de leurs attentes et des dispositifs de prévention déjà en place. Pour cela, une étude préalable au sein de l'établissement est nécessaire afin d'identifier ces facteurs.

Enfin, pour avoir un regard complet sur les liens entre pathologies mentales et les conditions de travail, il serait pertinent lors de l'essai de cette étude d'ajouter au questionnaire des questions portant sur les violences internes, sur les violences externes et sur l'épuisement professionnel. Cela permettrait de participer plus efficacement à l'amélioration de la qualité de vie au travail du personnel d'EHPAD grâce à une meilleure connaissance des risques psychosociaux. De plus, pour avoir une idée de l'impact de la pandémie de COVID-19, des mesures *a posteriori* et répétées de l'anxiété, de la dépression et de l'état de stress post-traumatique sur le personnel des EHPAD nous permettraient d'avoir une idée plus claire de l'effet de la pandémie de COVID-19.

## VI. Conclusion

Pour conclure, l'évaluation du dispositif IP'COV a montré une adhésion de la part des directeurs et du personnel d'EHPAD qui ont accepté de participer au dispositif. Le dispositif a été jugé facile dans les modalités de participation et utile quant aux retombées potentielles. Cette adhésion montre une intention de participation au dispositif pour un essai futur (Technology Acceptance Model, Davis. & Warshaw., 1989). Cependant, cette adhésion dépend beaucoup de l'utilité perçue et donc des dispositifs de prévention qui seront mis en place suite à cette étude.

De plus, un suivi plus rigoureux des conditions de participation au dispositif et une prise en compte des caractéristiques propres à chaque terrain renforceraient cette adhésion. Enfin, une promotion et une valorisation des actions de prévention dont elle a favorisé la mise en place permettraient une plus grande participation des établissements et des médecins du travail.

## Bibliographie

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179-211.

L'Assurance maladie : Ameli (2021). Les risques psychosociaux (RPS) en entreprise à <https://www.ameli.fr/entreprise/sante-travail/risques/risques-psychosociaux-rps>

Ashbaugh AR, Houle-Johnson S, Herbert C, El-Hage W, Brunet A. (2016). Psychometric Validation of the English and French Versions of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5). *PLoS ONE*, 11(10):e0161645.

Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res* ; 52(2):69-77.

COLLINEAU, A. A., GRANDVALET, A., BONNET, A., Jaëlle, P. F., DENEUVILLE, B., VALLEGANT, T., ... & CLOEZ, M. A. Soutenir la QVT en EHPAD par une dynamique d'innovation centrée sur la qualité du travail : analyse des pratiques des expérimentations des clusters ARS-ARACT.

Brennan C, Worrall-Davies A, McMillan D, Gilbody S, House A. (2010). The Hospital Anxiety and Depression Scale: a diagnostic meta-analysis of case-finding ability. *J Psychosom Res* ;69(4):371-8.

Davis, F. D., Bagozzi, R. P., & Warshaw, P. R. (1989). User acceptance of computer technology: A comparison of two theoretical models. *Management science*, 35(8), 982-1003.

El-Hage, W. et al. (2020). Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) : quels risques pour leur santé mentale ? Health professionals facing the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: What are the mental health risks ?, *L'encephale*, 46(3), p.p 73-80. Doi : <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.008>

Fishbein, M., & Ajzen, I. (1977). Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research. *Philosophy and Rhetoric*, 10(2).

Griffin, A., & Hauser, J. R. (1993). The voice of the customer. *Marketing science*, 12(1), 1-27.

Hawke, L. D., et al. (2021). Impacts of the COVID-19 pandemic on youth mental health among youth with physical health challenges. *Early intervention in psychiatry*, 15(5), 1146-1153.

Hazif-Thomas, C., Le Maître, M. H. T., & Thomas, P. (2021). Après l'urgence sanitaire, réaffirmer le droit à la vie personnelle en EHPAD avec pour horizon le respect de la dignité des anciens et de leur famille. *Ethique & Sante*, 18(1), 23-31.

Hergue, M., Lenesley, P., & Narme, P. (2019). Satisfaction au travail et culture managériale empathique en EHPAD: étude exploratoire dans deux établissements. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 19(109), 23-29.

Jodelet, D. (2003). Aperçu sur les méthodologies qualitatives. In Moscovici, S. et Buschini, F. *Les Méthodes en sciences humaines*, 139-162. Paris : PUF fondamental.

Markova, I. (2003) (a). Analyse de contenu. In Moscovici, S. et Buschini, F. *Les Méthodes en sciences humaines*, 233-234. Paris : PUF fondamental.

Markova, I. (2003) (b). L'analyse des thèmes. In Moscovici, S. et Buschini, F. *Les Méthodes en sciences humaines*, 234-236. Paris : PUF fondamental.

Nils, F., et Rimé, B. (2003). L'interview. In Moscovici, S. et Buschini, F. *Les Méthodes en sciences humaines*, 165-185. Paris : PUF fondamental.

Pelissier, C. et al. (2015). Impaired mental well-being and psychosocial risk: a cross-sectional study in female nursing home direct staff. *BMJ Open*, 5(4). Trouvé à : <https://bmjopen.bmj.com/content/5/3/e007190.short>

Pelissier, C., et al. (2014). Pénibilité ressentie et accès à la formation chez les agents de soins et agents de service en maisons de retraite médicalisées. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 75(3), S15.

Pfefferbaum, B., & North, C. S. (2020). Mental health and the Covid-19 pandemic. *New England Journal of Medicine*, 383(6), 510-512.

Pirès, A.P. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.- H. Groulx, A. Laperrière, P. Mayer & A.P. Pirès, *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, p.113- 172

Talevi, D., et al. (2020). Mental health outcomes of the CoViD-19 pandemic. *Rivista di psichiatria*, 55(3), 137-144.

Thiétart, R. A. (2003). coll.(2003). *Méthodes de recherche en management*, 2.

Weathers FW, Litz BT, Keane TM, Palmieri PA, Marx BP, Schnurr PP. The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). Scale available from the National Center for PTSD at [www.ptsd.va.gov](http://www.ptsd.va.gov). 2013

Zigmond AS, Snaith RP. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* ;67(6):361-70.

### 3. Annexe 1 : Avis Comité d'éthique référence CE 2021-92



Comité d'Éthique du CHU de Saint-Etienne Commission  
Recherche de Terre d'éthique comite.ethique@chu-st-etienne.fr  
Pr Pascale Vassal pascale.vassal@chu-st-etienne.fr  
Institutional Review Board : IORG0007394

Mme Solène DORIER  
Gérontopôle AURA

Saint-Etienne, le 17/06/2021

De : Pascale Vassal  
Réf : IRBN922021/CHUSTE  
Objet : Avis Favorable  
Titre : « Evaluation du projet « Crise sanitaire COVID 19 et impact psychologique au long cours chez les personnels travaillant dans les EHPAD » »

Madame, Monsieur,

Je vous remercie d'avoir soumis votre projet de recherche au Comité d'Éthique du Centre Hospitalier Universitaire de Saint-Etienne.  
Cette étude a été examinée lors de la séance plénière du mercredi 16 juin 2021. Un résumé a été présenté par Mme Solène DORIER qui a par la suite répondu aux questions des membres du Comité d'Éthique.

Votre projet a été référencé par le numéro IRBN922021/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'Éthique du CHU de Saint-Etienne a examiné les pièces et auditionné le représentant de ce projet de recherche.

Après délibération, le Comité d'Éthique 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'Éthique.

Très cordialement Professeur Pascale VASSAL

#### **4. Annexe 2 : Guide d'entretien à destination des directeurs d'EHPAD**

##### Contrat de communication :

« Bonjour, tout d'abord je souhaite vous remercier d'avoir accepté de participer à cette discussion. Je me présente, je suis... Nous allons être ensemble aujourd'hui pour une durée d'environ 30 minutes pour discuter avec vous de votre vécu de la crise sanitaire dans son ensemble. Nous reviendrons également sur le questionnaire que vous avez fait passer il y a quelques mois dans votre établissement à propos du vécu de votre personnel pendant la crise sanitaire. L'objectif est que vous puissiez vous exprimer le plus librement et spontanément possible. Aucun jugement ne sera porté sur vos réponses, il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse. Afin de partir de vos expériences et de vos discours, et ne pas avoir de biais d'interprétations lors de l'analyse de ce qui va se dire ici, nous proposons d'enregistrer nos échanges à l'aide d'un dictaphone. Bien entendu, votre identité restera anonyme. Rassurez-vous, hormis les chercheurs concernés par le projet, personne d'autre n'écouterait les audios.

N'hésitez pas à m'interrompre quand vous en sentez le besoin. Avez-vous des questions avant de commencer ?

##### Thème 1, Vie pro/rapport au métier :

Pouvez-vous me parler de votre pratique professionnelle de manière générale ? Quelles sont vos missions quotidiennes ?

Votre vie professionnelle empiète-t-elle sur votre vie personnelle ?

Vie professionnelle suite à la crise sanitaire :

Comment la crise sanitaire a impacté votre pratique professionnelle ?

Comment avez-vous vécu ces changements ? Qu'avez-vous ressenti ?

##### Thème 2, Mise en place de l'étude :

Il y a quelques mois, vous avez été amené à accueillir une étude portant sur les risques psychologiques liés à la pandémie de Covid-19 dans votre établissement.

Vous rappelez-vous avoir accueilli cette étude ?

Comment avez-vous reçu la proposition d'une étude sur la santé mentale du personnel ?

Avez-vous été facilement favorable à sa mise en place ?

Suite à sa passation, pensez-vous que c'était intéressant ?

Suite à sa passation, pensez-vous que c'était utile ?

Où les questionnaires papiers ont-ils été disposés ?

Combien d'affiche de questionnaire on-été affichées ? Où les affiches de questionnaire ont elle été affichées ?

### Thème 3, mesures prises suite à l'étude :

Qu'est-ce que vous avez fait suite à la passation de cette étude ? (décisions/dispositifs mis en place)

Y-a-t-il eu la mise à disposition d'un psychologue ou d'un médecin du travail (ou un numéro) ? (si non pourquoi ?)

Y-a-t-il eu la mise en place de groupes de parole ? (si non pourquoi ?)

Y-a-t-il eu la mise de formations sur la transmission d'agents infectieux, la gestion des épidémies et l'accompagnement en fin de vie ? (si non pourquoi ?)

Caractéristiques sociodémographiques : sexe, poste, format de questionnaire utilisé, EHPAD d'activité

## **5. Annexe 3 : Guide d'entretien à destination des membres du personnel d'EHPAD**

### Contrat de communication :

« Bonjour, tout d'abord je souhaite vous remercier d'avoir accepté de participer à cette discussion. Je me présente, je suis.... Nous allons être ensemble aujourd'hui pour une durée d'environ 30 minutes pour discuter avec vous de votre vécu de la crise sanitaire dans son ensemble. Nous reviendrons également sur le questionnaire que vous avez rempli il y a quelques mois à propos de votre vécu pendant la crise sanitaire. Pour votre information, je n'ai pas eu connaissance de ce que vous avez pu remplir. L'objectif est que vous puissiez vous exprimer le plus librement et spontanément possible. Aucun jugement ne sera porté sur vos réponses, il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse. Afin de partir de vos expériences et de vos discours, et ne pas avoir de biais d'interprétations lors de l'analyse de ce qui va se dire ici, nous proposons d'enregistrer nos échanges à l'aide d'un dictaphone. Bien entendu, votre identité restera anonyme. Rassurez-vous, hormis les chercheurs concernés par le projet, personne d'autre n'écouterà les audios.

N'hésitez pas à m'interrompre quand vous en sentez le besoin. Avez-vous des questions avant de commencer ?

### Thème 1 - Introduction/Pratique professionnelle courante et vécu de la crise sanitaire :

Pouvez-vous me parler de votre pratique professionnelle de manière générale ? Quelles sont vos missions quotidiennes ?

Quel rapport avez-vous avec votre métier ?

Comment la crise sanitaire a impacté votre pratique professionnelle ? Quels sont les changements que vous avez constatés ?

Comment avez-vous vécu ces changements ? Qu'avez-vous ressenti ?

Avez-vous été accompagné pendant cette période ? Par qui ? Comment ? A quelle fréquence ?

### Thème 2 - Le questionnaire :

Il y a quelques mois, vous avez été amené à remplir un auto-questionnaire autour de l'impact psychologique de la crise sanitaire.

Vous rappelez-vous avoir rempli ce questionnaire ? Son contenu ?

Comment vous a-t-on présenté ce questionnaire ?

Comment avez-vous trouvé les questions (facilité) ?

Avez-vous trouvé ces questions intrusives ?

Score à calculer ?

Y-a-t-il eu des changements dans votre EHPAD après le remplissage de ce questionnaire ?

Comment vous êtes-vous senti après le remplissage du questionnaire ?

Est-ce que cela vous a amené à vous questionner sur votre état de santé ?

Avez-vous été invité à consulter un professionnel après le remplissage de ce questionnaire ?

Si oui, l'avez-vous fait ? comment cela s'est-il passé ?

Si non, pensez-vous qu'il aurait été pertinent de vous accompagner au-delà de ce questionnaire ? Comment ?

### Thème 3 – Bilan sur le dispositif :

Pour conclure, cela est-il, selon vous, un moyen pertinent pour évaluer la santé mentale du personnel en EHPAD ? Pourquoi ?

Pensez-vous que ce questionnaire soit utile pour évaluer son bien-être psychologique pendant la crise ?

Quels axes d'amélioration ? Quelles solutions autres ?

De manière générale pensez-vous que cela répond à vos besoins en terme de promotion de la santé mentale et de la qualité de vie au travail ?

Pensez-vous que cette étude répondait à vos attentes de santé mentale ? et de qualité de vie au travail durant la crise de la Covid-19 ?

Caractéristiques sociodémographiques : sexe, poste, format de questionnaire utilisé, EHPAD d'activité

## 6. Annexe 4 : Guide d'entretien à destination des médecins du travail

### Contrat de communication :

« Bonjour, tout d'abord je souhaite vous remercier d'avoir accepté de participer à cette discussion. Je me présente, je suis.... Nous allons être ensemble aujourd'hui pour une durée d'environ 30 minutes pour discuter avec vous de votre avis sur l'enquête IPCOV suite à la restitution. Nous reviendrons également sur la restitution des résultats de l'enquête IPCOV. L'objectif est que vous puissiez vous exprimer le plus librement et spontanément possible. Aucun jugement ne sera porté sur vos réponses, il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse. Afin de partir de vos expériences et de vos discours, et ne pas avoir de biais d'interprétations lors de l'analyse de ce qui va se dire ici, nous proposons d'enregistrer nos échanges à l'aide d'un dictaphone. Bien entendu, votre identité restera anonyme. Rassurez-vous, hormis les chercheurs concernés par le projet, personne d'autre n'écouterait les audios.

N'hésitez pas à m'interrompre quand vous en sentez le besoin. Avez-vous des questions avant de commencer ?

### Thème 1 – Poste, rôle et influence de la pandémie :

Quel est votre poste ?

Quelles sont vos missions ?

Avec quels acteurs travaillez-vous ?

Quel rapport avez-vous avec votre profession ?

Vie professionnelle suite à la crise sanitaire :

Comment la crise sanitaire a impacté votre pratique professionnelle ?

Comment avez-vous vécu ces changements ? Qu'avez-vous ressenti ?

### Thème 2 – L'étude IPCOV :

Comment avez-vous entendu parlé de l'étude IPCOV ? A quel moment ?

Que pensez-vous de ce projet ?

Y avez-vous participé ?

### Thème 3 – La restitution : Vous avez assisté à la restitution des résultats de l'études...

... si vous deviez retenir 3 résultats de cette étude, quels seraient-ils ?

Que pensez-vous des résultats de cette études (taux d'anxiété, dépression, stress PT et leurs corrélations) ? utilité, pertinence, intérêt

Quelles données vous auriez aimé voir ?

Quelles limites trouvez-vous à cette étude ?

Comment pensez-vous utiliser ces résultats dans votre pratique professionnelle future ?

Caractéristiques sociodémographiques : poste, EHPAD d'activité

## 7. Annexe 5 : Tableau d'analyse thématique des entretiens

thèmes	Sous-thèmes	Répondants	n entretiens
<b><u>réception positive de l'étude</u></b>	questionnaire facile, claire, bien	D3; D1; D4; P1; P2; P3; P5; P6; P7	9
	étude est reçue positivement	D1; D2; D3; D4; P2; P5	6
	pas de sensation particulière suite à la passation du questionnaire	D4; P1; P2; P3; P4	5
	questionnaire adapté pour la santé mentale	D1; D4; P1; P2	4
	intérêt rare pour les EHPAD	D2, D3; P1	3
	le côté extérieur de l'étude est positif	D2; D4; P7	3
<b><u>échanges autour du questionnaire</u></b>	échange dans le privé avec avis positif sur le questionnaire	P2; P3	2
<b><u>Conditions de passation du questionnaire</u></b>	présenté par la direction	D2; D3; P1; P3; P5	5
	Informé autre que direction	P2; P4; P6	3
	passation du questionnaire selon le protocole	D1; D3; P3; P7	4
	passation du questionnaire différemment du protocole	P2	1
	passation du questionnaire équivalent au protocole	D2; D4; P1; P4	4
<b><u>Limites</u></b>	questionnaire pas au bon moment	D1; D2; D3; D4; P1; P2; P3;	7
	mieux cibler les concernés	P2; P3; M1	3
	Discutable pour qvt	P1; P3	2
<b><u>Privé/Personnel</u></b>	aspects privé des résultats	D1;P1; P4; P7	4
	faible utilité des résultats pour des réunions	D1; P7	2
<b><u>Avant IPCOV</u></b>	psy présent avant IPCOV	D1; D4; P1; P5	4

	n° de téléphone d'un psychologue	D1; D2 (mais plus); P2	3
	groupe de travail avant IPCOV	D1; D4	2
	pas de psy dans l'étab	D2; D3	2
<b><u>Après IPCOV</u></b>	rapport d'étude à s'approprier	D2; D3; D4	3
	pas de nouvelle mesure depuis l'étude	D1; D2; D3; D4; P1; P2; P3; P4; P6	9
	accompagnements post IPCOV	P7	1
	pas de nouvelle formation	D1; D3; D2	3
	échange avec le personnel pour les décisions futures	D3; D4	2
<b><u>Rapport au psychologue</u></b>	un psy aurait pu aider	D4; P5; P6; P7	4
	un psy n'aiderait pas	P2; P3; P4	3
	Message de contacter un pro de santé mentale	P6	1
	Frein économique au psy	P6	1
<b><u>Attentes (propositions et actions)</u></b>	gestion de conflits avec les familles	D3; P7	2
	demande de formation sur la gestion de crise	D1; D2; D3; P4	4
	manque de personnel	D3; P2; P3; P6	4
	revalorisation par les salaires	D1; P2; P6	3
	sensation d'être mis à part vs soignant	P4	1
	demande d'un accompagnement personnalisé	D2; P6; P7	3
<b><u>Utilité</u></b>	prise de conscience de son état de santé et de la situation	D3; P2; P3	3
	moyen d'expression	P1; P6	2
	utilité liée aux applications pratiques	D1; D2; D3; D4; P2; P5; P6	8
	décisions à un niveau supérieur	D3; M1	2

D = directeurs ; P = Personnel d'EHPAD ; M = Médecin du travail