

# Impacts de la pandémie de Covid-19 sur les conditions de travail et la santé du personnel soignant des EHPAD\* privés en France<sup>(1)</sup>

## AUTEURS :

M. Pierrette, A. Cuny-Guerrier, département Homme au travail, Laboratoire ergonomie et psychologie appliquées à la prévention, INRS

## EN RÉSUMÉ

(1) Cet article est une synthèse de la note scientifique NS 371 - « Pandémie Covid-19 dans les Ehpads privés : résultats d'un questionnaire sur les conditions de travail et la santé perçue des soignants » disponible sur le site de l'INRS.

Quelles conséquences la pandémie de Covid-19 a-t-elle eu sur le travail et la santé du personnel soignant dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) privés en France ? Un secteur pourtant déjà fragile qui doit faire face à une sinistralité importante en constante augmentation. Un questionnaire a été diffusé entre octobre et décembre 2020 aux aides-soignants, infirmiers et infirmiers coordinateurs d'EHPAD privés français. Les résultats permettent d'identifier certains facteurs particulièrement prédictifs de la santé selon le métier et d'alimenter les réflexions des professionnels du secteur sur les aménagements à proposer en lien avec une situation pandémique et les conditions de travail transitoires et/ou pérennes en découlant.

## MOTS CLÉS

Crise sanitaire / Personnel soignant / Milieu de soins / Organisation du travail / Conditions de travail / Risque psychosocial / RPS / Enquête

\* Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

**E**n 2015, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) accueillent des personnes âgées en moyenne de 85 ans et 2 mois, dont 35 % avaient plus de 90 ans et 35 % souffraient de pathologies dégénératives [1]. Dans le contexte sociétal de vieillissement de la population et d'accroissement de l'espérance de vie, les conditions de travail combinent de multiples modalités. Parmi celles-ci peuvent être cités une organisation du temps de travail rendant difficile la conciliation vie au travail/hors travail, une intensification de l'activité, des exigences de plus en plus soutenues pour prendre en charge une population de plus en plus âgée et dépendante, des moyens humains inconstants sous l'effet d'un absentéisme croissant, des moyens matériels et tech-

niques disparates, des modalités de formations diverses se heurtant à un glissement des tâches non prescrit pour assurer la continuité des activités et, enfin, des modalités de reconnaissance variables et souvent mises en défaut, notamment auprès du grand public [2, 3]. Ainsi, les exigences physiques et psychologiques de prise en charge de ces résidents s'intensifient pour les soignants et sont à l'origine de troubles musculosquelettiques (TMS) et de risques psychosociaux [4, 5]. Ces établissements sont d'ailleurs concernés par une fréquence élevée d'accidents du travail (AT), de maladies professionnelles (MP), de troubles et d'affections psychiques (stress, épuisement professionnel...) [3, 6, 7]. En 2019, l'indice de fréquence des AT, correspondant au code NAF 8710A (Hébergement médicalisé pour personnes âgées),

## Impacts de la pandémie de Covid-19 sur les conditions de travail et la santé du personnel soignant des EHPAD privés en France

est de 118,1<sup>(2)</sup>. Cette même année, les TMS ont représenté 94 % des MP et le nombre d'affections psychiques reconnues par les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) est en hausse, bien qu'il soit probablement largement sous-estimé [8].

Dans ce contexte déjà fragile, la pandémie de Covid-19 survenue début 2020 s'est révélée particulièrement difficile à gérer pour les EHPAD. Le virus SARS-CoV-2 est en effet apparu comme particulièrement dangereux pour les personnes âgées et/ou porteuses de maladies chroniques. Pour protéger leurs résidents, les EHPAD ont dû mettre en œuvre dans l'urgence de nombreuses mesures visant à éviter, ou au moins à limiter, l'entrée du virus et sa propagation au sein des établissements. Ces mesures ont été largement guidées par les protocoles des agences régionales de santé (ARS), ces derniers évoluant eux-mêmes au fil des connaissances nouvelles sur le virus et la Covid-19. Ainsi, la suspension intégrale des visites, sauf exception, la mise en place de secteurs dédiés et isolés pour les résidents suspects ou confirmés, ou le confinement en chambres ont, par exemple, été mis en œuvre à compter du 11 mars 2020 à la demande du gouvernement. À partir de mi-mars 2020, plusieurs cas groupés de Covid-19 étaient signalés à Santé Publique France entraînant, entre autres, le développement, à la demande de la Direction générale de la santé, d'un nouveau système de surveillance des cas de Covid-19 dans les EHPAD et établissements médico-sociaux (mis en place le 29 mars). Malgré ces mesures, en raison de l'augmentation des cas au sein de la population générale et de risque de saturation des capa-

cités en réanimation, un confinement généralisé fut mis en place le 17 mars 2020, coupant encore un peu plus les EHPAD du monde extérieur. Le confinement national a été suivi à partir du 11 mai 2020 d'un « déconfinement progressif » accompagné de règles à destination des EHPAD ne déclarant plus de cas possibles ou confirmés de Covid-19. Le 1<sup>er</sup> octobre 2020, un nouveau protocole était établi par le ministère des Solidarités et de la Santé avec une liste de préconisations à respecter telles que l'encadrement des visites de façon à limiter la propagation du virus en limitant l'isolement des résidents. La mise en œuvre de ces mesures fut à l'origine d'une modification des pratiques courantes pour l'ensemble des professionnels des EHPAD, qui s'établirent dans un contexte d'urgence et d'incertitude sur les modes de contamination du virus et les moyens de s'en protéger.

Dès mi-mars 2020, l'Organisation mondiale de la santé alertait sur les possibles risques pour la santé psychologique et physique des soignants associés à ces modifications de pratiques, en plus de celui lié à la contamination par le SARS-CoV-2 [9]. Depuis le début de la pandémie, de nombreuses études ont montré les effets de ce contexte sur la santé, psychologique essentiellement, des personnels soignants dans leur ensemble. Par exemple, une étude menée en Chine a montré que les soignants ont significativement plus de risque de souffrir d'insomnies, d'anxiété, de dépression, de somatisation que les autres travailleurs [10]. Une revue systématique menée jusqu'au 17 avril 2020 portant sur 12 articles traitant des effets de la pandémie sur l'anxiété a permis d'estimer qu'au

moins 1 soignant sur 4 rapportait des symptômes de dépression et d'anxiété [11].

En complément de ces études épidémiologiques, des études qualitatives évoquent des effets sur la santé, médiés par la crainte d'être contaminé ou d'être vecteur de contamination, par les modifications du contenu de l'activité professionnelle, par l'augmentation potentielle de la charge de travail ou encore par la difficulté à récupérer dans un contexte familial potentiellement perturbé par le confinement [12 à 14]. De nombreux facteurs sont ainsi susceptibles d'influencer la santé des soignants en temps de pandémie, rendant nécessaire une évaluation.

De ce fait, dans un objectif de prévention des risques pour la santé et la sécurité au travail du personnel soignant en EHPAD, une étude a été menée auprès d'aides-soignants (AS), d'infirmiers (IDE) et d'infirmiers diplômés d'État coordinateurs (IDEC) travaillant en France dans des EHPAD privés lucratifs ou associatifs. Elle avait pour objectifs de décrire les conditions de travail de ce personnel soignant au cours de la pandémie (incluant la phase de confinement national et le déconfinement progressif), d'évaluer leur santé perçue et d'identifier des liens possibles entre ces conditions de travail et leur santé perçue.

## MÉTHODE

Un questionnaire comprenant 121 questions a été élaboré sur la base d'une revue bibliographique complétée par huit entretiens semi-dirigés menés entre juillet et septembre 2020 auprès de soi-

(2) [https://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fleadmin/fiches\\_statistiques/CTNNAF\\_2019\\_1\\_000\\_8710A\\_AT.pdf](https://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fleadmin/fiches_statistiques/CTNNAF_2019_1_000_8710A_AT.pdf)

gnants. Ce questionnaire permet de recueillir différents éléments susceptibles d'affecter l'activité des répondants et leur santé perçue. Ainsi, en tenant compte des caractéristiques des répondants (sexe, âge, fonction occupée...) et des structures (taille, statut, nombre de contaminations au sein du personnel et des résidents...), il permet d'interroger différents facteurs liés au contexte et à la perception des conditions de travail : modifications du contenu des tâches, organisation temporelle, moyens techniques et matériels (conception architecturale, matériel médical, matériel nécessaire à la réorganisation des activités, équipements de protection individuelle – EPI), moyens humains, formation, possibilité de faire un travail de qualité, charge de travail, reconnaissance, sentiment d'avoir mis sa santé en danger, celle de résidents et celle de ses proches. Certains facteurs, liés au contexte et aux situations de travail ayant évolué au cours de la pandémie, ont été évalués au sein du questionnaire en tenant compte des deux temporalités citées précédemment : le premier confinement national (de mi-mars à mi-mai 2020) et le déconfinement progressif (à partir de mi-mai 2020). La plupart des items sont formulés de façon affirmative et les réponses utilisent l'échelle de Likert en 5 points (1. pas du tout d'accord, 2. plutôt pas d'accord, 3. moyennement d'accord, 4. plutôt d'accord, 5. d'accord). La santé perçue est, quant à elle, mesurée avec une échelle de santé standardisée issue du questionnaire SATIN [15]. Cette échelle permet d'apprécier la santé globale perçue par les salariés sur les 6 derniers mois (correspondant selon la date de remplissage du questionnaire à

la période de mi-mars à mi-juin 2020 et recouvrant donc la période de confinement et de déconfinement progressif). Le score de santé globale varie entre 1 et 5. Un score proche de 1 indique une santé très dégradée alors qu'un score proche de 5 indique un état très satisfaisant. En complément de cette échelle de santé, quatre questions permettent aux soignants d'évaluer l'évolution de leur santé (globale, physique, morale, stress) par rapport à la période pré-pandémique.

Ce questionnaire a été diffusé par plusieurs relais (réseau des Caisses d'assurance retraite et santé au travail, grands groupes d'EHPAD, réseaux socio-professionnels...) entre mi-octobre et mi-décembre 2020. Ont été recueillies 458 réponses exploitables réparties sur l'ensemble du territoire français. Parmi les 458 répondants, 91 % sont des femmes. La moyenne d'âge est de 39 ans avec des extrêmes de 18 à 70 ans. Sur l'ensemble des répondants, 269 sont des AS (59 %), 115 des IDE (25 %) et 74 des IDEC (16 %). Les données recensées par la Direction des recherches, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) pour les EHPAD privés en 2015, soulignent que cet échantillon est plutôt représentatif des EHPAD privés en termes de répartition des hommes et des femmes et du métier exercé (malgré une légère surreprésentation des infirmiers).

## RÉSULTATS ET DISCUSSION

Les résultats du questionnaire sont présentés par thématiques et discutés au regard de la bibliographie et/ou des entretiens semi-directifs réalisés en amont.

Au moment du remplissage du questionnaire, 83 % des répondants déclarent que leur EHPAD est concerné par des cas de Covid-19 parmi le personnel de l'établissement et 69 % parmi les résidents. Ceci est en accord avec le suivi statistique du nombre de cas réalisé par Santé Publique France qui faisait état de 186 226 cas en EHPAD et EMS (Établissement médico-social) confirmés par test PCR et/ou antigénique (du 17 octobre 2020 au 19 février 2021)<sup>(3)</sup>. Ils sont 50 % à déplorer des décès liés à la Covid-19 parmi les résidents. Parmi eux, 51 % ont le sentiment de ne pas avoir pu accompagner correctement ces personnes en fin de vie et seulement 31 % ont bénéficié d'un soutien psychologique.

### PERCEPTION DES CONDITIONS DE TRAVAIL

#### UN CONTENU DES TÂCHES ET UNE ORGANISATION TEMPORELLE BOUSCULÉS

De façon globale, les horaires de travail ont été modifiés pour 40 % des répondants et ont entraîné des difficultés d'organisation pour 48 % d'entre eux (réponses 4 et 5 sur l'échelle de Likert). Ces modifications, ainsi que les difficultés entraînées, ont cependant été significativement plus importantes pour les IDEC.

Le contenu des tâches à réaliser pendant le confinement a également été modifié pour 79 % des répondants et plus particulièrement pour les IDEC (97 %). Lors des entretiens, les IDEC interrogés ont évoqué la constante réorganisation des plannings, la prise en charge de tâches habituellement dévolues aux équipes à des fins d'entraide du personnel en place ou pour pallier les absences. Les IDEC ont également eu à revoir

(3) <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus/carte-et-donnees>

## Impacts de la pandémie de Covid-19 sur les conditions de travail et la santé du personnel soignant des EHPAD privés en France

largement les protocoles (tâches habituelles, mais répétées à de nombreuses reprises durant la pandémie pour tenir compte de l'évolution des connaissances et des directives), ou encore à gérer les relations avec les familles, et notamment les situations particulières de visites.

Enfin, 43 % des répondants ont le sentiment d'avoir effectué des tâches habituellement réalisées par des intervenants extérieurs. Ce sentiment est significativement plus important pour les IDE et les IDEC. Lors des entretiens, une infirmière faisait état des prélèvements qui étaient traditionnellement réalisés par des préleveurs extérieurs pour certains EHPAD et qui ont dû être réalisés par les IDE, alors même que le nombre de prélèvements explosait pour surveiller/anticiper les conséquences de la Covid-19 (risque de thrombose par exemple). D'autres ont évoqué la nécessité de prendre en charge la rééducation des résidents au cours du confinement du fait de l'absence de kinésithérapeute en EHPAD et de l'impossibilité de leur admission en centre de rééducation. L'interdiction des visites des intervenants extérieurs a ainsi reporté une charge de travail importante sur les IDE.

### DES MOYENS TECHNIQUES ET MATÉRIELS CONTRASTÉS

Concernant les moyens techniques à disposition pendant le confinement, les résultats montrent que 48 % des répondants pensent avoir eu le matériel nécessaire pour faire face à la réorganisation des activités pendant cette période. Ils sont également 53 % à penser avoir eu le matériel médical nécessaire pour la prise en charge des résidents. Concernant la conception architecturale de leur établissement, ils sont 29 %

à penser que celle-ci n'a pas facilité le confinement des résidents et l'organisation des activités alors que 38 % pensent le contraire. La satisfaction vis-à-vis de la conception architecturale durant la pandémie était entre autres liée à la possibilité d'isoler aisément ou non les résidents positifs au SARS-CoV-2. La disparité observée des réponses est cohérente avec le contenu des entretiens préparatoires montrant, pour certains, la quasi impossibilité d'isoler les résidents quand d'autres évoquaient au contraire la grande facilité de le faire.

Les résultats concernant les équipements de protection individuelle (EPI) (masques, casques...) montrent que 32 % des personnels interrogés pensent ne pas avoir eu suffisamment d'EPI pendant le confinement pour faire face à la situation. Ces équipements semblent plus présents depuis le déconfinement. Ils sont 68 % à penser qu'il y en a suffisamment, mais il en reste, malgré tout, 13 % qui ne le pensent toujours pas. Lorsqu'il leur est demandé si ces EPI, en particulier les masques, sont sources de gêne dans la réalisation de leur travail, ils sont 82 % à répondre qu'ils sont gênés (38 % voire très gênés (44 %).

### DES MOYENS HUMAINS INSUFFISANTS

Parmi les 57 % des personnes interrogées ayant reçu des renforts pendant la période de confinement, 62 % estiment que ces renforts ont permis de les soulager dans la réalisation de leur activité, 22 % « moyennement » et 16 % « pas du tout » ou « peu ». Le sentiment de ne pas voir son activité soulagée par la présence de renforts semble exacerbé par le fait d'avoir eu des cas de Covid-19 au sein des résidents. En effet, ces renforts se sont

plutôt mis en œuvre pour faire face à l'absentéisme du personnel car ils sont corrélés avec les cas de Covid-19 chez le personnel, mais pas avec les cas de Covid-19 des résidents. Ce sentiment de ne pas voir son activité soulagée par la présence de renforts était également lié au manque de compétences des personnes venant en remplacement et à la surcharge de travail engendrée par la nécessité de les former et de les accompagner.

En ce qui concerne le sentiment d'avoir eu, tout au long de la période de confinement et depuis le déconfinement, suffisamment de moyens humains pour faire face à la situation (**tableau I**), on remarque que 37 % des répondants, pendant le confinement et 40 %, après, ont le sentiment de ne pas avoir eu assez de moyens humains pour faire face à la situation. Le sentiment d'insuffisance de moyens humains, ressenti pour tous les métiers, n'est donc pas propre à la période du confinement, mais se prolonge voire augmente légèrement lors du déconfinement, faisant état d'une situation toujours tendue. Le manque de ressources humaines est un sujet récurrent dans les EHPAD au-delà du contexte de pandémie. Le secteur fait en effet face à des difficultés de recrutement qui concernent, selon la DREES [2], 49 % des établissements privés (essentiellement les aides-soignants des zones urbaines et les médecins coordinateurs des zones rurales).

### UN SENTIMENT DE MANQUE DE FORMATION POUR FAIRE FACE À LA SITUATION

Le sentiment d'être suffisamment formé pour faire face à la situation est évalué pour soi et pour ses collègues. Ainsi, 36 % des répondants s'estiment peu (18 %) voire pas du tout (18 %) formés pour faire face à la situation, et ils sont 42 % à le pen-

Tableau I

> SENTIMENT D'AVOIR EU SUFFISAMMENT DE MOYENS HUMAINS POUR FAIRE FACE À LA SITUATION PENDANT ET APRÈS LE CONFINEMENT

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

ser de leurs collègues. Ce constat semble significativement plus important pour les IDE et les AS que pour les IDEC, ce qui peut s'expliquer là encore par la fonction et le type de tâches à réaliser, les AS et IDE étant en première ligne dans la réalisation des soins auprès des résidents et donc du risque de contamination.

UN SENTIMENT DE FAIRE UN TRAVAIL DE QUALITÉ MIS À MAL

Les personnes interrogées devaient exprimer leur sentiment de faire un travail de qualité auprès des résidents sur trois temporalités : de façon générale et avant la pandémie, pendant le confinement national et depuis le déconfinement. Les résultats soulignent que 67 % des répondants estiment faire un travail de qualité auprès des résidents avant l'apparition de la Covid-19 contre 48 % pendant et 49 % après (figure 1). La pandémie s'est donc globalement accompagnée d'une baisse du sentiment de faire un travail de qualité. Pendant la période

de confinement, ce sentiment était plus important pour les IDE.

UNE CHARGE DE TRAVAIL RESSENTIE COMME IMPORTANTE

Une grande partie des répondants (68 %), tout métier confondu, estime que la charge physique de travail ressentie a fortement augmenté pendant le confinement national et depuis le déconfinement (63 %).

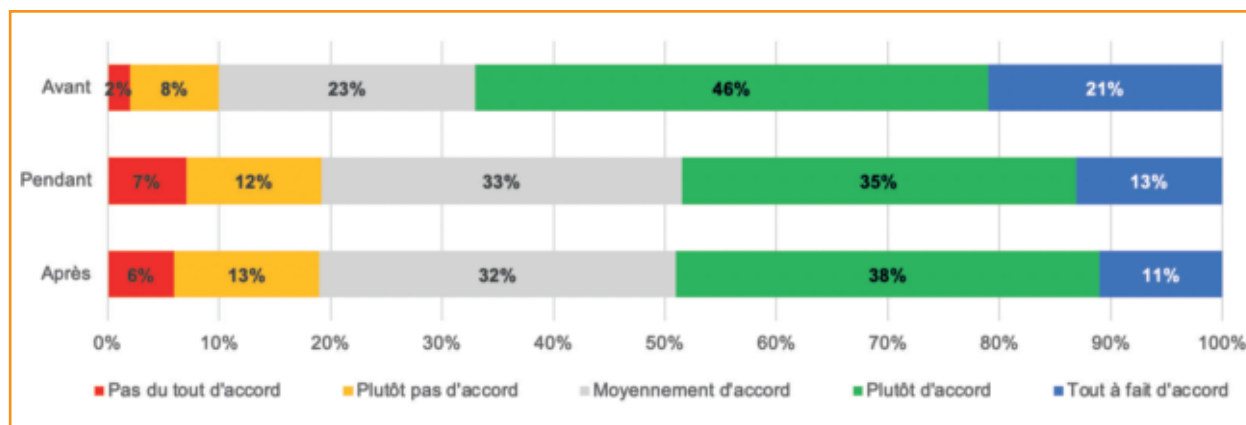
En ce qui concerne la charge mentale de travail ressentie (concentration/vigilance), 90 % des répondants estiment qu'elle a augmenté pendant le confinement. Ils sont légèrement moins nombreux à le penser depuis le déconfinement, mais le pourcentage reste très important (83 %). Cette charge mentale pendant le confinement, très élevée pour l'ensemble du personnel soignant, est ressentie comme significativement plus importante pour les IDEC. Ceci peut être en lien avec la nécessité de modifier de façon incessante l'organisation et les protocoles avec des moyens

techniques inadaptés (chariots pour les repas par exemple...).

UN SENTIMENT DE RECONNAISSANCE MITIGÉ

Les résultats montrent que, globalement, les soignants se sentent reconnus par l'ensemble des protagonistes identifiés (hiérarchie, collègues, proches, résidents, familles de résidents et population générale). On note cependant que ce sentiment de reconnaissance provient majoritairement de leurs proches (pour 86 % pendant le confinement et 82 % après), de leurs collègues et des résidents. Le sentiment de reconnaissance semble moins marqué de la part de leur hiérarchie et particulièrement de la part de la population en général. Ce manque de reconnaissance de la population en général a été souligné lors des entretiens, notamment par une IDEC qui expliquait que la médiation des difficultés des EHPAD avait, selon elle, desservi leur cause, en renvoyant une image négative de ce qu'il s'y passait et influençait ainsi la perception des familles « au début c'était super, les familles nous soutenaient et puis y'a un moment donné y'a plus d'applaudissements à 20h et les réflexions ont commencé à revenir en flash, effet boome-

Figure 1 : Sentiment de faire un travail de qualité auprès des résidents avant la pandémie, pendant le confinement et depuis le déconfinement.



**Impacts de la pandémie de Covid-19 sur les conditions de travail et la santé du personnel soignant des EHPAD privés en France**

rang. Les infirmières ont commencé à me dire oh je crois qu'on applaudit plus dehors, ça y est, notre procès va bientôt commencer ». À ce sujet, on note une légère baisse dans le sentiment de reconnaissance de la part des familles des résidents entre la période de confinement national (61 %) et depuis le déconfinement (53 %). Cette baisse peut s'expliquer par des relations difficiles avec les familles au cours de la reprise des visites lors du déconfinement comme évoqué lors des entretiens. Il semble en effet que les consignes et conditions des visites (port du masque, distanciation...) aient généré des conflits entre les familles et le personnel soignant : « Et aujourd'hui, la situation est pire car il faut toujours rester précautionneux avec moins de protection puisque les visites sont à nouveau autorisées et les familles ne respectent pas toujours les gestes barrière, donc le risque est considéré comme encore plus grand ! ».

Pour ce qui est de la reconnaissance de la part de la hiérarchie, les analyses montrent que les IDEC ont significativement plus le sentiment que leur travail est reconnu par leur hiérarchie que les AS et les IDE.

**UN SENTIMENT DE MISE EN DANGER IMPORTANT**

Pendant la période du confinement national, 65 % des répondants estiment avoir mis leur santé en danger. La figure 2 montre la répartition des différents éléments d'explication de ce sentiment de mise en danger. Parmi les 414 personnes qui pensent avoir mis un peu, moyennement, beaucoup voire énormément leur santé en danger, les causes sont principalement la charge globale de travail (79 %) et, après seulement, la dangerosité du virus (72 %). Il n'y a pas de différence significative selon le métier exercé concernant le sentiment d'avoir mis sa santé en danger à cause de la charge globale de travail ressentie, du manque de moyens pour se protéger et de la façon de faire de certains collègues. En revanche, concernant le sentiment d'avoir mis sa santé en danger à cause de la dangerosité perçue du virus, même s'ils pensent majoritairement que c'est le cas, les IDEC sont significativement moins nombreux que les AS et les IDE à le penser.

Comparés aux résultats obtenus pendant le confinement, ils ne sont

plus que 47 % au lieu des 65 % à penser qu'ils mettent leur santé en danger depuis le déconfinement progressif. Cette fois encore, ce sont les AS et les IDE qui le pensent significativement plus que les IDEC. Pour ce qui est des facteurs explicatifs, la reprise des visites des familles et le retour des intervenants extérieurs ont été ajoutés aux modalités (visites a priori interdites lors du confinement). La figure 3 présente le détail des résultats. La principale cause de mise en danger selon ces personnes est, comme lors du confinement national, la charge globale de travail (74 %), suivie de très près par la dangerosité du virus (71 %), puis les visites des familles de résidents (67 %). Comme pour le confinement national, il n'y a pas de différence significative selon le métier exercé concernant le sentiment d'avoir mis sa santé en danger à cause de la charge globale de travail, ni à cause des visites des familles. En revanche, les analyses montrent des différences significatives par métier en ce qui concerne la dangerosité perçue du virus, le manque de moyens pour se protéger, la façon de faire de certains collègues et le retour des intervenants extérieurs. À chaque

Figure 2 : Raisons proposées pour expliquer le sentiment d'avoir mis sa santé en danger pendant le confinement.

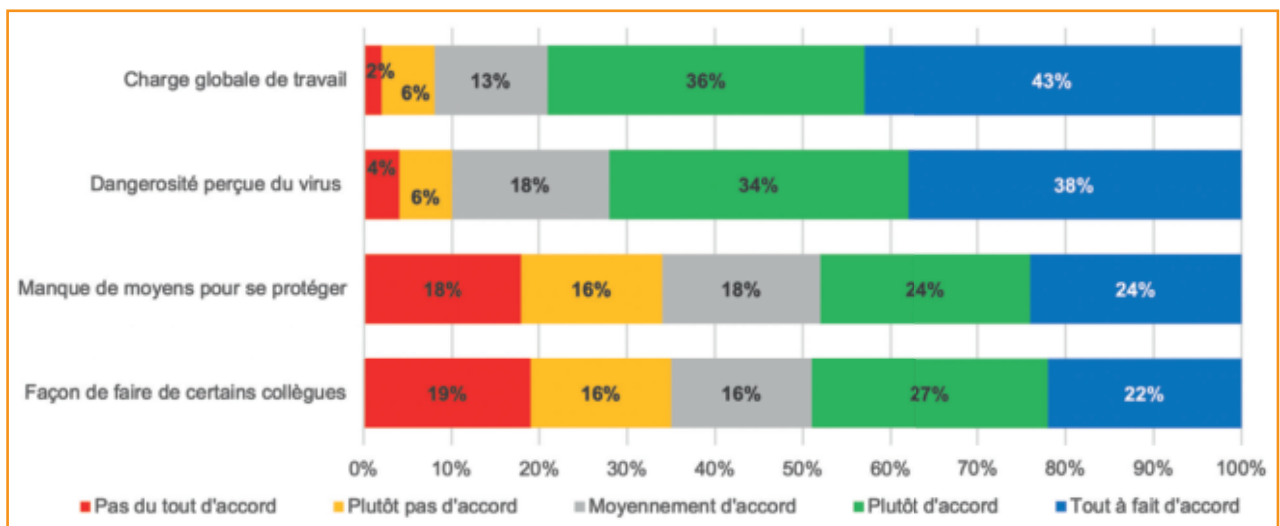
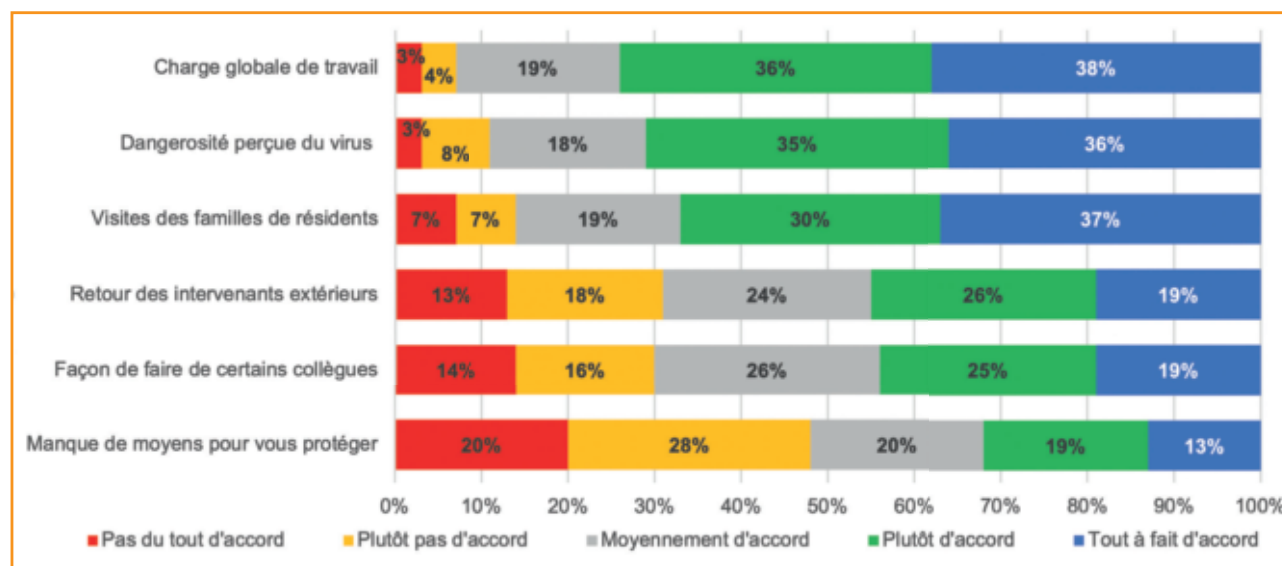


Figure 3 : Raisons proposées pour expliquer le sentiment de mettre sa santé en danger depuis le déconfinement.



fois, ce sont les AS qui sont significativement plus nombreux à attribuer la mise en danger de leur santé à la dangerosité perçue du virus, au manque de moyens pour se protéger, à la façon de faire de certains collègues et au retour des intervenants extérieurs. Ce sentiment peut être mis en lien avec le fait qu'ils sont également plus nombreux à estimer être peu formés pour faire face à la situation et à avoir le sentiment de ne pas avoir eu assez d'EPI pour se protéger.

Les professionnels de santé interrogés étaient 28 % pendant le confinement et 30 % depuis le déconfinement à penser avoir mis la santé des résidents en danger. Ce sentiment est significativement plus important pour les AS depuis le déconfinement. Par ailleurs, ce sentiment de mise en danger des résidents ne se fait pas uniquement à l'aune du risque de contamination par le SARS-CoV-2. Cette mise en danger peut aussi être liée à l'observation, par les professionnels, des effets de l'isolement sur les résidents comme cela a été évoqué par plusieurs professionnels interrogés lors des entretiens : « *dépression, plus grande agressivité, dénutrition, isolement affectif, perte de capacités cognitives...* » ; « *l'état de santé de certains se dégradant ben ça marque... et on est impuissant* ». Ces constatations ont

pu être d'autant plus inquiétantes qu'elles s'assortissaient de difficultés de prise en charge des résidents dans les hôpitaux en cas de besoin : « *si ça dégénérait, on sentait qu'on serait clairement isolé* ».

Enfin, ils sont plutôt nombreux (57 %) à penser avoir mis la santé de leurs proches en danger pendant le confinement. Ils sont un peu moins nombreux à le penser depuis le déconfinement progressif (46 %). Sur les deux périodes, ce sont toujours les AS qui sont significativement plus nombreux à le penser, en comparaison des IDE et IDEC.

### ÉVALUATION DE LA SANTÉ PERÇUE

La santé perçue, jugée comme un bon indicateur de l'évaluation de la santé réelle [16], était évaluée à l'aide de l'échelle de santé perçue du questionnaire SATIN. Il apparaît

que 50 % des répondants ont un score de santé globale indiquant une santé « moyenne » et 28 % un score indiquant une « mauvaise » santé sur les 6 derniers mois. De plus, les quatre questions ajoutées afin d'évaluer la dégradation perçue de la santé soulignent que, pour la majorité des soignants interrogés, leur santé globale (50 %), leur santé physique (48 %), mais surtout leur moral (57 %) et leur niveau de stress (58 %) se sont détériorés depuis cette période de pandémie (tableau II). Les entretiens ont mis en évidence des situations de « *fatigue mentale et nerveuse* » au moment du déconfinement lorsqu'ils ont relâché la pression : « *le premier mois, ça va parce qu'on est poussé par le truc et on sent l'urgence, après quand ça a commencé à s'installer, etc. et là ça a commencé à être fatiguant* ». La mesure de la

↓ Tableau II

### > SENTIMENT DE DÉGRADATION, DEPUIS LA CRISE SANITAIRE, DE LA SANTÉ GLOBALE, LA SANTÉ PHYSIQUE, LE MORAL ET LE STRESS DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DES EHPAD

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

## Impacts de la pandémie de Covid-19 sur les conditions de travail et la santé du personnel soignant des EHPAD privés en France

santé perçue est en lien avec le contexte lié à la pandémie, mais pas seulement. En effet, la santé étant un processus dynamique et sur le long terme, cet état de santé mesure également les effets des conditions de travail antérieures ou concurrentes, mais non liées à la pandémie elle-même.

### DES FACTEURS EXPLICATIFS D'UNE SANTÉ DÉGRADÉE LIÉS AU MÉTIER EXERCÉ

Dans le cadre de cette étude, réalisée dans un contexte de pandémie, différents facteurs ont été identifiés comme prédicteurs d'une santé dégradée. Les statistiques descriptives ayant souvent souligné des différences de perception des conditions de travail selon le métier exercé, il n'est pas étonnant de voir que les prédicteurs de cette santé dégradée ne sont pas systématiquement les mêmes en fonction du métier exercé.

Ainsi, la santé globale des AS est impactée négativement par le sentiment de ne pas être suffisamment formés pour faire face à la situation, par le niveau important de concentration/vigilance (charge mentale) que ces professionnels ont dû mobiliser, par le sentiment de ne pas avoir reçu des informations claires pour la mise en place des protocoles de la part des autorités extérieures, par le sentiment de mettre leur santé en danger et par le sentiment que leur travail n'est pas ou peu reconnu par leur hiérarchie. Il semble donc que ces professionnels de santé ont souffert d'un manque de connaissance de la situation et des conduites à tenir. On constate d'ailleurs, à partir des analyses descriptives, qu'ils sont plus nombreux que les IDE et les IDEC à avoir le sentiment de mettre leur santé en danger à cause de la dangerosité perçue du virus, du sentiment de n'être pas suffisam-

ment protégés et du manque de confiance dans la façon de faire de leurs collègues et des intervenants extérieurs. La rapidité de diffusion de la maladie et les connaissances incertaines autour de sa propagation et de la façon de se protéger a pu être à l'origine d'une représentation faussée de la situation et de manifestations anxieuses comme cela a d'ailleurs pu être montré lors d'épidémies antérieures [17].

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

Enfin, la santé globale des IDEC est impactée par une charge mentale importante certainement due à la nécessité de réorganiser les activités et donc au fait d'avoir modifié leurs horaires et leurs tâches de travail. On constate que les IDEC ont davantage participé à la mise en place des protocoles et qu'ils ont également davantage fait part d'une augmentation des transmissions orales (64 % des IDEC interrogés déclarent qu'elles ont augmenté). Ces échanges entre collègues impactent positivement la santé globale des IDEC, car le rôle de coordinateur prend alors tout son sens. Contrairement aux IDE, la santé globale des IDEC est dégradée par le manque de reconnaissance de la population en général. En effet, les quelques IDEC interrogés lors de la phase préparatoire semblaient affectés par l'image que renvoyait les médias de ces établissements. Enfin, tout

comme les AS, la santé des IDEC a été mise à mal par le sentiment d'avoir mis pendant le confinement leur santé en danger. On peut cependant noter que, contrairement aux AS, ce sentiment est fortement corrélé avec la charge de travail globale perçue.

### QUELLES CONCLUSIONS POUR QUELLE PRÉVENTION ?

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

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

La question du **renfort humain**, d'abord, est essentielle pour limiter la charge physique et mentale des professionnels en poste et favoriser la réalisation d'un travail de qualité. Sujet constant pour les EHPAD qui font souvent face à des difficultés en matière de recrutement et de remplacement ponctuel, ces difficultés se sont vues compliquées ici par



l'insuffisance de ressources en regard de la demande. Se caractérisant dans une situation pandémique par de profonds bouleversements, le renfort devrait particulièrement être pensé : 1) en nombre, mais aussi en profil et en compétences (AS, IDE) sur l'ensemble des plages horaires de travail (la nuit aussi), en favorisant la mutualisation des ressources si nécessaire ; 2) en prenant en compte et en organisant des temps d'appropriation de leurs fonctions par les nouveaux arrivants, car cela peut se traduire par une surcharge de travail des professionnels en place (temps d'accueil, d'information voire de formation...). La question de la **formation** des futurs professionnels doit être inscrite à l'échelle du secteur. Agir sur la formation est en effet en faveur d'une réduction du sentiment de mettre sa santé en danger pour les IDE et les AS, la possibilité de faire un travail de qualité (notamment pour les AS), mais aussi d'une réduction de la charge mentale notamment pour les IDEC qui ont eu à gérer ces difficultés à leur niveau. La période actuelle doit être l'occasion d'échanger sur ce qui a manqué en matière de formation, en tenant compte des spécificités liées à la fonction et du contenu des formations initiale et continue. Cette difficulté, qui semble plus marquée pour les AS, peut signaler un manque de formation sur les risques biologiques.

La **mise à disposition de matériel** dépasse largement la question des EPI. Les moyens de prise en charge médicale pour les IDE, notamment, et tous les moyens nécessaires à une réorganisation des activités (chariots de déménagement par exemple) doivent être réfléchis et anticipés. Les nouvelles exigences architecturales inhérentes à une pandémie, telles que la nécessité de limiter les interactions, devraient être intégrées dans les cahiers des

charges de la construction d'un nouvel établissement. Il faudra veiller, lors de la répartition des espaces de travail et du matériel, à la possibilité d'isoler les secteurs et de limiter ces interactions sans compliquer les flux de personnes, de matériel...

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

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

En complément, un **soutien psychologique** doit pouvoir être proposé aux professionnels qui le souhaitent.

Pour traiter l'ensemble de ces questions, et parce que les situations diffèrent d'un établissement à un autre, la mise en place de REX (retour d'expériences) est essentielle. Au moment du remplissage du questionnaire (de mi-octobre à mi-décembre 2020), seulement 35 % des répondants avaient bénéficié d'un REX dans leur établissement et 52 % n'en ont pas eu alors qu'ils en

auraient souhaité un. La situation perdurant et évoluant rapidement, il est nécessaire de poursuivre les REX qui permettent de remonter les difficultés et d'anticiper pour le futur.

## POINTS À RETENIR

- Les conditions de travail du personnel soignant dans les EHPAD privés ont été fortement impactées par la pandémie Covid-19.
- Le contenu des tâches à réaliser pendant le confinement a été modifié pour 79 % des personnes et plus particulièrement pour les infirmiers diplômés d'état coordinateurs (IDEC) (97 %).
- Pour les personnes interrogées ayant reçu des renforts pendant la période de confinement, 62 % estiment que ceux-ci ont permis de soulager leur activité, 22 % « moyennement » et 16 % « pas du tout » ou « peu ».
- La pandémie s'est accompagnée d'une baisse du sentiment de faire un travail de qualité.
- Une grande partie des répondants (68 %) estiment que la charge physique de travail ressentie a fortement augmenté pendant le confinement national et depuis le déconfinement (63 %).
- La charge mentale de travail ressentie (concentration/vigilance) a augmenté pendant le confinement pour 90 % des soignants interrogés.
- Pendant la période du confinement national, 65 % des répondants estiment avoir mis leur santé en danger.
- Pour une majorité de soignants, la santé globale est « moyenne » et perçue comme dégradée par rapport à la période précédant la pandémie.
- Les prédicteurs de la dégradation de la santé perçue diffèrent selon les métiers.
- La prévention doit englober différents niveaux d'action (politique, établissement, soignants) et intégrer des spécificités liées au métier.

BIBLIOGRAPHIE  
PAGE SUIVANTE



## Impacts de la pandémie de Covid-19 sur les conditions de travail et la santé du personnel soignant des EHPAD privés en France

### BIBLIOGRAPHIE

- 1 | L'hébergement des personnes âgées en établissement. Les chiffres clés. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), 2019 (<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/infographie-video/infographie-lhebergement-des-personnes-agees-en-etablissement-les-chiffres-cles>).
- 2 | BAZIN M, MULLER M - Le personnel et les difficultés de recrutement dans les Ehpads. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), 2018 (<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/le-personnel-et-les-difficultes-de-recrutement-dans-les-ehpad>).
- 3 | PÉLISSIER C - Conditions de travail et état de santé physique et psychique du personnel non médical des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Thèse de doctorat en Épidémiologie, Santé Publique, Recherche sur les services de santé. Lyon : Université Claude Bernard Lyon 1. École doctorale Interdisciplinaire Sciences-Santé ; 2015 ; 127 p.
- 4 | BAKKER AB, LE BLANC PM, SCHAUFELI WB - Burnout contagion among intensive care nurses. *J Adv Nurs*. 2005 ; 51 (3) : 276-87.
- 5 | MARQUIER R, VROYLANDT T, CHENAL M, JOLIDON P ET AL. - Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), 2016 (<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/des-conditions-de-travail-en-ehpad-vecues-comme-difficiles>).
- 6 | HYLTON RUSHTON C, BATCHELLER J, SCHROEDER K, DONOHUE P - Burnout and Resilience Among Nurses Practicing in High-Intensity Settings. *Am J Crit Care*. 2015 ; 24 (5) : 412-20.
- 7 | SINGH I, MORGAN K, BELLUDI G, VERMA A ET AL. - Does nurses' education reduce their work-related stress in the care of older people? *J Clin Gerontol Geriatr*. 2015 ; 6 (1) : 34-37.
- 8 | Hébergement médicalisé pour personnes âgées. Synthèse année 2019. CTN H Activités de services I (banques, assurances, administrations...). Code NAF 8710A. Assurance Maladie Risques professionnels, 2020 ([https://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fileadmin/fiches\\_statistiques/CTNNAF\\_2019\\_H\\_000\\_8710A\\_SY.pdf](https://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fileadmin/fiches_statistiques/CTNNAF_2019_H_000_8710A_SY.pdf)).
- 9 | Infection prevention and control guidance for long-term care facilities in the context of COVID-19: interim guidance, 21 March 2020. World Health Organization (WHO), 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331508>).
- 10 | ZHANG WR, WANG K, YIN L, ZHAO WF ET AL. - Mental Health and Psychological Problems of Medical Health Workers during the COVID-19 Epidemic in China. *Psychother Psychosom*. 2020 ; 89 (4) : 242-50.
- 11 | PAPPA S, NTELLA V, GIANNAKAS T, GIANNAKOULIS VG ET AL. - Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun*. 2020 ; 88 : 901-07. *Erratum in*: PAPPA S, NTELLA V, GIANNAKAS T, GIANNAKOULIS VG ET AL. - Corrigendum to "Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis". *Brain Behav Immun*. 2021 ; 92 : 247
- 12 | BOTERO A, BERGES M, CLERVOY L, LAURENT M ET AL. - Crise COVID-19 : soins médico-psychologiques et EHPAD. *Méd Catastrophe Urgences Collect*. 2020 ; 4 (3) : 213-15.
- 13 | LIU Q, LUO D, HAASE JE, GUO Q ET AL. - The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: a qualitative study. *Lancet Glob Health*. 2020 ; 8 (6) : e790-e798.
- 14 | MULIN E, TROUILLET I, GELLATO C - N'oublions pas le moral des « troupes » ! La santé mentale des soignants et l'impact psychiatrique de la pandémie de COVID-19. *Encéphale*. 2020 ; 46 (3) : S125.
- 15 | KOP JL, FORMET-ROBERT N, ALTHAUS V, GROSJEAN V - Validation psychométrique croisée de la version 3 de SATIN dans deux échantillons. Note scientifique et technique NS 346. Paris : INRS ; 2016 ; 50 p.
- 16 | MILUNPALO S, VUORI I, OJA P, PASANEN M ET AL. - Self-rated health status as a health measure: the predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population. *J Clin Epidemiol*. 1997 ; 50 (5) : 517-28.
- 17 | EL-HAGE W, HINGRAY C, LEMOGNE C, YRONDI A ET AL. - Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) : quels risques pour leur santé mentale ? *Encéphale*. 2020 ; 46 (3) : S73-S80.