

Projets CNSA :

**Tirer les enseignements de la crise du Covid-19 pour améliorer
l'accompagnement des personnes âgées ou en situation de handicap**

**Axe thématique : Soutien des professionnels, des bénévoles, et des proches
en situation de crise**

Référence de la Convention :0000 1260

RAPPORT FINAL

Dispositif de repérage des troubles anxieux, dépressifs et/ou état de stress post-traumatique chez les professionnels impliqués dans la crise sanitaire COVID-19 dans les EHPAD (Etablissement d'Hébergement Pour Personnes Agées Dépendantes)

Organismes porteurs du projet : Centre Hospitalier Universitaire de Saint-Etienne et Gériatopole AURA

Partie 1 : Evaluation quantitative

Personne à contacter : Dr Carole PELISSIER ; carole.pelissier@chu-st-etienne.fr

Le 18/01/2022

I. Les Origines du Projet

L'année 2020 a été marquée par l'émergence du SARS COV 2, ayant créé une pandémie mondiale. Entre le 1er mars et le 31 décembre 2020, Santé publique France recense 64 600 décès liés à la Covid-19 dans les hôpitaux et les établissements pour personnes âgées, contre un excédent de 62 800 décès toutes causes et tous lieux de décès confondus sur la même période en 2020 par rapport à 2019. 10301 personnes âgées sont décédées dans les EHPAD entre le 1er mars et 8 juin 2020. Le personnel soignant impliqué dans la prise en charge de patients infectés par la COVID-19 est exposé à des situations stressantes, à une charge émotionnelle intense liée aux nouvelles conditions et organisation du travail, à la détresse et, parfois, au décès de patients ainsi qu'aux souffrances des familles, qui peuvent fragiliser son état de santé psychique. Nos précédents travaux ont souligné les contraintes psychosociales élevées auxquelles sont exposés le personnel des EHPAD et leurs liens avec l'altération de l'état de santé physique et psychique (1–4).

Les structures de soins ont dû réagir face à l'afflux de patients infectés par le SARS COV 2, présentant des formes graves, entraînant une augmentation dramatique de la mortalité dans les services de soins et nécessitant en conséquence une forte mobilisation des soignants. L'émergence de ce nouveau virus a créé un climat d'angoisse, d'inquiétude et d'incertitude pour les soignants mais également pour la population en général(5)

Avec une mauvaise compréhension des virus et des mécanismes de propagation, l'évocation du SARS COV 2 génère une grande anxiété. À l'échelle mondiale, l'OMS estime que 30 à 50% de la population touchée par une catastrophe a souffert de diverses détresses psychologiques(6).

De nombreuses études ont mis en évidence la présence de stress, de troubles anxieux, de dépression et d'un état de stress post-traumatique chez de nombreux soignants (6–10).

La Haute autorité de Santé a publié des préconisations, validées par le Collège le 7 mai 2020, visant à prévenir et repérer la souffrance professionnelle du monde de la santé, et les orienter dans le cadre de la crise COVID 19. Les professionnels de la santé sont les premiers acteurs dans la gestion de l'épidémie dans les structures de soins. Considérant que l'humanité subit la pandémie la plus grave depuis la grippe espagnole, la pandémie réelle de COVID-19 est très susceptible de promouvoir un état de stress post-traumatique (ESPT) qui survient couramment lors des catastrophes majeures.

L'Académie nationale de médecine, le 8 juin 2020, a recommandé de prêter une attention particulière et au long cours à la santé mentale des soignants impliqués dans la prise en charge de la COVID-19. Elle recommande que les soignants impliqués dans la prise en charge de la COVID-19 puissent bénéficier d'un examen médical systématique et un suivi sur 3 ans par les médecins de prévention afin que soient identifiés « d'éventuels symptômes psychiques apparus après la phase aiguë de la crise sanitaire »(10).

Actuellement, le suivi médical des soignants par le service de santé au travail s'appuie sur la mise en œuvre des visites médicales. Du fait d'un manque de médecins du travail dans les établissements de santé, la mise en œuvre systématique à court terme d'une visite médicale avec le médecin du travail pour les soignants impliqués dans la crise sanitaire de la COVID-19 paraît très difficile à mettre en œuvre.

Dans ce contexte, il paraît nécessaire de faciliter le repérage et la prise en charge psychologique adaptée des troubles anxieux, dépressifs et du stress post traumatiques, chez tout le personnel des EHPAD (soignant et non soignant) particulièrement exposé lors de cette pandémie.

Ce projet expérimente le déploiement d'un dispositif de repérage et d'orientation des pathologies psychiques par auto-questionnaire auprès du personnel des EHPAD impliqué dans la crise sanitaire à 1 an du début de la crise sanitaire. Ce dispositif devrait permettre d'identifier rapidement les soignants symptomatiques et de leur conseiller de consulter leur médecin pour confirmer le diagnostic et prévoir une prise en charge adaptée (orientation vers un psychologue, un psychiatre, le médecin traitant).

II. La Démarche du Projet

Les objectifs de ce projet sont :

- 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 symptomatiques de troubles anxieux, dépressifs et état de stress-post-traumatique 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 choisie dans ce projet est constituée par le personnel soignant des EHPAD. Pour répondre à la demande des Directeurs de ces établissements, la population cible a été élargie à l'ensemble des personnels des EHPAD soignants et non-soignants. Les Directeurs de vingt-quatre EHPAD de Saint-Etienne et son agglomération affectés par la crise sanitaire COVID-19 ont été contactés pour leur proposer d'inclure le personnel de leur établissement dans ce projet.

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

L'évaluation des signes anxieux, dépressifs et état de stress-post-traumatique s'est appuyée sur auto-questionnaire anonyme élaboré en utilisant des échelles d'évaluation validées scientifiquement pour ces pathologies.

Echelle HAD pour évaluer l'anxiété et la dépression

Le score HAD est un auto-questionnaire établi par Snaith et Zigmond en 1983 pour détecter et classer la sévérité de l'anxiété et la dépression(11). Il a été validé maintenant depuis de nombreuses années

Cet auto-questionnaire comporte 2 parties de 7 questions chacune, relatives aux symptômes anxieux d'une part et aux symptômes dépressifs d'autre part. Chaque réponse est cotée de 0 à 3.

Un score total est calculé sur 42 et le score de chaque catégorie (anxiété ou dépression) est calculé sur 21. Le score 11 est considéré comme seuil pour chaque sous-catégorie a été défini comme valide pour définir la présence ou non d'une symptomatologie anxieuse ou dépressive(12,13). Une méta-analyse a montré une sensibilité de 82% et une spécificité de 74%(13) .

De plus, Bjelland et ses collaborateurs ont montré en 2002 une bonne sensibilité et spécificité de cette échelle dans la détection des troubles anxieux et dépressifs, notamment en dehors d'une prise en charge psychiatrique(12).

Echelle PCL-5 pour évaluer l'état de stress-post-traumatique.

L'échelle PCL-5 a été créée par WEATHERS et al en 2013 et traduite en français par DESBIENDRAS. C'est un questionnaire d'auto-évaluation de 20 items qui évalue les symptômes de l'ESPT selon les critères du DSM V. Cet instrument permet de dépister les individus avec un ESPT, d'établir un diagnostic provisoire d'ESPT et de pouvoir évaluer les changements symptomatiques. La cotation des items va de 0 "pas du tout" à 4 "extrêmement". Une valeur seuil de 38 suggère la présence d'un ESPT. (14)

Pour interpréter les résultats de l'étude, il a été réalisée une analyse descriptive des données en transformant des variables quantitatives en variables qualitatives ordinales et en utilisant des tests statistiques (test du chi2 et test de fisher). Un résultat a été retenu comme significatif en cas de valeur de la p-value < 0.5.

Le calcul de score pour chaque échelle validée permet de repérer des signes avérés de ces pathologies (score supérieur au seuil critique). Un message d'interprétation du score avec conseil d'orientation pour une évaluation et prise en charge médicale est intégré à la fin du questionnaire.

Les facteurs professionnels et médicaux associés à ces pathologies mentales ont été recherchés à partir 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'appuie sur l'utilisation d'une échelle visuelle analogique.

La passation de l'auto-questionnaire anonyme a été proposée en ligne via un lien URL et QRcode spécifique pour chaque EHPAD. A la demande des Directeurs des EHPAD et pour favoriser la participation à l'étude, un remplissage du questionnaire « anonyme » sous format papier a été proposé dans chacun des EHPAD participant à l'étude. Pour garantir la confidentialité des données, le questionnaire complété était remis dans une enveloppe ensuite cachetée qui était ensuite déposée dans une urne fermée.

Cette étude a reçu un avis favorable du comité d'éthique le 7 octobre 2020 (le numéro IRBN1202020/CHUSTE) et d'une déclaration à la CNIL le 27 juillet 2020 (Reference 2218857v0).

III. Les résultats de l'expérimentation

A. Descriptifs

Sur 1117 sujets éligibles, 386 personnes travaillant dans 12 EHPAD ont participé à l'étude (taux de participation global : 34.5%). 373 des questionnaires complétés ont pu être intégrés dans l'analyse. L'échantillon est constitué de 82% (N=306) de femmes. 70.7% (N=263) des participants vivent en couple. Plus des deux tiers des participants sont des soignants. Plus des trois quarts des participants travaillent 35 h par semaines et plus. L'âge moyen est de 41.7 ans [ET=11.7], l'ancienneté moyenne à la fonction de 11.9 ans [ET=9.3 ans] et l'ancienne moyenne dans l'établissement de 9.6 ans [ET=9].

La prévalence de symptômes anxieux (21%) est la plus élevée (10% pour les symptômes dépressifs et 7% pour l'état de stress post-traumatique). 8% des sujets interrogés prennent un traitement psychotrope et pour les 2/3 depuis moins d'un an. Plus de la moitié des répondants ont eu un arrêt de travail. Parmi les sujets ayant eu un arrêt de travail, la moitié avait un arrêt de 15 jours ou plus et 18% des interrogés indiquaient un motif d'arrêt en lien avec une pathologie mentale.

Tableau 1 : Caractéristiques médicales

		n	%
Antécédent de troubles anxieux	Non	298	81.4
	Oui	68	18.6
Antécédent de troubles dépressifs	Non	325	88.6
	Oui	42	11.4
Symptômes avérés d'anxiété	Non	294	78.8
	Oui	79	21.2
Symptômes avérés de dépression	Non	337	90.3
	Oui	36	9.7
Symptômes d'état de stress post-traumatique	Non	346	92.8
	Oui	27	7.2
Prise d'un traitement psychotrope	Non	332	91.5
	Oui	31	8.5
Si prise de traitement psychotrope depuis quand ?	Moins de 3 mois	3	9.7
	Entre 3 et 6 mois	5	16.1
	Entre 6 mois et 1 an	13	41.9
	Plus de 1 an	10	32.3
Arrêt de travail au cours des 12 derniers mois	Non	177	48.5
	Oui	188	51.5
Si oui, durée de l'arrêt de travail	[1-7 jours]	51	27.9
	[8-14 jours]	42	23.0
	[15-29 jours]	55	30.0
	Plus de 30 jours	35	19.1
Si oui arrêt de travail en lien avec état de santé mental	Non	151	81.6
	Oui	34	18.4

En ce qui concerne l'orientation médicale, 79 messages d'orientation médicale en lien avec une symptomatologie anxieuse, 36 messages d'orientation médicale en lien avec une

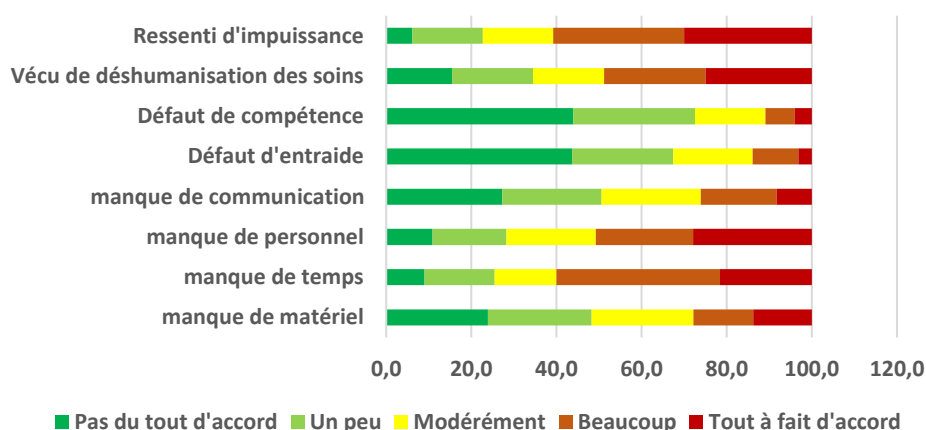
symptomatologie dépressive, et 27 messages d'orientation médicale en lien avec une symptomatologie d'état de stress-post-traumatique ont été émis.

Concernant, le ressenti des conditions de travail dans les EHPAD pendant la crise sanitaire (tableau 2), plus de la moitié des interrogés indiquent des difficultés à concilier vie familiale et professionnelle. Un tiers des salariés interrogés rapportent un niveau de stress professionnel élevé. La majorité des salariés interrogés indiquent une inquiétude quant au risque de transmission de la COVID-19 et plus spécifiquement ils indiquent une inquiétude pour les proches (85.4%), les résidents (74.6%), pour les collègues (60.4%) et pour sa propre santé (49.7%). Près de trois quarts des salariés interrogés ont exprimé des difficultés ressenties quant à l'accompagnement des résidents infectés par la COVID-19 et leurs familles en lien avec un ressenti de manque de temps, d'impuissance, de manque de personnel, d'un vécu de déshumanisation des soins, et moins fréquemment un ressenti de défaut de matériel et de communication au sein de l'établissement (figure 1). La majorité du personnel confronté au décès de résidents déclarent avoir été émotionnellement affectés.

Tableau 2 : Caractéristiques professionnelles

		n	%
Difficultés à concilier la vie familiale/Professionnelle	Non	169	46.1
	Oui	198	53.9
Ressenti d'une insuffisance de protection vis-à-vis du risque infectieux COVID-19	Non	219	59.8
	Oui	147	40.2
Ressenti d'une inquiétude quant au risque de transmission de la COVID-19	Non	23	6.3
	Oui	342	93.7
Pour les résidents	Non	94	25.4
	Oui	276	74.6
Pour les proches	Non	54	14.6
	Oui	316	85.4
Pour sa propre santé	Non	186	50.3
	Oui	184	49.7
Pour les collègues et la hiérarchie	Non	223	60.4
	Oui	146	39.6
Ressenti de difficultés quant à l'accompagnement de résidents atteints par la COVID-19 ou de leur famille	Non	103	28.1
	Oui	263	71.9
Avez-vous été confronté aux décès de résidents du COVID-19	Non	103	27.8
	Oui	267	72.2
Si oui, avez-vous été émotionnellement affecté	Non	32	12.1
	Oui	233	87.9

Fig 1: Causes difficultés accompagnements résidents infectés par la COVID-19 et leur famille



B. Facteurs associés aux symptômes anxieux après analyse univarié (tableaux 3)

D'après cette étude, les symptômes anxieux sont associés :

- Aux difficultés à concilier vie familiale et professionnelle (OR=2.7 [1.7-4.3])
- à des facteurs médicaux :
 - des antécédents de troubles anxieux (OR=3.1 [2.2-4.5]),
 - des antécédents de troubles de dépression (OR=2.8 [1.9-4.1]),
- à des facteurs professionnels :
 - un ressenti d'insuffisance de protection vis-à-vis du risque infectieux COVID-19 (OR=1.8 [1.2-2.6]),
 - une inquiétude quant au risque de transmission de la COVID-19 pour sa propre santé (OR=1.6 [1.1-12.6]), pour ses collègues ou sa hiérarchie (OR=1.6 [1.1-2.4]),
 - un ressenti de difficultés quant à l'accompagnement des résidents infectés par la COVID-19 ou de leur famille liées à un manque de matériel (OR=1.2 [0.5-2.6]), liées à un manque de temps (OR=6.7 [0.9-47.5]), liées à un ressenti d'impuissance (OR=2.8 [0.7-10.5],)
 - un niveau de stress élevé professionnel(OR=8.7 [3.6-20.9]) personnel(OR=5 [3.1-8])
 - un ressenti d'un évènement traumatisant dans le cadre du travail pendant la crise sanitaire (OR=2.3 [1.5-3.6]) dans le cadre personnel pendant la crise sanitaire (OR=1.8 [1.2-2.7])

Tableau 3 : facteurs associés aux symptômes anxieux

		Signes avérés d'anxiété					
		Oui		Non			
		n	%	n	%	OR	IC
Difficultés à concilier vie familiale/vie professionnelle	Non	19	24,1	150	52,1	1****	-
	Oui	60	75,9	138	47,9	2,7	1,7-4,3
Ressenti d'insuffisance de protection vis-à-vis du risque infectieux COVID 19 sur le lieu de travail	Non	36	45,6	183	63,8	1***	-
	Oui	43	54,4	104	36,2	1,8	1,2-2,6
Inquiétude quant au risque de transmission de la COVID-19 pour sa propre santé	Non	31	39,2	155	53,3	1*	-
	Oui	48	60,8	136	46,7	1,6	1,1-2,3
Inquiétude quant au risque de transmission de la COVID-19 pour les collègues ou la hiérarchie	Non	38	48,1	185	63,8	1*	-
	Oui	41	51,9	105	36,2	1,6	1,1-2,4
Ressenti de difficultés quant à l'accompagnement des résidents atteints par la COVID-19 ou de leur famille liées à un manque de matériel	Pas du tout d'accord	12	20,7	49	24,9	1*	-
	Un peu	10	17,2	52	26,4	0,8	0,4-1,8
	Modérément	12	20,7	49	24,9	1,0	0,5-2,0
	Beaucoup	16	27,6	20	10,1	2,2	1,2-4,2
	Tout à fait d'accord	8	13,8	27	13,7	1,2	0,5-2,6
Ressenti de difficultés quant à l'accompagnement des résidents atteints par la COVID-19 ou de leur famille liées à un manque de temps	Pas du tout d'accord	1	1,7	22	11,2	1*	-
	Un peu	6	10,3	36	18,3	3,3	0,4-25,7
	Modérément	6	10,3	31	15,7	3,7	0,5-29,0
	Beaucoup	29	50,0	69	35,0	6,8	1,0-47,4
	Tout à fait d'accord	16	19,8	39	19,8	6,7	0,9-47,5
Ressenti de difficultés quant à l'accompagnement des résidents atteints par la COVID-19 ou de leur famille liées à un ressenti d'impuissance	Pas du tout d'accord	2	3,4	14	7,0	1***	-
	Un peu	2	3,4	41	20,4	0,4	0,1-2,4
	Modérément	6	10,2	37	18,4	1,1	0,3-5,0
	Beaucoup	22	37,3	58	28,9	2,2	0,6-8,4
	Tout à fait d'accord	27	45,8	51	25,4	2,8	0,7-10,5
Antécédent de troubles anxieux	Non	46	58,2	252	87,8	1****	-
	Oui	33	41,8	35	12,2	3,1	2,2-4,5
Antécédent de troubles dépressifs	Non	58	73,4	267	92,7	1****	-

	Oui	21	26,6	21	7,3	2,8	1,9-4,1
Traitement psychotrope	Non	58	73,4	269	93,4	1****	-
	Oui	21	26,6	19	6,6	3,0	2,0-4,3
Suivi psychologique/psychiatrique	Non	65	82,3	267	94,0	1**	-
	Oui	14	17,7	17	6,0	2,3	1,5-3,6
Arrêt de travail en lien avec état de santé mental	Non	25	69,4	126	84,6	1*	-
	Oui	11	30,6	23	15,4	2,0	1,1-3,6
Niveau de stress professionnel au cours des 3 derniers mois	Faible	5	6,5	97	34,6	1****	-
	Modéré	20	26,0	113	40,4	3,1	1,2-7,9
	Elevé	52	67,5	70	25,0	8,7	3,6-20,9
Niveau de stress personnel au cours des 3 derniers mois	Faible	19	24,4	159	56,0	1****	-
	Modéré	22	28,2	92	32,4	1,8	1,0-3,2
	Elevé	37	47,4	33	11,6	5,0	3,1-8,0
Ressenti d'un événement traumatisant dans le cadre du travail pendant la crise sanitaire	Non	27	34,2	174	60,6	1****	-
	Oui	52	65,8	113	39,4	2,3	1,5-3,6
Ressenti d'un événement traumatisant dans le cadre de la vie personnelle pendant la crise sanitaire	Non	50	63,3	227	79,1	1***	-
	Oui	29	36,7	60	20,9	1,8	1,2-2,7

C. Facteurs associés aux symptômes dépressifs après analyse univarié (tableau 4)

D'après cette étude, les symptômes anxieux sont associés :

- Aux difficultés à concilier vie familiale et professionnelle (OR=2.9 [1.3-6.2])
- à des facteurs médicaux :
 - des antécédents de troubles anxieux (OR=2.5 [1.3-4.6]),
 - des antécédents de troubles de dépression (OR=3.4 [1.8-6.4]),
- à des facteurs professionnels :
 - une inquiétude quant au risque de transmission de la COVID-19 pour les résidents (OR=2.7 [0.9-7.5]), pour ses collègues ou sa hiérarchie (OR= 2.0[1.1-3.8]),
 - un niveau de stress élevé professionnel(OR= 5.4[2.0-15.1]) personnel(OR=4.8 [2.1-10.7])

Tableau 4 : facteurs associés aux symptômes dépressifs

		Signes avérés dépressifs					
		Oui		Non		OR	IC
		n	%	n	%		
Difficultés à concilier vie familiale/vie professionnelle	Non	8	22,9	161	48,5	1**	-
	Oui	27	77,1	171	51,5	2,9	1,3-6,2
Inquiétude quant au risque de transmission de la COVID-19 pour les résidents	Non	4	11,1	90	27,0	1*	-
	Oui	32	88,9	244	73,0	2,7	0,9-7,5
Inquiétude quant au risque de transmission de la COVID-19 pour les collègues ou la hiérarchie	Non	15	42,9	208	62,3	1*	-
	Oui	20	57,1	126	37,7	2,0	1,1-3,8
Antécédent de troubles anxieux	Non	23	63,9	275	83,3	1**	-
	Oui	13	36,1	55	16,7	2,5	1,3-4,6
Antécédent de troubles dépressifs	Non	25	69,4	300	90,6	1***	-
	Oui	11	30,6	31	9,4	3,4	1,8-6,4
Traitement psychotrope	Non	25	69,4	302	91,2	1***	-
	Oui	11	30,6	29	8,8	3,6	1,9-6,7
Suivi psychologique/psychiatrique	Non	29	80,6	303	92,7	1*	-
	Oui	7	19,4	24	7,3	2,6	1,2-5,4
Arrêt de travail en lien avec état de santé mental	Non	9	50,0	142	85,0	1***	-
	Oui	9	50,0	25	15,0	4,4	1,9-10,3
Arrêt de travail au cours des douze derniers mois	Non	18	50,0	159	48,8	1**	-
	Oui, sans lien avec l'état de santé mentale	9	25,0	142	43,5	0,6	0,3-1,3
	Oui, avec lien avec l'état de santé mentale	9	25,0	25	7,7	2,6	1,3-5,3
Niveau de stress professionnel au cours des 3 derniers mois	Faible	4	11,4	98	30,4	1****	-
	Modéré	5	14,3	128	39,8	0,9	0,3-3,5
	Elevé	26	74,3	96	29,8	5,4	2,0-15,1
Niveau de stress personnel au cours des 3 derniers mois	Faible	8	22,8	170	52,0	1***	-
	Modéré	12	34,3	102	31,2	2,3	0,9-5,5
	Elevé	15	42,9	55	16,8	4,8	2,1-10,7

D. Facteurs associés aux signes d'état de stress post-traumatique après analyse univarié (tableau 5)

D'après cette étude, les symptômes anxieux sont associés :

- Aux difficultés à concilier vie familiale et professionnelle (OR=3 [1.2-7.2])
- à des facteurs médicaux :
 - des antécédents de troubles anxieux (OR=3 [1.5-6.2]),
 - des antécédents de troubles de dépression (OR= 5.3[2.6-10.7]),
- à des facteurs professionnels :
 - un ressenti de difficultés quant à l'accompagnement des résidents infectés par la COVID-19 ou de leur famille liées à un manque de communication au sein de la structure(OR=3.6 [0.9-13.1]), liées à un ressenti de déshumanisation des soins (OR= 7.4[1.1-54.9]),
 - un niveau de stress élevé professionnel(OR=2.1 [0.8-5.2]) personnel(OR=3.8 [1.6-8.9])
 - un ressenti d'un évènement traumatisant dans le cadre personnel pendant la crise sanitaire (OR=2.5 [1.2-5.1])

Tableau 5: facteurs associés aux signes d'état de stress post-traumatique

		Signes d'Etat de Stress Post Traumatique					
		Oui		Non		OR	IC
		n	%	n	%		
Difficultés à concilier vie familiale/vie professionnelle	Non	6	22,2	163	47,9	1**	-
	Oui	21	77,8	177	52,1	3,0	1,2-7,2
Ressenti de difficultés quant à l'accompagnement des résidents atteints par la COVID-19 ou de leur famille liées à un manque de communication au sein de la structure	Pas du tout d'accord	3	13,0	66	28,7	1*	-
	Un peu	3	13,0	56	24,3	1,2	0,2-5,6
	Modérément	10	43,5	49	21,3	3,9	1,1-13,5
	Beaucoup	7	30,5	38	16,5	3,6	0,9-13,1
	Tout à fait d'accord	0	0	21	9,1	-	-
Ressenti de difficultés quant à l'accompagnement des résidents atteints par la COVID-19 ou de leur famille liées à un ressenti de déshumanisation des soins	Pas du tout d'accord	1	4,4	38	16,6	1*	-
	Un peu	2	8,7	46	20,1	1,6	0,2-17,3
	Modérément	4	17,4	38	16,6	3,7	0,4-31,8
	Beaucoup	4	17,4	56	24,4	2,6	0,3-22,4
	Tout à fait d'accord	12	52,2	51	22,3	7,4	1,1-54,9
Antécédent de troubles anxieux	Non	16	59,3	282	83,2	1**	-
	Oui	11	40,7	57	16,8	3,0	1,5-6,2
Antécédent de troubles dépressifs	Non	16	59,3	309	90,9	1****	-
	Oui	11	40,7	31	9,1	5,3	2,6-10,7
Traitement psychotrope	Non	18	66,7	309	90,9	1***	-
	Oui	9	33,3	31	9,1	4,1	2,0-8,5
Suivi psychologique/psychiatrique	Non	19	70,4	313	93,1	1****	-
	Oui	8	29,6	23	6,9	4,5	2,2-9,4
Niveau de stress professionnel au cours des 3 derniers mois	Faible	6	23,1	96	29,0	1*	-
	Modéré	5	19,2	128	38,7	0,6	0,2-2,0
	Elevé	15	57,7	107	32,3	2,1	0,8-5,2
Niveau de stress personnel au cours des 3 derniers mois	Faible	8	29,6	170	50,8	1***	-
	Modéré	7	25,9	107	31,9	1,4	0,5-3,7
	Elevé	12	44,4	58	17,3	3,8	1,6-8,9
Ressenti d'un évènement traumatisant dans le cadre de la vie personnelle pendant la crise sanitaire	Non	15	55,6	262	77,3	1*	-
	Oui	12	44,4	77	22,7	2,5	1,2-5,1

E. Facteurs associés aux troubles anxieux, dépressifs et état de stress-pos-traumatique

Après analyse univarié,

Les facteurs médicaux associés aux troubles anxieux, dépressifs et état de stress-post traumatique sont les antécédents de troubles anxieux et les antécédents de troubles dépressifs.

Les facteurs professionnels modifiables associés aux troubles anxieux, dépressifs et état de stress post-traumatique sont les difficultés à concilier la vie familiale et professionnelle et le niveau de stress élevé perçu (cf tableau 6)

Tableau 6 : Facteurs associés aux signes anxieux, aux signes dépressifs et à l'état de stress post-traumatique

		Signes anxieux		Signes dépressifs		Etat de Stress post-traumatique	
		OR	IC	OR	IC	OR	IC
Difficultés à concilier vie familiale/vie professionnelle	Non	1****	-	1**	-	1**	-
	Oui	2,7	1,7-4,3	2,9	1,3-6,2	3,0	1,2-7,2
Antécédent de troubles anxieux	Non	1****	-	1**	-	1**	-
	Oui	3,1	2,2-4,5	2,5	1,3-4,6	3,0	1,5-6,2
Antécédent de troubles dépressifs	Non	1****	-	1***	-	1****	-
	Oui	2,8	1,9-4,1	3,4	1,8-6,4	5,3	2,6-10,7
Niveau de stress professionnel au cours des 3 derniers mois	Faible	1****	-	1****	-	1*	-
	Modéré	3,1	1,2-7,9	0,9	0,3-3,5	0,6	0,2-2,0
	Elevé	8,7	3,6-20,9	5,4	2,0-15,1	2,1	0,8-5,2
Niveau de stress personnel au cours des 3 derniers mois	Faible	1****	-	1***	-	1***	-
	Modéré	1,8	1,0-3,2	2,3	0,9-5,5	1,4	0,5-3,7
	Elevé	5,0	3,1-8,0	4,8	2,1-10,7	3,8	1,6-8,9

IV. Bilan critique du projet et suite à donner

Prévalence des troubles anxieux, dépressifs et état de stress post-traumatiques.

Ce projet a permis d'évaluer la pertinence du dispositif pour évaluer la prévalence des symptomatologies anxieuses, dépressives et état de stress-posttraumatique. L'extrapolation de ces résultats au sein de la population cible dépend en partie du taux de participation des sujets à ce projet. Sa mise en œuvre a mis en évidence l'importance de l'implication dans ce projet d'acteurs au sein des EHPAD pour communiquer auprès du personnel et favoriser le remplissage du questionnaire. La présentation du questionnaire en format numérique permet lors de son remplissage d'incrémenter directement la base de données et constitue un gain de temps pour effectuer l'analyse des données. Ce mode de recueil de l'information peut constituer un frein à remplir le questionnaire si la personne est peu enclin à utiliser les outils numériques (QRcode ou lien URL).

Les résultats concernant la prévalence des symptomatologies de ces trois pathologies sont à discuter avec les données de la littérature

Prévalence des troubles anxieux :

Les résultats sont concordants avec les données de la littérature en cours d'épidémie du SARS Cov 2 auprès de soignants et de la population générale mais nettement supérieurs aux données précédents la crise sanitaire.

D'après les données de Santé Publique France, la prévalence de l'anxiété chez les adultes français était de 23% lors de la première vague covid, contre 13.5% en 2017(15). Une revue systématique de la littérature avec méta analyse a évalué la prévalence de l'anxiété chez le personnel soignant pendant la crise COVID 19 qui s'élève à 23.2%, ce qui correspond aux résultats de notre étude(16).

Prévalence des troubles dépressifs :

Les résultats de notre étude sont concordants avec ceux de Santé Publique (9.8%) datés de 2017 avant la crise sanitaire COVID-19(15). La revue systématique de la littérature avec méta analyse retrouve une prévalence de la dépression auprès des soignants de 22.8%. (16). Une autre revue systématique avec méta régression s'est intéressée à la prévalence de l'anxiété et de la dépression chez les soignants hospitaliers s'occupant de patients affectés par la COVID 19. Il en ressort une prévalence de l'anxiété à 25.8%, et de 24.3% pour la dépression. Les résultats sont là aussi plus élevés en ce qui concerne la dépression mais semblable pour l'anxiété(17).La discordance de nos résultats avec ceux de la littérature pourraient s'expliquer par la différence de constitution de l'échantillon (soignants hospitaliers exposés à des conditions de travail différentes de celles des EHPAD).

Prévalence de l'Etat de Stress-post-traumatique

Selon l'inserm, avant la crise covid 19, peu d'études ont été réalisées en France concernant l'ESPT. Les données issues principalement d'études menées aux Etats-Unis, estiment la prévalence des troubles du stress post traumatique de 5 à 12% dans la population générale(18). Une étude sur la souffrance psychique en lien avec le travail chez les salariés actifs en France entre 2007 et 2012, parue dans le bulletin épidémiologique hebdomadaire, révèle une prévalence de l'ESPT de 2.1% en 2012(19). Si l'on compare ces chiffres avec ceux de notre étude (7%), Il semblerait que la crise sanitaire n'est pas augmentée fortement la prévalence de l'ESPT parmi le personnel des EHPAD. Un soutien solide et une bonne cohésion des équipes dans les EHPAD ont pu diminuer l'impact « traumatisant » de cette crise dans les EHPAD étudiés. Toutes les EHPAD n'ont pas vécu la crise de la même façon, certaines ont eu

par exemple beaucoup de patients infectés par la COVID, mais très peu de décès, ce qui peut limiter l'impact psychologique sur le personnel.

Identification des facteurs associés aux pathologies psychiques et préconisation

Le mode de recueil à partir d'un auto-questionnaire permet de recueillir des informations médicales et des informations sur le vécu des conditions de travail en période de crise sanitaire. Le caractère déclaratif des informations constitue un potentiel biais de classement des données. La longueur maîtrisée du questionnaire, son contenu et sa présentation ont contribué à son remplissage.

Cette étude met en évidence des facteurs médicaux associés aux symptomatologies anxieuses, dépressives et état de stress-post-traumatique connus des études antérieures. Les antécédents dépressifs ou anxieux sont connus pour être des facteurs de risques de troubles anxieux et dépressifs. La cohérence de nos résultats avec les données de la littérature conforte leur pertinence. Cette étude a mis en évidence dans ce contexte de crise sanitaire une association entre la symptomatologie anxieuse et le ressenti du personnel de manque de temps et d'impuissance quant à l'accompagnement des résidents infectés par la COVID-19 ou de leur famille. Cette étude souligne l'association entre l'exposition à des facteurs professionnels modifiables et la présence d'une symptomatologie anxieuse, dépressive ou état de stress-post-traumatique. Le niveau de stress élevé et les difficultés à concilier la vie familiale ou professionnelle constituent des facteurs modifiables sur lesquels pourraient s'appuyer des mesures de prévention. Ces résultats corroborent les données de la littérature. Spoorthy et al. ont souligné dans une revue de la littérature l'augmentation du niveau de stress du personnel soignant confronté à la crise sanitaire et son association avec les troubles anxieux et dépressifs(20). Les auteurs ont souligné les effets positifs du support social et de l'accompagnement psychologique du personnel confronté à la crise sanitaire.

Des formations de meilleure gestion du stress, une démarche participative concernant les axes d'amélioration vie personnelle/vie professionnelle pourrait être proposée au personnel des EHPAD.

Repérage des personnes symptomatiques et orientation médicale

Ce dispositif a permis de délivrer un message d'orientation vers le médecin traitant ou le médecin du travail pour 79 personnes qui présentaient une symptomatologie anxieuse, 36 personnes qui présentaient une symptomatologie dépressive et 27 personnes qui présentaient une symptomatologie d'état de stress-post-traumatique. Du fait du caractère anonyme du questionnaire, il n'a pas été possible de contacter ces personnes pour évaluer le nombre de consultations médicales effectives. Par ailleurs, les médecins du travail, du fait de leur implication dans la crise sanitaire, n'ont pas pu indiquer le nombre de consultations demandées par le salarié suite au repérage des pathologies psychiques.

Suite à donner

Ce projet visant à évaluer le dispositif de repérage des troubles anxieux, dépressifs et état de stress post-traumatique auprès du personnel des EHPAD à partir d'un auto-questionnaire présente des limites. La mise en œuvre de ce dispositif repose sur la participation des salariés qui nécessite une implication des Directions des structures pour communiquer en interne sur ce projet. Par ailleurs, le recours à un remplissage du questionnaire par voie numérique nécessite de faciliter l'accès à une connexion internet (téléphone ou ordinateur) au sein de la structure. Le dépistage précoce des pathologies psychiques et leur prise en charge médicale repose sur la décision du salarié à consulter

son médecin et sur la disponibilité de celui-ci à le recevoir. Ce dispositif par ailleurs présente comme intérêt de permettre une évaluation collective d'indicateurs de santé et vécu des conditions de travail au sein des EHPAD et permet d'obtenir les résultats rapidement après diffusion du questionnaire. Cette possibilité d'évaluation rapide d'indicateurs de santé et de conditions de travail devrait permettre d'élaborer des actions de prévention adaptée de façon réactive. Sur le plan individuel, le repérage de signes précoces évocateurs de pathologies psychiques et les conseils d'orientation médicale pourraient prévenir l'aggravation de l'état de santé psychique du salarié et son éventuel arrêt de travail qui pourrait impacter le bon fonctionnement de l'EHPAD.

Points faibles

- Difficultés de communiquer sur la mise en œuvre de ce dispositif au sein des structures
- Difficultés d'accéder au format numérique du questionnaire pour la population cible constituée pour les deux tiers de soignants.
- Manque de disponibilité des médecins du travail pour préciser l'impact de ce dispositif sur la prise en charge médicale

Points forts

- Rapidité d'obtention d'indicateurs de santé (prévalence des troubles anxio-dépressifs, et état de stress-post-traumatique)
- Repérage des sujets symptomatiques avec apparition d'un message de prévention invitant à consulter un médecin en présence de symptômes cliniques

REFERENCES :

1. PELISSIER C, VOHITO M, CHARBOTTEL B, FONTANA L, FORT E, Pierre AJ, et al. Occupational Risk Factors for Upper-limb and Neck Musculoskeletal Disorder among Health-care Staff in Nursing Homes for the Elderly in France. *Industrial Health*. 2014;52(4):334-46.
2. PELISSIER C, FONTANA L, FORT E, VOHITO M, SELLIER B, PERRIER C, et al. Impaired mental well-being and psychosocial risk: a cross-sectional study in female nursing home direct staff. *BMJ Open*. janv 2015;5(4):e007190.
3. Pelissier C, Fontana L, Fort E, Agard JP, Couprie F, Delaygue B, et al. Occupational risk factors for upper-limb and neck musculoskeletal disorder among health-care staff in nursing homes for the elderly in France. *Industrial health*. 2014;2013-0223.
4. Pelissier C, Vohito M, Fort E, Fontana L, Sellier B, Perrier C, et al. 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*. 2014;75(3):S15.
5. El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yrondi A, Brunault P, Bienvenu T, et al. Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) : quels risques pour leur santé mentale ? *L'Encéphale*. 1 juin 2020;46(3, Supplement):S73-80.
6. Dutheil F, Mondillon L, Navel V. PTSD as the second tsunami of the SARS-Cov-2 pandemic. *Psychological Medicine*. 24 avr 2020;1.

7. Alwani S, Majeed M, Hirwani M, Rauf S, Saad S, Shah H, et al. Evaluation of Knowledge, Practices, Attitude and Anxiety of Pakistan's Nurses towards COVID-19 during the Current Outbreak in Pakista [Internet]. 2020 [cité 17 nov 2021]. Disponible sur: <https://europepmc.org/article/PPR/PPR172642>
8. Ornell F, Halpern SC, Kessler FHP, Narvaez JC de M. The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. *Cad Saude Publica*. 2020;36(4):e00063520.
9. Huang JZ, Han MF, Luo TD, Ren AK, Zhou XP. [Mental health survey of medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19]. *Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi*. 20 mars 2020;38(3):192-5.
10. Suivi des soignants impliqués dans la prise en charge de la COVID-19. Communiqué de l'Académie nationale de Médecine. 8 juin 2020;
11. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1 juin 1983;67(6):361-70.
12. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res*. févr 2002;52(2):69-77.
13. Brennan C, Worrall-Davies A, McMillan D, Gilbody S, House A. The Hospital Anxiety and Depression Scale: a diagnostic meta-analysis of case-finding ability. *J Psychosom Res*. 1 oct 2010;69(4):371-8.
14. Ashbaugh AR, Houle-Johnson S, Herbert C, El-Hage W, Brunet A. Psychometric Validation of the English and French Versions of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5). *PLoS ONE*. 2016;11(10):e0161645.
15. SPF. La santé mentale des Français face au Covid-19 : prévalences, évolutions et déterminants de l'anxiété au cours des deux premières semaines de confinement (Enquête CoviPrev, 23-25 mars et 30 mars-1er avril 2020) [Internet]. [cité 16 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/la-sante-mentale-des-francais-face-au-covid-19-prevalences-evolutions-et-determinants-de-l-anxiete-au-cours-des-deux-premieres-semaines-de-confi>
16. Santabábara J, Bueno-Notivol J, Lipnicki DM, Olaya B, Pérez-Moreno M, Gracia-García P, et al. Prevalence of anxiety in health care professionals during the COVID-19 pandemic: A rapid systematic review (on published articles in Medline) with meta-analysis. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2021;110244-110244.
17. Salari N, Khazaie H, Hosseini-Far A, Khaledi-Paveh B, Kazemini M, Mohammadi M, et al. The prevalence of stress, anxiety and depression within front-line healthcare workers caring for COVID-19 patients: a systematic review and meta-regression. *Hum Resour Health*. 17 déc 2020;18(1):100.
18. Troubles du stress post-traumatique · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. [cité 16 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/troubles-stress-post-traumatique/>
19. SPF. La souffrance psychique en lien avec le travail chez les salariés actifs en France entre 2007 et 2012, à partir du programme MCP [Internet]. [cité 16 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-liees-au-travail/souffrance-psychique-et-epuisement-professionnel/la-souffrance-psychique-en-lien->

avec-le-travail-chez-les-salaries-actifs-en-france-entre-2007-et-2012-a-partir-du-programme-mcp

20. Spoorthy MS, Pratapa SK, Mahant S. Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic—A review. *Asian Journal of Psychiatry*. 1 juin 2020;51:102119.