



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.

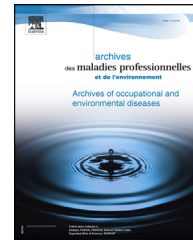


Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

Retentissement psychologique de la crise sanitaire du COVID-19 sur les salariés

Psychological impact of the COVID-19 health crisis on employees

C. Barberousse*, C. Dabezies, O. Lamarche, A. Lachaize

AIST 83 association interprofessionnelle de santé au travail du Var, espace Athéna BP 125, 83192 Ollioules cedex, France

Reçu le 15 septembre 2021 ; accepté le 14 janvier 2022

MOTS CLÉS

Santé mentale ;
Santé au travail ;
COVID-19

Résumé

Objectif. – Dans le contexte de crise sanitaire, le bouleversement des habitudes de travail, la crainte d'être contaminés sur leur lieu d'exercice ou la fermeture de certains établissements font présager un impact important sur la santé mentale des salariés. L'objectif de cette étude était de mesurer l'impact de la crise sanitaire sur la santé mentale des salariés suivis par un service de santé au travail et d'identifier les facteurs associés au stress et à la peur au travail.
Méthode. – Un questionnaire anonyme et confidentiel était proposé aux salariés se rendant en visite médicale début octobre et novembre 2020.

Résultats. – Un total de 1797 salariés ont participé. Près de 40 % présentaient des manifestations d'anxiété et 20 % des signes dépressifs (score HAD >= 8). Près d'un tiers des salariés déclarait être plus stressés au travail depuis le début de la crise. 21 % déclarait qu'il leur arrive d'avoir peur au travail depuis le début de la crise sanitaire. Le fait d'être plus stressé était associé au genre, à la taille de l'entreprise, à l'ancienneté, au secteur sanitaire et social, au fait de s'être senti affecté, au fait d'être à risque de forme grave de COVID-19, au sentiment d'être exposé au SARS-COV2 dans le cadre de son travail, au sentiment d'insécurité au travail et au fait d'avoir des difficultés dans l'application des mesures barrières. Le modèle multivarié pour expliquer la peur au travail présentait des similitudes.

Conclusion. – Cette étude permet de confirmer et de quantifier l'importante augmentation du stress, du sentiment d'insécurité au travail, des tensions vécues vis-à-vis du public. Ces résultats amènent une réflexion approfondie sur le rôle essentiel d'un service de santé au travail face à une crise sanitaire pour accompagner au mieux nos adhérents..

* Auteur correspondant. Lot n° 5 Zac de Gueiranne, 83340 Le Cannet-des-Maures, France.
Adresse e-mail : c.barberousse@aist83.fr (C. Barberousse).

KEYWORDS

Mental health;
Occupational health;
COVID-19

Summary

Purpose of the study. — During the COVID-19 pandemic, the changes in working conditions, the fear of being contaminated at the work place and job insecurity can have a significant impact on the mental health of employees. The objective of this study was to measure the impact of the pandemic on the mental health of employees under follow-up in an occupational health service and to identify the factors associated with stress and fear at work.

Method. — An anonymous and confidential questionnaire was offered to employees coming to occupational health visit in early October and November 2020.

Results. — Among the employees, 1797 responded. Nearly 40% had manifestations of anxiety disorders and 20% had depressive signs. From the beginning of the crisis, almost a third of employees were more stressed than before and 21% happened to be afraid at work. Being more stressed at work was associated with gender, number of employees, seniority, working in the health sector, feeling affected by SARS-COV2, being at risk of severe covid-19, feeling exposed to SARS-COV2 at work, feeling insecure at work and having difficulties to apply barrier measures. The multivariate model analysis looking at factors associated to fear at work had similar findings.

Conclusion. — This study confirms and quantifies the importance of stress, feelings of insecurity and tensions at work. These results emphasized the role of an occupational health service in the face of a health crisis to best support employees and employers.

Contexte

Le virus SARS-COV2 responsable de la COVID-19, et les mesures prises pour enrayer sa propagation, ont profondément affecté tous les aspects de la vie quotidienne.

L'importante médiatisation des statistiques de morbidité et de mortalité, les oppositions et incertitudes des scientifiques, les restrictions imposées pour réduire les contacts sociaux, l'accès aux soins de santé rendu difficile par la saturation du système hospitalier, le secteur d'activité à l'arrêt réduisant les moyens de subsistance, l'absence de divertissements collectifs culturels et sportifs et la peur de contracter la COVID-19 ont eu un impact dramatique sur le bien-être. Les répercussions sur la santé mentale de la population de l'épidémie de COVID-19 ont fait l'objet de nombreuses études partout dans le monde et les premiers indicateurs sont préoccupants. Les principales réactions psychologiques ont été bien décrites [1]. On observe des taux hétérogènes et parfois très élevés de symptômes d'anxiété (6,33 % à 50,9 %), de dépression (14,6 % à 48,3 %), de trouble de stress post-traumatique (7 % à 53,8 %), de détresse psychologique (34,43 % à 38 %) et de stress (8,1 % à 81,9 %) dans la population générale lors de la pandémie de COVID-19 en fonction des pays d'étude [2]. Le secteur de la santé fait l'objet de nombreuses études en cas d'épidémie [3,4]. Dès avril 2020, dans les études publiées, plus d'un travailleur de la santé sur cinq souffrait d'anxiété et/ou de dépression ; près de deux sur cinq ont signalé l'insomnie [5], les travailleurs de la santé signalant généralement plus d'anxiété, de dépression et de problèmes de sommeil par rapport à la population générale [6].

La problématique de l'impact de la santé mentale sur le travail et vice versa est étudiée depuis des années. La santé mentale a une influence importante sur le maintien dans l'emploi [7–9]. L'instabilité liée à l'alternance de période de plein emploi, de chômage partiel, de fermeture d'établissement a un effet psychologique négatif

[10,11], notamment du fait de la fragilisation des liens sociaux [12]. Les conditions de travail, son environnement et son organisation ainsi que les comportements liés au travail jouent un rôle important capable d'exacerber ou de modérer la santé mentale et le bien être psychologique des travailleurs. Les risques psychosociaux et la qualité de vie au travail sont intimement liés [13]. Les modifications parfois profondes des conditions de travail en raison de la crise sanitaire (chômage partiel, télétravail en mode dégradé, mesures d'hygiène et protection contraignantes, fermetures et réouvertures, protocoles sanitaires et importante quantité d'informations parfois difficiles à trier) sont autant de paramètres nécessitant une constante adaptation susceptibles de susciter anxiété, peur, stress et épuisement.

L'objectif de cette étude était de mesurer l'impact de la crise sanitaire sur la santé mentale des salariés suivis par un service de santé au travail et d'identifier les facteurs associés au stress et à la peur au travail.

Matériel et méthodes

La population étudiée a été constituée à partir d'un échantillon de salariés volontaires d'entreprises adhérentes au service de santé au travail du département, âgés de 18 ans ou plus et qui ont consulté dans le cadre de la médecine du travail.

Le service de santé au travail est organisé en 19 centres médicaux couvrant le département et compte 27 000 entreprises adhérentes, correspondant à 180 000 salariés. Un auto-questionnaire a été distribué auprès de salariés venus en visite médicale du 5 au 10 octobre et du 2 au 6 novembre 2020. Ces 2 périodes correspondent au début et au pic de la 2^e vague de la COVID-19 dans la région.

En plus des caractéristiques sociodémographiques (sexe, âge, statut, responsabilité managériale, secteur d'activité), le questionnaire comportait des questions issues du

formulaire EVREST, des questions sur l'application des mesures barrières, sur le ressenti des salariés concernant les mesures mises en place par leur employeur et l'exposition au virus SARS-COV2 dans le cadre du travail, et l'échelle HADS pour mesurer les manifestations d'anxiété et de dépression.

EVREST est un dispositif de veille en santé au travail national qui permet d'analyser et de suivre différents aspects du travail et de la santé de salariés [14]. Le service de santé au travail participe au dispositif depuis plus de 10 ans. Nous avons utilisé les données de la cohorte 2016–2017 en guise de référence pour 4 indicateurs : « Avez-vous peur de perdre votre emploi ? » « Vivez-vous des tensions avec le public ? » « Vous arrive-t-il d'avoir peur au travail ? » « Dans votre travail êtes-vous amené(e) à être en contact avec des personnes en situation de détresse ».

L'échelle HAD permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle est très communément utilisée et a notamment été validée sur 20992 salariés français en 2011 par Bocéréan et al. [15] [16]. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété et sept autres à la dimension dépressive permettant ainsi l'obtention de deux scores. Le score permet de distinguer les salariés ne présentant pas de symptômes évocateurs (score ≤ 7), ceux présentant une symptomatologie douteuse (score entre 8 et 10) et ceux présentant une symptomatologie certaine (score ≥ 11).

Le salarié recevait le questionnaire pour être complété et remis dans une urne, avant la visite médicale pour préserver l'anonymat.

Analyse statistique

Les réponses aux questionnaires ont été recueillies avec le logiciel SPHINX iQ2 et analysées avec IBM SPSS Statistics 19.

Les pourcentages sont exprimés sans tenir compte des données manquantes et comparés avec le test du Chi² de Pearson. La standardisation directe des taux a été utilisée pour permettre de comparer des indicateurs mesurés avant la crise dans le cadre de l'enquête EVREST portant sur un échantillon aléatoire de salariés venus en visite périodique en 2016 et 2017 dans le service avec notre étude.

Afin d'identifier les facteurs associés au stress et à la peur au travail, nous avons utilisé des modèles de régression logistique. La sélection des facteurs de risque dans le modèle multivarié a été réalisée sur la base du seuil statistique de significativité de 20 % dans l'analyse univariée.

L'enquête a été validée par notre cellule d'épidémiologie et de recherche appliquée, la direction du service et les médecins coordinateurs du service en septembre 2020 à défaut de réunion de la commission technique médicale qui en situation de gestion de crise ne s'est pas réunie en 2020. Par ailleurs, le service dans le cadre du développement de ses obligations en matière de veille sanitaire a procédé à l'engagement de conformité à la méthodologie MR004 auprès de la CNIL (référence CNIL 2223010v0).

Résultats

Description des données sociodémographiques

Le taux de participation s'élevait à 46,9 %. Au total, 1797 salariés ont participé ; 51,7 % sont des femmes et

75,5 % ont moins de 50 ans. C'est une population en majorité composée d'ouvriers et d'employés. Plus de la moitié des salariés travaille dans des entreprises de moins de 50 salariés. Les secteurs d'activité recevant du public sont bien représentés avec près de 18 % du secteur sanitaire et social, 17 % des commerces et garages notamment. Les participants d'octobre et de novembre ont les mêmes caractéristiques sociodémographiques (Tableau 1).

La proportion de salariés qui se déclarent affectés par l'épidémie de COVID-19 augmente significativement entre octobre et novembre (13 % versus 16 %). Au total, 16,2 % déclarent présenter un risque de développer une forme grave de COVID-19.

Sentiment d'être exposé et insécurité au travail

Le sentiment d'être exposé au SARS-COV2 au travail est plus important chez les femmes, chez les employés, chez les personnes à risque de forme grave et chez ceux se déclarant affectés par l'épidémie. Il augmente avec la taille d'entreprise, diffère également selon l'ancienneté et le secteur d'activité. Les salariés des secteurs qui reçoivent du public comme « Santé humaine et action sociale », « Commerce » et « Administration publique » sont particulièrement plus concernés.

L'application des mesures barrières pose des difficultés pour 21,4 % des salariés interrogés début octobre ; cette proportion baisse significativement début novembre (17,4 %). Elles sont ressenties comme plus contraignantes chez les affectés et ceux à risque de forme grave. Les mesures barrières sont considérées comme des contraintes supplémentaires dans le travail pour la majorité (> 70 %) et génèrent des tensions avec le public ou les collègues pour les faire respecter pour la moitié d'entre eux.

La très grande majorité estime que leur employeur a mis en place les mesures nécessaires à leur sécurité (91,4 %) ; la proportion est sensiblement plus basse si les salariés sont à risque de forme grave ou se déclarant affectés par l'épidémie ou lorsqu'ils travaillent dans des activités de services. Plus de la moitié estime néanmoins que des améliorations pourraient être apportées notamment sur les mesures de distanciation et le port du masque (> 30 %) ainsi que sur le télétravail et l'aération des locaux (22,8 % et 21,7 % respectivement). Depuis le début de la crise, 15 % des salariés ont eu accès au télétravail en majorité des cadres ; des différences d'accès s'observent en fonction de l'activité. Une proportion significativement plus importante début novembre aurait souhaité le poursuivre (62,4 % versus 52 % début octobre). Les personnes à risque de forme grave de COVID-19 n'ont pas eu plus accès au télétravail que les autres salariés (16,2 % versus 14,6 %) (Tableau 2).

Santé mentale des travailleurs

Près de 40 % présentent des manifestations d'anxiété et 20 % des signes dépressifs (score HADS > 7).

La proportion de salariés présentant des manifestations d'anxiété ne variait pas entre les 2 périodes, les résultats ont donc été présentés sur l'ensemble des salariés. Les symptômes d'anxiété étaient plus fréquents chez les femmes,

Tableau 1 Caractéristique des participants à l'enquête aux 2 périodes.

	Échantillon octobre (n = 1074)			Échantillon novembre (n = 723)			Total (n = 1797)		
	n	N	%	n	N	%	n	N	%
Sexe									
Féminin	566	1065	53,1	357	719	49,7	923	1784	51,7
Masculin	499	1065	46,9	362	719	50,3	861	1784	48,3
Âge									
< 25 ans	188	1065	17,7	108	722	15,0	296	1787	16,6
25–34 ans	250	1065	23,5	212	722	29,4	462	1787	25,9
35–49 ans	364	1065	34,2	225	722	31,2	589	1787	33,0
> = 50 ans	263	1065	24,7	177	722	24,5	440	1787	24,6
Statut									
Cadre	99	1026	9,6	51	681	7,5	150	1707	8,8
Employé	779	1026	75,9	542	681	79,6	1321	1707	77,4
Ouvrier	148	1026	14,4	88	681	12,9	236	1707	13,8
Responsable d'équipe									
Oui	169	786	21,5	121	542	22,3	290	1328	21,8
Non	617	786	78,5	421	542	77,7	1038	1328	78,2
Taille de l'entreprise									
Moins de 10	230	1036	22,2	156	694	22,5	386	1730	22,3
Entre 10 et 19	162	1036	15,6	117	694	16,9	279	1730	16,1
Entre 20 et 49	183	1036	17,7	129	694	18,6	312	1730	18,0
50 et plus	461	1036	44,5	292	694	42,1	753	1730	43,5
Ancienneté									
< 1 an	424	1064	39,8	284	720	39,4	708	1784	39,7
1–4 ans	261	1064	24,5	180	720	25,0	441	1784	24,7
5–14 ans	216	1064	20,3	141	720	19,6	357	1784	20,0
> = 15 ans	163	1064	15,3	115	720	16,0	278	1784	15,6
Secteur d'activité									
Activités de services administratifs et de soutien	53	1051	5,0	50	705	7,1	103	1756	5,9
Administration publique	77	1051	7,3	44	705	6,2	121	1756	6,9
Autres activités de services	30	1051	2,9	12	705	1,7	42	1756	2,4
Commerce, réparation d'auto et de moto	168	1051	16,0	124	705	17,6	292	1756	16,6
Construction	113	1051	10,8	75	705	10,6	188	1756	10,7
Hébergement et restauration	68	1051	6,5	37	705	5,2	105	1756	6,0
Industrie manufacturière	43	1051	4,1	32	705	4,5	75	1756	4,3
Santé humaine et action sociale	190	1051	18,1	122	705	17,3	312	1756	17,8
Transports et entreposage	45	1051	4,3	63	705	8,9	108	1756	6,2
Autres	264	1051	25,1	146	705	20,7	410	1756	23,3

les employés, les salariés du secteur sanitaire et social, chez les salariés à risque de forme grave ou se déclarant affectés par l'épidémie, chez ceux qui ont le sentiment d'être exposés dans le cadre du travail, de ne pas s'y sentir protégé (mesures de sécurité mises en place par l'employeur considérées comme insuffisantes) et lorsque l'application des mesures barrière pose des problèmes. Le risque de manifester de l'anxiété augmente également avec l'ancienneté dans l'entreprise.

Contrairement à l'anxiété, les femmes (versus les hommes) et les salariés du secteur sanitaire et social (versus les autres secteurs) ne présentent pas plus de signes dépressifs. Les sentiments d'insécurité, d'exposition au travail, les difficultés liées aux mesures barrières, l'âge,

l'ancienneté, être à risque de forme grave ou affecté, sont des facteurs défavorables.

En comparaison avec des données collectées en routine hors pandémie (échantillon de 1145 salariés ayant répondu au questionnaire EVREST en 2016 et 2017) :

- 8 fois plus de salariés déclarent qu'il leur arrive d'avoir peur au travail depuis le début de la crise sanitaire (20,2 % versus 2,6 %) ;
- 2 fois plus de salariés ont peur de perdre leur emploi en novembre 2020 et entre l'échantillon d'octobre et de novembre 2020, la peur de perdre son emploi a augmenté de 18,4 % à 24,4 % ;
- 2 fois plus de salariés vivent des tensions avec le public (23,6 % versus 11,4 %) et près de 3 fois plus sont amenés

Tableau 2 Ressenti au travail et santé mentale.

		Sentiment d'être exposé au virus pendant le travail			Sentiment d'insécurité au travail			Difficultés avec les mesures barrières			Accès au télétravail			Tensions avec le public		
		<i>n</i>	N	%	<i>n</i>	N	%	<i>n</i>	N	%	<i>n</i>	N	%	<i>n</i>	N	%
Total		1031	1756	58,7	146	1690	8,6	343	1735	19,8	259	1728	14,4	388	1749	22,2
Période	Octobre	613	1050	58,4	82	1005	8,2	221	1033	21,4	155	1025	15,1	243	1043	23,3
	Novembre	418	706	59,2	64	685	9,3	122	702	17,4	104	599	14,8	145	706	20,5
Sexe	Féminin	588	901	65,3	78	859	9,1	173	882	19,6	173	878	19,7	237	896	26,5
	Masculin	429	838	51,2	64	816	7,8	164	836	19,6	83	833	10,0	145	863	17,3
Âge	<25 ans	158	291	54,3	16	282	5,7	57	287	19,9	26	287	9,1	50	292	17,1
	25-34 ans	267	451	59,2	43	443	9,7	101	447	22,6	66	442	14,9	91	454	20,0
	35-49 ans	327	577	56,7	49	549	8,9	109	568	19,2	103	564	18,3	132	567	23,3
	≥ 50 ans	274	424	64,6	36	402	9,0	75	419	17,9	61	421	14,5	114	422	27,0
Statut	Cadre	81	147	55,1	9	145	6,2	30	147	20,4	68	147	46,3	35	147	23,8
	Employé	816	1289	63,3	109	1238	8,8	249	1272	19,6	168	1264	13,3	309	1282	24,1
	Ouvrier	95	231	41,1	20	223	9,0	51	225	22,7	6	227	2,6	27	232	11,6
Responsable d'équipe	Oui	179	287	62,4	21	280	7,5	60	281	21,4	67	281	23,8	84	279	30,1
	Non	852	1469	58,0	125	1410	8,9	283	1454	19,5	192	1447	13,3	304	1470	20,7
Taille de l'entreprise	Moins de 10	166	377	44,0	23	364	6,3	62	373	16,6	64	374	17,1	66	379	17,4
	Entre 10 et 19	143	272	52,6	22	267	8,2	56	271	20,7	27	273	9,9	50	270	18,5
	Entre 20 et 49	190	303	62,7	30	288	10,4	54	300	18,0	37	299	12,4	65	305	21,3
	50 et plus	504	737	68,4	66	704	9,4	162	721	22,5	129	715	18,0	202	731	27,6
Ancienneté	< 1 an	344	695	49,5	38	676	5,6	119	686	17,3	95	681	14,0	95	700	13,6
	1-4 ans	268	435	61,6	46	414	11,1	90	423	21,3	58	424	13,7	111	429	25,9
	5-14 ans	238	350	68,0	38	331	11,5	80	341	23,5	57	344	16,6	99	343	28,9
	≥ 15 ans	173	262	66,0	23	257	8,9	48	270	17,8	47	265	17,7	82	263	31,2
Secteur d'activité	Activités de services administratifs et de soutien	54	102	52,9	15	96	15,6	17	98	17,3	12	98	12,2	18	102	17,6

Tableau 2 (Suite)

		Sentiment d'être exposé au virus pendant le travail			Sentiment d'insécurité au travail			Difficultés avec les mesures barrières			Accès au télétravail			Tensions avec le public		
		n	N	%	n	N	%	n	N	%	n	N	%	n	N	%
	Administration publique	77	115	67,0	11	115	9,6	18	117	15,4	39	120	32,5	31	118	26,3
	Autres activités de services	20	41	48,8	6	42	14,3	7	41	17,1	4	41	9,8	12	42	28,6
	Commerce, réparation d'auto et de moto	201	290	69,3	20	273	7,3	54	281	19,2	22	280	7,9	111	287	38,7
	Construction	71	184	38,6	17	178	9,6	36	180	20,0	25	180	13,9	18	183	9,8
	Hébergement et restauration	57	102	55,9	5	99	5,1	29	102	28,4	8	101	7,9	17	101	16,8
	Industrie manufacturière	27	72	37,5	8	71	11,3	16	70	22,9	11	72	15,3	11	73	15,1
	Santé humaine et action sociale	231	303	76,2	25	289	8,7	71	304	23,4	38	295	12,9	80	299	26,8
	Transports et entreposage	65	104	62,5	8	98	7,5	18	105	17,1	5	107	4,7	20	106	18,9
	Autres	211	401	52,6	30	381	7,9	74	398	18,6	90	395	22,8	65	396	16,4
Affection par la COVID-19	Oui	188	251	74,9	36	233	15,5	72	243	29,6	43	242	17,8	82	250	32,8
	Non	836	1495	55,9	108	1448	7,5	267	1481	18,0	214	1475	14,5	302	1490	20,3
À risque de forme grave COVID-19	Oui	198	277	71,5	36	264	13,6	69	271	25,5	44	271	16,2	89	272	32,7
	Non	814	1447	56,3	109	1390	7,8	264	1422	18,6	207	1416	14,6	293	1439	20,4

Tableau 2 (Suite)

		Peur de perdre son emploi			Anxiété						Dépression					
					Symptomatologie douteuse (7 < score ≤ 10)			Symptomatologie certaine (score > 10)			Symptomatologie douteuse (7 < score ≤ 10)			Symptomatologie certaine (score > 10)		
		n	N	%	n	N	%	n	N	%	n	N	%	n	N	%
Total		358	1758	20,4	322	1614	20,0	287	1614	17,8	210	1611	13,0	120	1611	7,4
Période	Octobre	193	1047	18,4	184	956	19,2	171	956	17,9	114	954	11,9	70	954	7,3
	Novembre	165	711	23,2	138	658	21,0	116	658	17,6	96	657	14,6	50	657	7,6
Sexe	Féminin	183	901	20,3	192	824	23,3	186	824	22,6	110	819	13,4	65	819	7,9
	Masculin	171	841	20,3	128	774	16,5	95	774	12,3	98	777	12,6	51	777	6,6
Âge	<25 ans	55	291	18,9	51	273	18,7	37	273	13,6	29	274	10,6	10	274	3,6
	25-34 ans	88	455	19,3	74	424	17,5	74	424	17,5	54	426	12,7	23	426	5,4
	35-49 ans	134	576	23,3	111	526	21,1	95	526	18,1	71	525	13,5	46	525	8,8
	≥ 50 ans	78	422	18,5	83	378	22,0	80	378	21,2	55	374	14,7	39	374	10,4
Statut	Cadre	24	147	16,3	32	140	22,9	17	140	12,1	22	138	15,9	1	138	0,7
	Employé	258	1289	20,0	241	1198	20,1	233	1198	19,4	155	1200	12,9	99	1200	8,3
	Ouvrier	52	233	22,3	36	202	17,8	25	202	12,4	25	200	12,5	13	200	6,5
Responsable d'équipe	Oui	57	285	20,0	62	264	23,5	39	264	14,8	36	268	13,4	11	268	4,1
	Non	301	1473	20,4	260	1350	19,3	248	1350	18,4	174	1343	13,0	109	1343	8,1
Taille de l'entreprise	Moins de 10	81	379	21,4	73	349	20,9	52	349	14,9	47	358	13,1	28	358	7,8
	Entre 10 et 19	54	273	19,8	49	249	19,7	41	249	16,5	26	243	10,7	14	243	5,8
	Entre 20 et 49	58	306	19,0	54	272	19,9	53	272	19,5	33	273	12,1	18	273	6,6
	50 et plus	148	736	20,1	137	685	20,0	132	685	19,3	99	678	14,6	57	678	8,4
Ancienneté	< 1 an	155	701	22,1	112	639	17,5	71	639	11,1	61	642	9,5	23	642	3,6
	1-4 ans	88	428	20,6	80	399	20,1	86	399	21,6	50	390	12,8	40	390	10,3
	5-14 ans	68	349	19,5	68	317	21,5	75	317	23,7	46	319	14,4	39	319	12,2
	≥ 15 ans	42	266	15,8	59	246	24,0	53	246	21,5	49	247	19,8	18	247	7,3
Secteur d'activité	Activités de services administratifs et de soutien	24	102	23,5	8	88	9,1	20	88	22,7	10	87	11,5	10	87	11,5

Tableau 2 (Suite)

		Peur de perdre son emploi			Anxiété						Dépression					
					Symptomatologie douteuse (7 < score ≤ 10)			Symptomatologie certaine (score > 10)			Symptomatologie douteuse (7 < score ≤ 10)			Symptomatologie certaine (score > 10)		
		n	N	%	n	N	%	n	N	%	n	N	%	n	N	%
	Administration publique	11	119	9,2	18	108	16,7	24	108	22,2	13	106	12,3	7	106	6,6
	Autres activités de services	13	41	31,7	14	40	35,0	3	40	7,5	5	39	12,8	5	39	12,8
	Commerce, réparation d'auto et de moto	60	288	20,8	53	263	20,2	63	263	24,0	43	268	16,0	26	268	9,7
	Construction	33	183	18,0	33	166	19,9	21	166	12,7	17	166	10,2	11	166	6,6
	Hébergement et restauration	33	100	33,0	12	91	13,2	23	91	25,3	11	97	11,3	11	97	11,3
	Industrie manufacturière	28	72	38,9	15	63	23,8	9	63	14,3	8	62	12,9	5	62	8,1
	Santé humaine et action sociale	48	303	15,8	68	285	23,9	61	285	21,4	43	278	15,5	22	278	7,9
	Transports et entreposage	20	108	18,5	22	101	21,8	9	101	8,9	14	99	14,1	4	99	4,0
	Autres	79	399	19,8	76	373	20,4	50	373	13,4	37	371	10,0	19	371	5,1
Affection par la COVID-19	Oui	66	245	26,9	57	233	24,5	70	233	30,0	48	232	20,7	23	232	9,9
	Non	290	1504	19,3	264	1372	19,2	213	1372	15,5	160	1369	11,7	94	1369	6,9
À risque de forme grave COVID-19	Oui	69	274	25,2	58	257	22,6	79	257	30,7	43	261	16,5	37	261	14,2
	Non	283	1444	19,6	256	1322	19,4	204	1322	15,5	162	1314	12,3	80	1314	6,1

à être en contact avec des personnes en situation de détresse (34,3 % versus 12,3 %).

Les salariés du secteur sanitaire et social et ceux à risque de forme grave présentent des indicateurs extrêmement préoccupants.

Facteurs associés au stress et peur au travail dans le cadre de la crise sanitaire

Près d'un tiers des salariés déclare être plus stressé au travail depuis le début de la crise ; cette proportion est d'autant plus importante chez les femmes (35,7 %), ceux à risque de forme grave (45 %), ceux qui ont été affectés, leurs proches ou eux-mêmes, par la COVID-19 (49,6 %), ceux qui ont le sentiment d'être exposés dans le cadre de leur travail (39,2 %) et lorsqu'ils estiment que leur employeur n'a pas mis en place les mesures nécessaires à leur sécurité (62,7 %). La proportion de salariés plus stressés augmente également avec l'âge, l'ancienneté et la taille de l'entreprise. Les mêmes tendances sont observées concernant la peur au travail.

Après ajustement dans un modèle multivarié, le fait d'être plus stressé était associé au genre (femmes OR IC95 % : 1,6 [1,1 ; 2,3]), à la taille de l'entreprise, à l'ancienneté, au secteur sanitaire et social (OR IC95 % : 2,5 [1,1 ; 5,5]), à avoir été affecté (OR IC95 % : 2,1 [1,4 ; 3,2]) ou être à risque de forme grave de COVID-19 (OR IC95 % : 1,3 [0,9 ; 2,0]), à avoir le sentiment d'être exposé au SARS-COV2 dans le cadre de son travail (OR IC95 % : 1,7 [1,2 ; 2,5]), à estimer que l'employeur n'a pas mis en place les mesures nécessaires à sa sécurité (OR IC95 % : 3,6 [2,1 ; 6,1]) et à avoir des difficultés dans l'application des mesures barrières (OR IC95 % : 1,7 [1,2 ; 2,4]) (Fig. 1). Le modèle multivarié pour expliquer la peur au travail présentait des similitudes : à l'exception du secteur d'activité et de l'état dépressif qui n'étaient pas associés à la peur au travail (Fig. 2, Tableau 3).

Conclusion limites discussion

Cette étude présente l'intérêt de réaliser rapidement un état des lieux des répercussions de la crise sur l'équilibre psychologique des salariés pour anticiper l'augmentation des besoins en soutien psychologique et proposer d'éventuelles adaptations en termes de prévention auprès des salariés et des employeurs.

Les conséquences psychologiques de la crise sanitaire sont importantes quel que soit le profil et le secteur d'activité. Certains facteurs liés au travail et organisationnels pourraient jouer un rôle crucial en exacerbant ou en modérant l'effet sur la santé mentale des personnes [17]. En effet le lien significatif du stress et de la peur au travail avec le sentiment d'insécurité, les tensions avec le public et les difficultés avec les mesures barrières démontre que l'employeur serait détenteur de leviers pour améliorer la santé psychique de ses employés : rappel et veille du respect des mesures barrières des employés et des clients/usagers (port du masque sur la bouche et le nez, distance, aération) et accès au télétravail facilité. Tout en veillant à ce que ces mesures barrières aient un impact modéré sur les conditions de travail.

Ces résultats confirment l'importance de la prévention primaire sur le terrain auprès des entreprises afin de les aider à minimiser les niveaux d'exposition au risque, permettre et accentuer l'appropriation et l'intégration par l'entreprise des savoirs et pratiques de prévention et leurs bénéfices pour les salariés et donc l'entreprise. La prévention primaire est particulièrement adaptée au risque psychosocial. La prévention secondaire ou tertiaire est complémentaire mais trouve son sens avec un environnement de travail adapté et sécurisé.

Nous avons choisi d'étudier plus en détail les facteurs stress et peur au travail car la pandémie crée une situation nécessitant une adaptation contrainte chez les travailleurs, le stress en est la manifestation principale dans un premier temps, et la peur peut en être la manifestation dans un second temps (peur de la contamination, de la perte de maîtrise sur les conditions d'exercice, peur de ne pas être à la hauteur ou de ne pas pouvoir faire face ...).

Peu de salariés se sentaient affectés par la COVID19. Cette proportion augmente significativement entre octobre et novembre (13,0 % versus 16,3 %) probablement corollaire à l'augmentation du nombre de cas lors de la 2nde vague, il paraît vraisemblable que cette question ait été mal comprise et interprétée par « infecté » plutôt qu'affecté.

Dans notre étude, l'ancienneté est un facteur défavorable au stress et à la peur au travail toute chose égale par ailleurs. Plus un salarié a de l'expérience dans son entreprise, plus il est détenteur d'expertise et peut devenir le référent en raison de sa compétence sans pour autant en avoir la mission formalisée. Ses responsabilités en tant que référent pouvant être importantes, peuvent être génératrices de stress supplémentaire. Par ailleurs, une modification des conditions de travail peut être plus disruptive pour des salariés réalisant leurs tâches depuis de nombreuses années, la capacité au changement s'en trouvant d'autant plus perturbée.

L'étude COVIPREV réalisée par Santé publique France [18] pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de COVID-19 présente des résultats plus inquiétants encore en termes de prévalence de la dépression (score HADS > 10 : 20,6 %), de l'anxiété (score HADS > 10 : 20,8 %) et de consommation de psychotropes en population adulte générale sur une période d'observation similaire. Ces différences pourraient s'expliquer par les éléments suivants :

- le concept de « Healthy worker effect » [19] ;
- le mode d'administration du questionnaire : il s'agit d'entretien téléphonique mené par des enquêteurs ;
- l'effet de l'image des services de santé au travail qui pourrait tendre à minimiser ou dissimuler ses problèmes pour ne pas alerter le médecin du travail et l'employeur ;
- des variations locales en termes de caractéristiques sociodémographiques et de secteurs d'activité ;
- des effets à retardement ? En effet, nos données nous indiquent toutefois qu'une proportion importante présente une symptomatologie douteuse (7 < HADS score <= 10) pour l'anxiété (20 %) et pour la dépression (13 %).

Ces différences renforcent l'intérêt de réaliser des études localement et périodiquement pour adapter ces actions à la population cible.

Tableau 3 Facteurs associés au stress et peur au travail.

		Plus stressé.e au travail					Peur au travail				
		<i>n</i>	N	%	OR ajusté IC95 %	Valeur de <i>p</i>	<i>n</i>	N	%	OR ajusté IC95 %	Valeur de <i>p</i>
Total		513	1764	29,1	—		351	1749	20,1	—	
Sexe	Féminin	322	903	35,7	1,6 [1,1 ;2,3]	0,011	218	894	24,4	1,6 [1,0 ;2,3]	0,037
	Masculin	185	844	21,9	1		126	838	15,0	1	
Âge	< 25 ans						44	292	15,1	1	
	25–34 ans						74	452	16,4	0,5 [0,3 ;1,0]	0,041
	35–49 ans						123	570	21,6	0,8 [0,5 ;1,5]	0,541
	>= 50 ans						106	421	25,2	1,0 [0,5 ;1,8]	0,879
Taille de l'entreprise	Moins de 10	72	380	18,9	1		42	375	11,2	1	
	Entre 10 et 19	60	271	22,1	1,3 [0,7 ; 2,2]	0,363	51	269	19,0	1,5 [0,8 ;2,9]	0,201
	Entre 20 et 49	92	304	30,3	1,7 [1,0 ;2,9]	0,048	64	305	21,0	1,5 [0,8 ;2,8]	0,205
	50 et plus	270	740	36,5	1,9 [1,2 ;3,1]	0,004	179	735	24,4	1,9 [1,1 ;3,2]	0,026
Ancienneté	< 1 an	117	700	16,7	1		75	701	10,7	1	
	1–4 ans	139	429	32,4	1,6 [1,1 ;2,4]	0,02	102	424	24,1	1,7 [1,1 ;2,8]	0,029
	5–14 ans	136	352	38,6	1,7 [1,1 ;2,6]	0,015	103	345	29,9	2,5 [1,5 ;4,2]	0,001
	>= 15 ans	114	269	42,4	2,6 [1,6 ;4,1]	< 0,0001	67	265	25,3	1,4 [0,8 ;2,6]	0,266
Secteur d'activité	Transports et entreposage	21	108	19,4	1	0,738	16	108	14,8	1	
	Activités de services administratifs et de soutien	26	103	25,2	0,7 [0,3 ;2,0]	0,552	21	100	21,0	1,0 [0,3 ;3,2]	0,892
	Administration publique	42	119	35,3	1,1 [0,5 ;2,8]	0,766	24	118	20,3	1,3 [0,5 ;3,5]	0,701
	Autres activités de services	14	42	33,3	1,8 [0,6 ;5,7]	0,306	7	42	16,7	0,7 [0,1 ;3,1]	0,62
	Commerce, réparation d'auto et de moto	101	287	35,2	1,3 [0,6 ;2,8]	0,502	72	286	25,2	1,7 [0,7 ;4,2]	0,227
	Construction	38	185	20,5	1,2 [0,5 ;2,9]	0,644	32	183	17,5	2,4 [0,9 ;6,3]	0,07
	Hébergement et restauration	23	103	22,3	0,9 [0,3 ;2,3]	0,827	14	102	13,7	0,6 [0,2 ;2,0]	0,415
	Industrie manufacturière	19	73	26,0	1,5 [0,5 ;4,3]	0,44	16	73	21,9	2,3 [0,7 ;7,6]	0,167
	Santé humaine et action sociale	134	302	44,4	2,5 [1,1 ;5,5]	0,021	87	298	29,2	1,9 [0,8 ;4,8]	0,145

Tableau 3 (Continued)

		Plus stressé.e au travail					Peur au travail				
		<i>n</i>	N	%	OR ajusté IC95 %	Valeur de <i>p</i>	<i>n</i>	N	%	OR ajusté IC95 %	Valeur de <i>p</i>
Affection par la COVID-19	Autres	84	400	21,0	0,9 [0,4 ;1,9]	0,719	58	397	14,6	1,1 [0,4 ;2,6]	0,884
	Oui	122	246	49,6	2,1 [1,4 ;3,2]	<0,0001					
	Non	387	1509	25,6	1						
À risque de forme grave COVID-19	Oui	125	278	45,0	1,3 [0,9 ;2,0]	0,172	102	276	37,0	2,0 [1,3 ;3,0]	0,002
	Non	375	1444	26,0	1		239	1433	16,7	1	
Sentiment d'être exposé au virus pendant le travail	Oui	398	1015	39,2	1,7 [1,2 ;2,5]	0,002	285	1006	28,3	2,0 [1,3 ;3,1]	0,001
	Non	104	713	14,6	1		58	709	8,2	1	
Sentiment d'insécurité au travail	Oui	89	142	62,7	3,6 [2,1 ;6,1]	<0,0001	76	142	53,5	4,5 [2,7 ;7,6]	<0,0001
	Non	380	1524	24,9	1		243	1512	16,1	1	
Difficultés avec les mesures barrières	Oui	156	341	45,7	1,7 [1,2 ;2,4]	0,005	115	336	34,2	1,7 [1,2 ;2,6]	0,007
	Non	337	1363	24,7	1		223	1354	16,5	1	
Tensions avec le public	Oui	227	385	59,0	2,9 [2,1 ;4,2]	<0,0001	172	381	45,1	2,9 [2,0 ;4,3]	<0,0001
	Non	269	1353	19,9	1		171	1349	12,7	1	
Peur de perdre son emploi	Oui	169	351	48,1	2,1 [1,5 ;3,1]	<0,0001	127	350	36,3	2,6 [1,7 ;3,9]	<0,0001
	Non	331	1392	23,8	1		216	1383	15,6	1	
Anxiété (score > 10)	Oui	183	280	65,4	2,6 [1,7 ;3,9]	<0,0001	144	276	52,2	3,0 [1,9 ;4,6]	<0,0001
	Non	271	1305	20,8	1		172	1296	13,3	1	
Dépression (score > 10)	Oui	88	119	73,9	3,1 [1,6 ;5,9]	0,001	70	117	59,8	1,7 [0,9 ;3,3]	0,104
	Non	367	1463	25,1	1		245	1453	16,9	1	

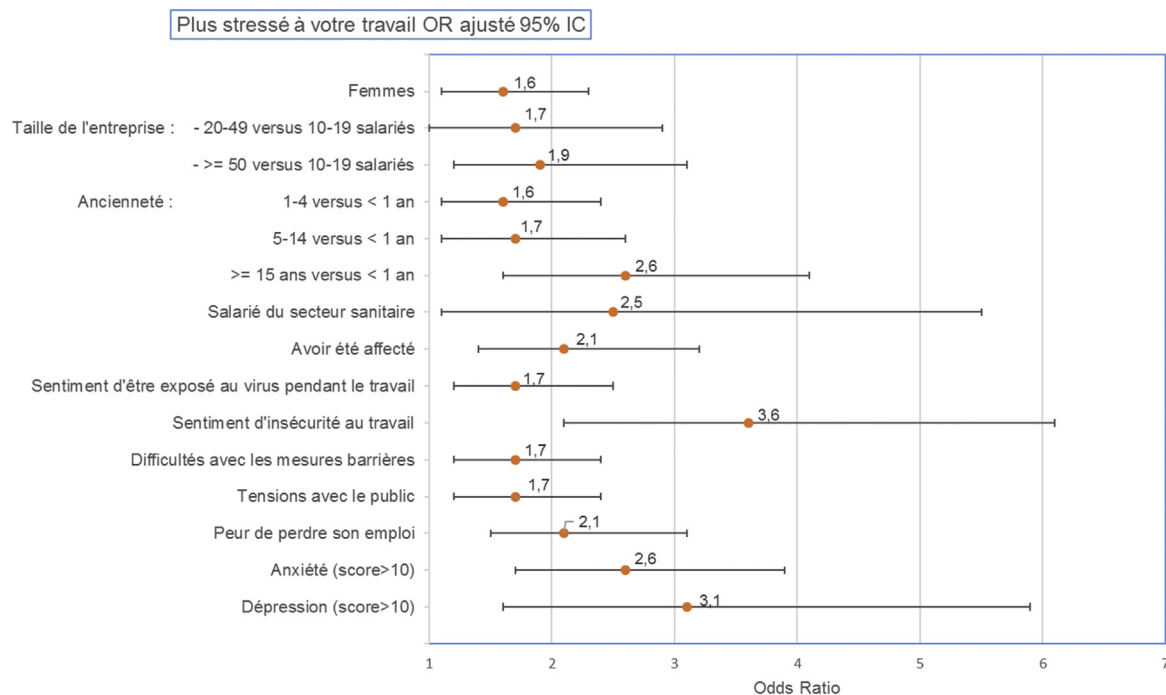


Figure 1.

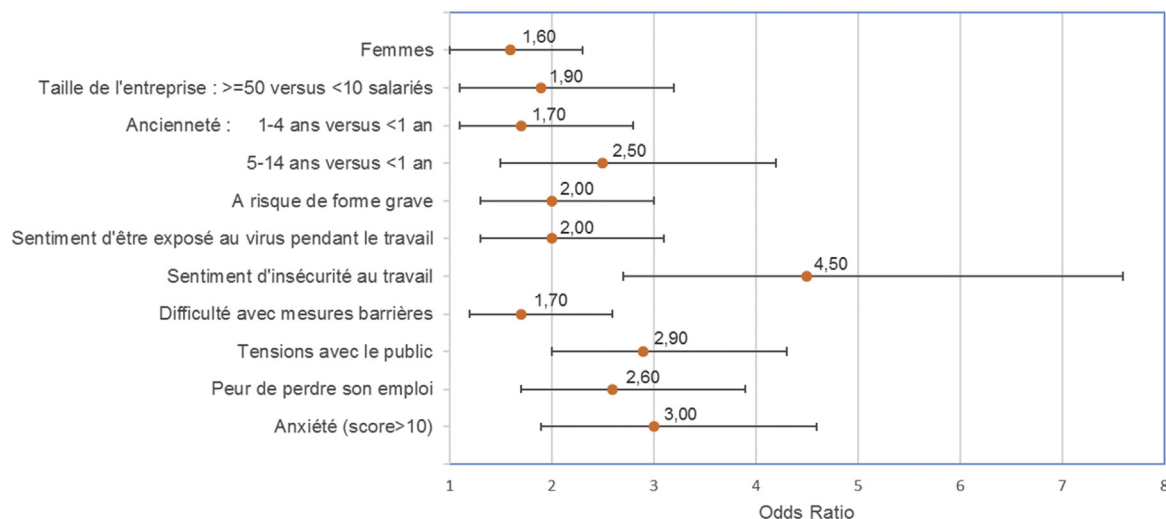


Figure 2.

Représentativité de l'échantillon

Il n'y a pas eu de méthode d'échantillonnage utilisée pour une question de faisabilité.

Le taux de participation était variable d'un centre à l'autre et diffère entre les 2 périodes. Il oscillait selon le secteur géographique considéré avec un niveau plus bas dans la zone toulonnaise de 34 % et 17 % respectivement en octobre et novembre tandis qu'il s'élevait à 77 % puis 54 % dans le reste du département. Les différences s'expliquent principalement par un manque de personnels disponibles pour distribuer le questionnaire dans certains centres médicaux. Les contraintes de désinfection des supports de remplissage et la présence parfois prolongée des salariés en salle

d'attente pour prendre le temps de compléter le questionnaire étaient également un frein à la passation du questionnaire. Aucun refus de salarié n'a été rapporté. Il est également possible que le recrutement des salariés sur la base de leur venue en visite médicale présente un biais de sélection : la demande de visite par l'employeur peut permettre de créer un « appel d'air » et faciliter le rendez-vous d'autres salariés de la même entreprise à la même période. Compte tenu de ces éléments, les 2 échantillons n'ont pas été conçus pour prétendre à une représentativité de l'ensemble des salariés suivis par le service.

Il est toutefois remarquable que la distribution de l'âge, du sexe et de la taille de l'entreprise est similaire de celle de la population salariée suivie par le service. Cet

échantillon présente la même répartition en termes de sexe et d'âge que l'échantillon de salariés de l'enquête EVREST en 2016 et 2017. La répartition par secteur d'activité est également proche de celle observée les années précédentes à la même période. Par ailleurs, la proportion de salariés déclarant présenter un risque de développer une forme grave de COVID-19 correspond aux estimations réalisées par l'Observatoire français des conjonctures économiques et le collège d'économistes de la santé [20]. Ces concordances et l'importance des différences donnent des arguments forts à une grande disparité des problèmes du stress et de peur au travail en lien avec la crise sanitaire.

Ces résultats confirment également les actions entreprises par le service :

- un accompagnement téléphonique et sur le terrain auprès d'entreprises en demande ou à fort contact avec la clientèle pour échanger sur leur mode d'organisation et les mesures préventives nécessaires au moment de la reprise d'activité suite au premier confinement ;
- la création de 2 cellules pour que les entreprises puissent entrer directement en contact avec l'équipe de préventeurs en vue de les accompagner sur leur gestion des risques. La cellule « psychocovid » a notamment été maintenue pour permettre aux salariés qui le souhaitent de s'entretenir individuellement avec un psychologue du travail.

Les besoins en soutien psychologique ont donné lieu également à la mise en place d'entretiens sur mesure à l'attention des employeurs/managers avec un psychologue du travail.

Cette crise et les résultats de cette enquête auront une incidence sur le positionnement et le fonctionnement du service avec une éventuelle offre de service élargie et plus ancrée au terrain. Un renfort de la présence des préventeurs sur le terrain permettra de diffuser une culture de prévention, de convaincre et soutenir la volonté et l'engagement de l'employeur dans la prévention en plaçant la prévention primaire au cœur du dialogue dans l'entreprise.

En période de pandémie COVID-19, les services de santé au travail participent à la lutte contre la propagation de la COVID-19 en diffusant activement les messages de prévention contre le risque de contagion et leur connaissance du terrain leur permet d'adapter les messages à chaque contexte professionnel comme ils le font pour chaque risque professionnel. Ils doivent également poursuivre leur mission essentielle de veille de l'état de santé des salariés. Les entretiens individuels et les enquêtes épidémiologiques permettent aux équipes pluridisciplinaires de pouvoir adapter leur offre de service et leur mission d'accompagnement et de conseil auprès des employeurs et des salariés.

Le médecin du travail et le psychologue du travail dans leur rôle de préventeur peuvent également exercer leur rôle de repérage et de relais vers le soin en orientant le salarié vers le professionnel de santé adéquat. Car en effet, malgré l'existence de traitements, près des deux tiers des personnes souffrant de pathologie mentale, ne vont jamais se faire soigner auprès d'un professionnel de la santé [21].

À cela pourrait s'ajouter la nécessité d'adapter les conditions de travail des salariés infectés par le coronavirus qui

présentent des symptômes au long cours. La persistance de symptômes plusieurs semaines ou mois après les premières manifestations, a été décrite chez plus de 20 % des patients après 5 semaines et plus et chez plus de 10 % des patients après 3 mois [22]. La moitié des patients hospitalisés pour COVID-19 développent des troubles psychiatriques : 28 % stress post-traumatique, 31 % dépression, 42 % anxiété, 40 % insomnie, 20 % TOC [23]. Une vigilance particulière devra être menée sur le maintien en emploi pour les cas de COVID long.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Serafini G, Parmigiani B, Amerio A, et al. « The psychological impact of COVID-19 on the mental health in the general population ». *QJM* 2020;113(8):531–7, <http://dx.doi.org/10.1093/qjmed/hcaa201>.
- [2] Xiong J, et al. « Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review ». *J Affect Disord* 2020;277:55–64, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>.
- [3] Lee AM, et al. « Stress and psychological distress among SARS survivors 1 year after the outbreak ». *Can J Psychiatry* 2007;52(4):233–40, <http://dx.doi.org/10.1177/070674370705200405>.
- [4] Muller AE, et al. « The mental health impact of the covid-19 pandemic on healthcare workers, and interventions to help them: a rapid systematic review ». *Psychiatry Res* 2020;293:113441, <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113441>.
- [5] Pappa S, Ntella V, Giannakas T, 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;88:901–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026</DOI>>.
- [6] Vindegaard N, Benros ME. « COVID-19 pandemic and mental health consequences: systematic review of the current evidence ». *Brain Behav Immun* 2020;89:531–42, <http://dx.doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>.
- [7] Defebvre E, Barnay T. « L'influence de la santé mentale déclarée sur le maintien en emploi ». *Economie Stat* 2016;486(1):45–78, <http://dx.doi.org/10.3406/estat.2016.10689>.
- [8] Bubonya M, Cobb-Clark D, Wooden M. IZA DP No. 9879: «Mental health and productivity at work: does what you do matter?». *Labour Econ* 2017;46:150–65, <http://dx.doi.org/10.1016/j.labeco.2017.05.001>.
- [9] « Santé mentale et insertion professionnelle : de la théorie à la pratique | fr | OCDE ». <https://www.oecd.org/fr/publications/sante-mentale-et-insertion-professionnelle-9789264242074-fr.htm> [consulté le juin 03, 2021].
- [10] Moustari V, Daly M, Delaney L, et al. « Underemployment and psychological distress: propensity score and fixed effects estimates from two large UK samples ». *Soc Sci Med* 2020;244:112641, <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112641>.
- [11] Moulin JJ, Labbe E, Sass C, et al. « Job insecurity, unemployment and health: results from the Health examination centers of the French General Health Insurance. ». *Rev Epidemiol Sante Publique* 2009;57(3):141–9.

- [12] Bigot R. « L'instabilité professionnelle développe un sentiment de mal-être et fragilise les liens sociaux ». Crédoc; 2007.
- [13] Callahan S. 25 Insécurité de la situation de travail. [En ligne]. Dunod; 2018. p. 179–87. <https://www.cairn.info/risques-psychosociaux-et-qualite-de-vie-au-travail-9782100781447-page-179.htm> [Consulté le: juin 03, 2021].
- [14] « Bienvenue sur le site EVREST - évolution et relation en santé travail ». <http://evrest.istnf.fr/page-0-0-0.html> [consulté le juin 08, 2021].
- [15] Bocéréan C, Dupret E. « A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in a large sample of French employees ». *BMC Psychiatry* 2014;14:354, <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-014-0354-0>.
- [16] « Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) - Article de revue - INRS ». <https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=FRPS%2013> [consulté le juin 03, 2021].
- [17] Galea S, Merchant RM, Lurie N. « The Mental Health Consequences of COVID-19 and Physical Distancing: The Need for Prevention and Early Intervention ». *JAMA Intern Med* 2020;180(6):817–8, <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.1562>.
- [18] « CoviPrev : une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de COVID-19 ». <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/coviprev-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie-de-covid-19> [Mis à jour le 23 décembre 2021; consulté le juin 08, 2021].
- [19] Shah D. « Healthy worker effect phenomenon ». *Indian J Occup Environ Med* 2009;13(2):77–9, <http://dx.doi.org/10.4103/0019-5278.55123>.
- [20] Jusot F. « Les "vulnérables" à la COVID-19. Essai de quantification ». *Sciences Po* 2020;74. Policy brief: <https://www.ofce.sciences-po.fr/pdf/pbrief/2020/OFCEpbrief74.pdf>.
- [21] « Troubles mentaux ». <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders> [consulté le sept. 15, 2021].
- [22] « Symptômes prolongés suite à une Covid-19 de l'adulte - Diagnostic et prise en charge ». Haute Autorité de santé. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3237041/fr/symptomes-prolonges-suite-a-une-covid-19-de-l-adulte-diagnostic-et-prise-en-charge [Mis en ligne le 12 févr. 2021 et mise à jour 19/11/2021; consulté le sept. 15, 2021].
- [23] Mazza MG, et al. « Anxiety and depression in COVID-19 survivors: role of inflammatory and clinical predictors ». *Brain Behavior Immunity* 2020;89:594–600, <http://dx.doi.org/10.1016/j.bbi.2020.07.037>.