



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.



ELSEVIER

Disponible en ligne sur

ScienceDirect

www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte

www.em-consulte.com



Article original

Les soignants de périnatalité face à la COVID-19 : stress, qualité de vie et préoccupations



Perinatal caregivers coping with covid-19 : stress, quality of life and concerns

S. Dupoirier^{a,*}, L. Dany^{a,b}, B. Tosello^{c,d}, G. Sorin^e, S. Tardieu^f, S. Dahan-Cohen^c^a Aix Marseille Université, LPS, Aix-en-Provence, France^b AP-HM, Timone, Service d'oncologie médicale, Marseille, France^c Aix Marseille Université, CNRS, EFS, ADES, Marseille, France^d AP-HM, Nord, Department of Neonatology, Marseille, France^e AP-HM, Nord, Department of Anesthesia and Intensive Care, Marseille, France^f AP-HM, Public Health, Department of Medical Evaluation, Marseille, France

I N F O A R T I C L E

Historique de l'article :

Reçu le 6 septembre 2021

Accepté le 7 avril 2022

Disponible sur Internet le 5 mai 2022

Mots-clés :

COVID-19

Périnatalité

Qualité de vie au travail

R É S U M É

Objectifs. – La première vague de pandémie de COVID-19 a généré un contexte de « risques » et d'incertitudes ainsi que des changements organisationnels chez les soignants de périnatalité français. Notre recherche visait donc à étudier l'impact psychosocial de cette première vague sur cette population.

Méthode. – Nos participants (N= 565) étaient invités à répondre à un questionnaire en ligne qui comprenait des questions sur divers indices de santé et qualité de vie au travail (p. ex. ProQoL, stress perçu) ainsi que des questions relatives à l'impact de la pandémie sur l'organisation du travail. Une question ouverte était aussi mobilisée pour recueillir les trois principales préoccupations perçues de nos participants en lien avec la situation sanitaire.

Résultats. – En plus d'avoir souligné le caractère multifactoriel des préoccupations de nos participants, nos résultats montraient un effet du statut des professionnels et du type de maternité sur nos divers indices de santé et qualité de vie au travail. De plus, considérer que la pandémie a eu un impact sur l'organisation du travail et au sein des équipes était associé à des scores plus faibles de santé et qualité de vie au travail. Toutefois, déclarer des impacts positifs sur l'organisation (principalement en termes de réduction de l'intensité du travail) était associé à des scores plus élevés de santé et qualité de vie au travail.

Conclusion. – Nous proposons d'expliquer ce dernier résultat comme étant soit un effet réel de la pandémie sur l'organisation du travail, soit comme un phénomène de rationalisation cognitive.

© 2022 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

A B S T R A C T

Aims. – The first wave of the COVID-19 pandemic generated "risks" and uncertainties as well as organizational changes among French perinatal caregivers. Our study aimed to investigate the psychosocial impact of the first wave on this population.

Method. – Our participants (N=565) were invited to answer an online questionnaire that included questions on various indices of health and quality of life at work (e.g., ProQoL, perceived stress) and other questions on the impact of the pandemic on work organization. An open-ended question was designed to identify the participants' three most frequently perceived preoccupations with regard to the health situation.

Results. – In addition to highlighting the multifactorial nature of participants' preoccupations, our results illustrated the effect of professional status and type of motherhood on the different indices of health and quality of life at work. When it was found that the pandemic had an impact on work organization and on teams, lower health and quality of work life scores were recorded. On the other hand, when positive impacts on organization were reported, mainly in terms of reduced work intensity, they were associated with higher health and quality of work life scores.

Conclusion. – We explain this last result as either one actual effect of the pandemic on work organization, or as a phenomenon of cognitive rationalization.

© 2022 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords :

COVID-19

Perinatality

Quality of work life

* Auteur correspondant : Dr. Samuel Dupoirier, Aix-Marseille Université, France
E-mail address: samuel.dupoirier@univ-amu.fr (S. Dupoirier).

1. Introduction

Les professionnels travaillant en établissement de santé sont une population particulièrement exposée à la COVID-19 (maladie causée par le SARS-CoV-2) [1–4] et risquent de le transmettre à leurs proches [5]. Parmi cette population, certaines données montrent que les infirmières sont plus à risques, probablement parce qu'elles sont en contact avec les patients sur une plus longue période que d'autres professionnels de santé, comme les médecins par exemple [4].

1.1. Conséquences de la COVID-19 pour les soignants

Les professionnels de santé ont pu être assimilés à des vétérans de guerre et ont été salués comme des héros car ils ont été amenés à minimiser leur propre souffrance pour s'occuper de celle des autres [5]. Ce « statut » n'est pas sans risque, des recherches antérieures à la pandémie de COVID-19 ont montré que les catastrophes de ce type ont des conséquences majeures pour la santé mentale des professionnels de santé [6–7]. Plus précisément, certaines de ces études ont montré que la prise en charge de patients infectés pouvait causer un stress mental élevé, une anxiété considérable et un syndrome de stress post-traumatique chez les professionnels de santé, et notamment chez les femmes [8–9]. À titre d'exemple, les travaux réalisés pendant l'épidémie de VIH/SIDA ont montré que l'anxiété ou la dépression étaient des indicateurs importants d'un profil de soignants très « épuisés » [10]. Les données relatives à la pandémie de « Severe Acute Respiratory Syndrome » (SARS) de 2003 à Hong Kong montraient également des sentiments d'extrême vulnérabilité, d'incertitude, de détresse psychologique et de symptômes d'anxiété élevés chez les professionnels de santé de première ligne [11]. Les données longitudinales de précédentes crises sanitaires indiquaient également que l'impact psychologique sur les travailleurs de santé de première ligne était durable, ces derniers encourageant un risque accru d'épuisement professionnel, de dépression, d'anxiété, de toxicomanie et de syndrome de stress post-traumatique à plus long terme [12–13].

Concernant la COVID-19, des études réalisées pendant la première vague de la pandémie ont aussi montré que les professionnels de santé de première ligne présentaient des taux de dépression, d'anxiété et d'insomnie élevés [14]. D'autres études ont montré que les professionnels de santé médicaux chinois avaient une prévalence significativement plus élevée d'insomnie, d'anxiété, de dépression, de somatisation et de syndrome obsessionnels compulsifs que les professionnels de santé non médicaux [15], attestant là encore de l'impact psychologique de la pandémie de COVID-19 sur le personnel soignant.

1.2. Enjeux de la crise de la COVID-19 dans le secteur de périnatalité

Si des données relatives aux effets de la COVID-19 pendant la grossesse étaient rares au début de la pandémie [16], une méta-analyse axée sur les effets psychologiques de cette pandémie a montré que ce contexte augmentait significativement le risque d'anxiété et de dépression chez les femmes pendant la grossesse et la période périnatale [17]. De plus, une méta-analyse récente a montré que l'infection à la COVID-19 pendant la grossesse était associée au développement d'une forme particulière d'hypertension artérielle (la pré-éclampsie) chez la mère, à la naissance prématurée ainsi qu'à la mortinatalité. La présence de symptômes en cas d'infection à la COVID-19 était associée à un risque accru de césarienne et de naissance prématurée par rapport aux cas asymptomatiques. Enfin, des différences ont été trouvées entre une infection légère versus sévère à la COVID-19 : une infection sévère était fortement associée à la pré-éclampsie, au diabète gestationnel, à la naissance prématurée et au faible poids de naissance [18]. Si le taux de mortalité néonatale était estimé à 1,6 % en 2020 [19], le fait de développer une forme sévère de la COVID-19 pendant la grossesse peut entraîner une morbidité maternelle et néonatale considérable [18]. Or, environ 1 femme enceinte sur

10 pourrait présenter une forme sévère de l'infection par COVID-19 [18]. En ce sens, le risque d'hospitalisation de la femme enceinte est multiplié par cinq et le risque de séjour en service de réanimation est multiplié par deux [20]. Enfin, le risque d'une infection placentaire et d'une transmission verticale a été rapporté comme faible [21].

Toutefois, par principe de précaution, les nouveau-nés – et notamment ceux nés prématurés et malades – admis à l'unité néonatale de soins intensifs sont considérés comme étant exposés à un risque important de développer une maladie grave s'ils sont infectés par le virus [22]. De plus, certains pays recommandent d'isoler la mère du nouveau-né ou une mise en quarantaine jusqu'à au moins 48 heures après la fin des symptômes, ce qui entraîne la séparation de la mère et de l'enfant [22]. Ainsi, aux problèmes auxquels sont confrontés le personnel soignant durant cette pandémie (cf. *supra*), s'ajoutent des contraintes et des dilemmes moraux supplémentaires. À titre d'exemple, dans le contexte Danois, puisqu'environ 10 % des nouveau-nés doivent être transférés à l'unité néonatale de soins intensifs – la plupart directement après l'accouchement – le contexte de pandémie de COVID-19 confronte les familles et les professionnels de santé à plusieurs dilemmes difficiles à résoudre (p. ex. en cas de séparation mères-enfants, comment assurer ce lien, l'allaitement et la stimulation neurosensorielle dans la période postnatale immédiate, qui sont essentiels au développement de l'enfant ?) [22].

Dans ce contexte d'incertitudes et de « risques », de changements organisationnels, notre recherche visait à étudier l'impact psychosocial (stress perçu, qualité de vie au travail, préoccupations) de cette première vague de la pandémie de COVID-19 sur le personnel soignant français travaillant dans le secteur de la périnatalité.

2. Population et méthode

2.1. Type d'étude et échantillon

Il s'agissait d'une étude observationnelle descriptive locale réalisée auprès des professionnels de périnatalité de la région PACA-Corse-Monaco, membres du réseau Méditerranée¹, via un questionnaire en ligne pendant la première vague de la pandémie.

2.2. Données recueillies

Les premières informations recueillies concernaient les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des soignants (sexe, âge, profession, type de maternité d'exercice). Les questions suivantes abordaient des informations relatives à la COVID-19 et son impact sur l'activité professionnelle : contact avec une personne atteinte de la COVID-19, volontariat COVID-19, changements organisationnels liés à la COVID-19 et leurs impacts potentiels sur l'activité. Lorsque les soignants déclaraient des impacts positifs, il leur était demandé de préciser la nature de ces impacts (question ouverte).

Le stress perçu a été évalué à l'aide d'une question en 11 points (allant de 0 : pas de stress du tout à 10 : maximum de stress) permettant d'évaluer le niveau de stress perçu dans le contexte COVID-19².

¹ Le réseau Méditerranée est un réseau de périnatalité recouvrant la région PACA, la Corse ainsi que la principauté de Monaco. Sa principale mission est de coordonner et de soutenir les professionnels de santé afin qu'ils puissent accompagner au mieux les parents aux différents stades du processus de conception d'un enfant (i.e., du projet préconceptionnel au suivi des enfants les plus vulnérables, en passant par le déroulement de la grossesse, les conditions de la naissance et le bien-être de l'enfant et de ses parents). Pour plus d'informations, voir <https://www.reseauperinatmed.fr/>.

² L'item utilisé pour mesurer le stress perçu dans le contexte COVID-19 était le suivant : « sur une échelle de 0 à 10, pouvez-vous évaluer votre niveau de stress en ce moment dans le contexte COVID ? ». Bien que cet instrument ne soit pas validé, les qualités psychométriques des mesures en un seul item peuvent être suffisantes et satisfaisantes, notamment quand le concept évalué est assez précis et ne présente pas d'ambiguïté [23], comme c'est le cas ici.

L'évaluation de la Qualité de Vie au Travail (QVT) a été réalisée à l'aide du ProQoL [24]. Cette échelle de 30 items (10 items par sous-dimensions) permet d'évaluer trois dimensions de la QVT : (1) la satisfaction compassionnelle (e.g., « Je ressens de la satisfaction à pouvoir aider les autres ») qui concerne le plaisir que l'on tire de pouvoir bien faire son travail ; (2) l'épuisement professionnel (e.g., « Je me sens pris au piège par mon travail d'aide ») qui est l'un des effets négatifs (sentiment de désespoir, des difficultés à gérer le travail ou à faire son travail efficacement) de l'activité connue sous le nom de fatigue compassionnelle ; (3) le stress traumatique secondaire (e.g., « Je suis préoccupé(e) par plus d'une des personnes que j'aide ») qui concerne une exposition secondaire liée au travail pour des personnes qui ont vécu des événements extrêmement traumatisants. Pour chaque item/question les répondants devaient indiquer la fréquence à laquelle ils ont expérimenté certaines situations/vécues sur une échelle en 5 points de 1 « Jamais » à 5 « Très souvent ». Le score ProQoL total pour chaque dimension était donc échelonné entre 10 (score minimum) et 50 (score maximum).

Une question visait le recueil des préoccupations perçues en lien avec la situation sanitaire. Ces préoccupations ont été recueillies à l'aide d'une question ouverte. Les répondants devaient produire les trois préoccupations quotidiennes perçues au moment de l'étude et les classer par ordre d'importance. Le corpus des verbatims produits pour les préoccupations perçues a fait l'objet d'une analyse de similitude à l'aide du logiciel Iramuteq [25]. Ce type d'analyse permet l'exploration du graphe d'une relation entre deux éléments d'un ensemble afin de mettre en évidence la structure sous-jacente à l'organisation interne de ces éléments. Les relations entre les éléments sont évaluées sur la base d'une valeur numérique, l'indice de cooccurrence. La lecture de l'arbre maximum, « pas à pas » (interprétation de chaque élément en fonction de son « voisinage ») met en évidence un cluster thématique. L'analyse a porté sur les mots (préoccupations) cités au moins quinze fois.

3. Résultats

3.1. Description de la population

Au total, 1950 professionnels ont été contactés par mail pour participer à l'étude, 565 ont répondu au questionnaire en ligne (taux de participation : 29 %). L'échantillon comprend une large majorité de femmes, l'âge moyen est de 41,9 ans (écart-type 10,50 ; étendue 24–71). Près d'un participant sur deux (47,8 %) était une sage-femme, près d'un tiers des infirmières et deux sur dix des médecins. Les maternités de type 2 étaient les plus représentées (46,6 %), suivies des maternités de type 3 (33 %) et celles de type 1 (20,4 %). Près d'un quart des répondants déclaraient avoir été volontaire COVID-19, près d'un sur deux a été en contact avec une personne atteinte par la COVID-19 (55,2 %). Neuf répondants sur dix ont déclaré avoir vécu des changements organisationnels et près de neuf sur dix que ces changements ont eu un impact sur leurs activités. Près de sept personnes sur dix ont déclaré que ces changements ont eu des impacts positifs sur l'activité ou l'organisation du travail, enfin, une majorité (62,7 %) estimait ne pas avoir vécu de changements concernant les liens avec leur équipe.

3.2. Les préoccupations déclarées

L'analyse de similitude des verbatims produite pour décrire les préoccupations ressenties a fait apparaître le caractère multifactoriel de ces préoccupations qui concernent le *patient*, la *famille*, le *travail*, les *proches* ou encore les *enfants*. On peut également observer la place « centrale » (voire organisatrice) du *patient* au sein des préoccupations. La *contamination* constitue un des éléments articulant de la sphère professionnelle (*patient*) et privée (*proche*), toutefois

on peut identifier une certaine porosité entre ces sphères car le terme *patient* est directement relié à la *famille* (celle du soignant).

3.3. Stress perçu et qualité de vie au travail

Le stress perçu était corrélé positivement avec l'épuisement professionnel ($r = .39$; $p < .001$) et le stress traumatique secondaire ($r = .47$; $p < .01$), et négativement avec la satisfaction compassionnelle ($r = -.22$; $p < .001$). La satisfaction compassionnelle était corrélée négativement avec l'épuisement professionnel ($r = -.60$; $p < .001$). Enfin, l'épuisement professionnel était corrélé positivement avec le stress traumatique secondaire ($r = .51$; $p < .001$).

Les médecins déclaraient moins de stress perçu que les infirmières et les sages-femmes (cf. **Tableau 2**). Les soignants travaillant dans les maternités de type 2 et 3 avaient des scores de satisfaction compassionnelle supérieurs à ceux des maternités de type 1. Les soignants déclarant des changements sur l'organisation du travail avaient un score significativement plus élevé d'épuisement professionnel. Ceux qui ont déclaré que ces changements ont eu des impacts sur l'organisation avaient des scores plus élevés de stress perçu et de stress traumatique secondaire. Déclarer des impacts positifs sur l'organisation étaient associés à des scores moins élevés de stress perçu et d'épuisement professionnel, et un score plus élevé de satisfaction compassionnelle. Enfin, déclarer des changements au sein de l'équipe étaient associés à des scores plus élevés de stress perçu et de stress traumatique secondaire.

3.4. Les soignants déclarant un impact positif de la situation sanitaire sur l'activité ou l'organisation de travail

La perception d'un impact positif de la situation sanitaire sur l'activité de travail ou l'organisation de travail a fait l'objet d'une double analyse, la première portant sur le profil des personnes déclarant un impact positif, la seconde portant sur le contenu des questions ouvertes permettant de préciser le caractère positif de ces impacts. Les soignants déclarant plus fréquemment des impacts positifs étaient les personnes déclarant un contact COVID-19 (75,2 % versus 64,6 %, $p < .01$) et celles étant volontaires COVID-19 (77,6 % versus 66,8 %, $p < .05$).

L'analyse de contenu des questions ouvertes a permis d'identifier huit thèmes dont les quatre principaux étaient les suivants : (1) la *diminution des visites* évoquée par 55,5 % ($n = 205$) des soignants ayant déclaré des impacts positifs (e.g., l'absence de visite en service permet aux patientes de se reposer pleinement : « Le calme au sein du service ») ; (2) la *réorganisation positive du travail* (26,8 %, $n = 99$) : « Travail à un rythme plus cool », « Circuits revus, implication de la direction » ; (3) *optimisation-amélioration de l'offre de soins* (21,6 %, $n = 80$) : « Plus de temps de repos pour les patients, une organisation des soins plus fluide » ; (4) *diminution des « parasites »* (15,7 %, $n = 68$) : « Moins de consultations de bobologie ». Les quatre suivants concernent la *solidarité* (13,8 %, $n = 51$), *l'amélioration de l'hygiène* (10,02 %, $n = 37$), le *dynamisme* (6,5 %, $n = 24$), et la *valorisation du travail* (3,25 %, $n = 12$).

4. Discussion

Notre étude visait à étudier le vécu des soignants de périnatalité face à la pandémie de COVID-19 en termes de stress, de qualité de vie au travail et de leurs principales préoccupations. Tout d'abord, nos analyses de similitudes ont notamment montré que si les préoccupations de nos sujets revêtaient un caractère multifactoriel, le patient y occupait une place « centrale ». De plus, l'enjeu de la contamination à la COVID-19 était l'un des éléments articulant la sphère professionnelle (*patient*) et privée (*proche*). Dans ce contexte, la contamination semble donc avoir agi comme un levier facilitant la « porosité » entre ces sphères. Ce résultat n'est pas surprenant dans la

mesure où certaines études ont montré qu'étant confrontés à un risque accru de contracter la Covid-19 pour eux-mêmes et de la transmettre à leurs proches [5], certains professionnels de santé ont quitté leur domicile pour vivre ailleurs (parfois même dans leur voiture) dans le but de protéger les membres de leur famille de toute contamination [26]. Ainsi, le soutien familial, qui était auparavant un renfort important pour les professionnels de santé pouvait devenir une source d'anxiété supplémentaire, par crainte de contaminer leurs proches [27]. L'enjeu de la contamination a donc directement impacté la sociabilité et les interactions sociales du personnel hospitalier avec leur entourage.

Nos résultats indiquaient aussi que les soignants qui déclaraient des changements sur l'organisation du travail avaient un score significativement plus élevé d'épuisement professionnel. De plus, ceux qui estimaient que ces changements avaient des impacts sur l'activité et l'organisation du travail ainsi qu'au sein des équipes avaient des scores plus élevés de stress perçu et de stress traumatique secondaire. En effet, parmi différents facteurs (p. ex. les peurs relatives à leur vie personnelle ou encore l'expérience de précédentes crises), le fait de devoir constamment adapter sa routine de travail en termes de pratiques de soins peut encourager l'apparition de réactions dépressives, l'exacerbation de symptômes anxieux et le désintérêt au travail [28]. En ce sens, les changements organisationnels induits par la pandémie de COVID-19 semblent avoir eu des effets sur la santé mentale à court terme (i.e., épuisement professionnel et de stress perçu) et à long terme (i.e., stress traumatique secondaire) de nos participants. Ces résultats font échos à des données longitudinales relatives aux précédentes crises sanitaires qui montraient que l'impact psychologique des travailleurs de la santé de première ligne était durable et qu'ils étaient sujets à un risque élevé d'épuisement professionnel, d'anxiété, de dépression, de toxicomanie et de syndrome de stress post-traumatique à plus long terme [voir par exemple 12-13].

Toutefois, cette souffrance au travail variait selon le statut des soignants et le type de maternité dans lequel ils travaillaient. En effet, nous avons vu que les médecins de notre échantillon déclaraient moins de stress perçu que les infirmières et les sages-femmes. Ce résultat s'explique en partie par le fait que si la pression relative à la crainte d'être infecté par la COVID-19 augmente l'épuisement professionnel chez le personnel de santé [29], les enjeux sont plus saillants pour les infirmières qui sont plus à risques quant à l'exposition à la COVID-19, notamment car elles sont plus longuement en contact avec les patients que d'autres professionnels de santé, comme les médecins par exemple [4]. En ce sens, des études réalisées sur des professionnels de la santé lors d'épidémies antérieures ont montré que la prise en charge de patients infectés pouvait causer un stress mental considérable, une anxiété élevée et un trouble de stress post-traumatique, en particulier chez les infirmières [8–9].

Concernant les variations selon le type de maternité, les soignants qui travaillent dans les maternités de type 2 et 3 ont des scores de satisfaction compassionnelle (i.e., qui renvoie au plaisir que l'on tire de pouvoir réaliser correctement son travail) supérieurs à ceux des maternités de type 1, ces dernières accueillant peu de femmes enceintes positives à la COVID-19 durant cette première vague, souvent transférées en CHU CH avec unité de soins critique. Nous pouvons expliquer ce résultat par le fait que les maternités de type 2 et 3 étant celles qui accueillent les femmes dont la grossesse présente des complications, le personnel de ces maternités est probablement plus qualifié, mieux formé et plus habitué à faire face à des situations extrêmes.

Toutefois, si les changements organisationnels semblent avoir constitué une source de souffrance chez une partie de nos participants, nous avons également vu que ceux qui ont déclaré que ces changements avaient eu des impacts positifs sur l'organisation avaient des scores moins élevés de stress perçu et d'épuisement

professionnel, et un score plus élevé de satisfaction compassionnelle. Parmi ceux-ci, nous retrouvons non seulement ceux qui déclaraient avoir été en contact avec une ou plusieurs personnes positives à la COVID-19 – que nous interprétons comme un effet de proximité à la « réalité » du risque – et ceux s'étant déclarés volontaires pour faire face à la pandémie de COVID-19 – que nous interprétons comme un effet de rationalisation cognitive [30] permettant de gérer un état d'inconfort psychologique (dissonance cognitive, Festinger, 1957). En effet, au regard des préoccupations déclarées par nos participants autour de la contamination à la COVID-19 (voir nos résultats qualitatifs), le fait de s'être engagé « librement » pour travailler durant cette première vague de la pandémie a probablement engendré un état de dissonance cognitive chez ces individus. Or, l'une des voies privilégiées de réduction de la dissonance étant la modification de la cognition inconsistante (i.e., ajuster son attitude de sorte que celle-ci soit davantage conforme au comportement problématique réalisé) [31–32], nous pensons que leur déclaration des impacts positifs sur l'organisation lié au changement pourrait s'apparenter à une forme de rationalisation cognitive, conduisant à une réduction de l'inconfort cognitif. Cette réduction de l'inconfort cognitif pourrait ainsi expliquer les scores plus faibles de stress perçu et d'épuisement professionnel, ainsi que ceux plus élevés de satisfaction compassionnelle chez ces participants.

Cette interprétation est toutefois à nuancer dans la mesure où il est tout autant probable que l'organisation du travail ait réellement été améliorée dans le sens des principaux arguments mis en avant par nos participants (i.e., diminution des visites, réorganisation positive du travail, optimisation-amélioration de l'offre de soins, ...). En effet, les transformations organisationnelles au cours des années 1980 et 1990 ont été accompagnées d'apparition ou de diffusion de diverses formes d'intensité du travail [33]. L'intensité du travail correspond à un cumul d'une contrainte de temps de type industriel ou

Tableau 1
Caractéristiques de la population et informations sur l'impact de la COVID

Variables	N = (%)
Sexe	
Homme	46 (8,6)
Femme	488 (91,4)
Âge (Année)	
24 – 49	393 (73,9)
50 – 71	139 (26,1)
Catégorie Professionnelle	
Médecins	111 (20,8)
Infirmières	168 (31,5)
Sages-Femmes	255 (47,8)
Type de Maternité	
Type 1	111 (20,4)
Type 2	249 (46,6)
Type 3	176 (33,0)
Volontaire COVID	
Oui	127 (23,8)
Non	407 (76,2)
Contact COVID	
Oui	239 (44,8)
Non	295 (55,2)
Changement organisationnel	
Oui	481 (90,1)
Non	53 (9,9)
Impacts de ces changements sur l'activité ou l'organisation	
Oui	462 (86,5)
Non	72 (13,5)
Impacts positifs de ces changements sur l'activité ou l'organisation	
Oui	369 (69,4)
Non	163 (30,6)
Changement des liens avec équipe de travail	
Oui	199 (37,3)
Non	335 (62,7)

Tableau 2
Stress perçu et qualité de vie au travail en fonction des caractéristiques de soignants et des informations sur l'impact de la COVID-19

	ProQoL			
	Stress perçu M (ET)	Satisfaction compassionnelle M (ET)	Épuisement professionnel M (ET)	Stress traumatique secondaire M (ET)
Catégorie Professionnelle				
Médecins	5.34 (2.41)*	39.3 (5.09)	23.2 (5.92)	22.7 (5.77)
Infirmières	6.03 (2.36)*	38.9 (5.12)	23.3 (5.03)	22.2 (5.78)
Sages-femmes	5.91 (2.20)	38.4 (5.68)	23.7 (5.42)	22.3 (5.88)
Type de Maternité				
Type 1	6.24 (2.41)	37.7 (5.93)	24.4 (5.59)	23.1 (6.05)
Type 2	5.81 (2.21)	39.5 (5.08)*	23.0 (5.39)	22.1 (5.90)
Type 3	5.61 (2.36)	38.4 (5.34)*	23.6 (5.28)	22.3 (5.74)
Sexe				
Homme	5.43 (2.64)	38.8 (5.41)	24.0 (5.74)	21.7 (6.30)
Femme	5.87 (2.64)	38.8 (5.18)	23.4 (5.38)	22.4 (5.84)
Âge				
<= 50	5.86 (2.22)	38.9 (5.15)	23.4 (5.43)	22.4 (6.01)
> 50	5.77 (2.53)	38.5 (6.06)	23.8 (5.39)	22.2 (5.54)
Volontaire COVID-19				
Oui	5.66 (2.31)	38.9 (5.44)	38.9 (5.44)	22.5 (6.05)
Non	5.88 (2.31)	38.7 (5.38)	38.7 (5.38)	22.3 (5.83)
Contact COVID-19				
Oui	5.92 (2.34)	38.9 (5.75)	23.3 (5.49)	22.5 (6.03)
Non	5.76 (2.28)	38.7 (5.09)	23.6 (5.35)	22.3 (5.77)
Changements sur l'organisation				
Oui	5.89 (2.31)	38.7 (5.48)	23.6 (5.44)*	22.5 (5.95)
Non	5.32 (2.23)	39.7 (4.43)	21.9 (4.96)	20.9 (5.01)
Impacts sur l'organisation				
Oui	5.95 (2.22)**	38.8 (5.32)	23.6 (5.39)	22.6 (5.87)**
Non	5.06 (2.70)	38.8 (5.88)	22.4 (5.48)	20.6 (5.66)
Impacts positifs sur l'organisation				
Oui	5.68 (2.25)*	39.1 (5.18)*	23.0 (5.30)**	22.4 (5.89)
Non	6.19 (2.41)	37.9 (5.77)	24.6 (5.54)	22.2 (5.89)
Changements liens équipes				
Oui	6.29 (2.26)***	38.7 (5.42)	24.0 (5.65)	23.6 (5.72)***
Non	5.56 (2.29)	38.8 (5.38)	23.2 (5.42)	21.6 (5.86)

Note : p

* <.05 ;

** < .01 ;

*** <.001

bureaucratique et d'une contrainte marchande (i.e., dépendance immédiate à la demande ou contact avec les clients, le public). Cette dernière conduit souvent à devoir interrompre une tâche en cours pour une autre imprévue et augmente ainsi le sentiment de n'avoir pas assez de temps pour travailler convenablement [33]. Or, une intensité du travail élevé a des effets néfastes sur le travail et la santé : en plus d'engendrer un désintérêt au travail, elle contribue à l'apparition de troubles chez les individus, et notamment du stress [34]. En ce sens, les modifications organisationnelles générées par la pandémie de Covid-19 (i.e., réorganisation du travail et diminution des visites) semblent avoir eu un effet de réduction de l'intensité du travail en favorisant un recentrage sur l'activité de travail. Cela pourrait donc aussi indirectement expliquer les meilleurs indices de santé au travail chez ces participants.

5. Limites et perspectives

Bien que cette étude permette une meilleure compréhension de l'impact de la pandémie de COVID-19 sur la santé au travail du personnel en périnatalité français, nos résultats sont à nuancer dans la mesure où ce secteur n'a pas été celui le plus touché par la pandémie de COVID-19. Il serait donc difficile et problématique d'étendre ces résultats et conclusions à d'autres secteurs hospitaliers.

De plus, nous devons être d'autant plus prudents dans l'interprétation et la généralisation des résultats que notre échantillon a des caractéristiques particulières. En plus du niveau de participation plutôt faible (probablement dû au contexte d'activité soutenue

pendant la première vague de la pandémie), nous devons souligner la pluralité de professions interrogées et le fait qu'elle était majoritairement composée de femmes, de jeunes et de très peu de volontaires COVID. De plus, la période (première vague) et le pays (France) dans lequel l'étude a été menée recouvrent très certainement des spécificités qui nécessitent une certaine prudence.

Par ailleurs, les scores moyens de bien-être au travail (i.e., satisfaction compassionnelle) sont plutôt élevés tandis que ceux relatifs à la souffrance au travail (i.e., stress perçu, épuisement professionnel, stress traumatique secondaire) sont plutôt faibles. Cela peut également s'expliquer par le fait que ce secteur n'a pas été le plus touché par la pandémie de COVID-19. De plus, bien que significatives, les différences trouvées sur ces divers indices de santé et de qualité de vie au travail en fonction de nos variables d'intérêts sont plutôt faibles. Partant, nous invitons là encore à une certaine prudence dans les conclusions et les interprétations à en tirer.

Enfin, puisqu'une partie de nos participants ont déclaré que la pandémie de COVID-19 a entraîné des changements positifs sur l'organisation du travail et que cela semble avoir eu des effets bénéfiques sur leur santé au travail, nous nous interrogeons sur les effets que pourraient avoir un retour à la « normale », qui impliquerait une (ré) augmentation de l'intensité du travail et ses conséquences sur la santé de ces travailleurs du soin. En ce sens – et au vu des effets bénéfiques sur la santé au travail déclarée – nous espérons donc que ces modifications organisationnelles qui semblent avoir contribué à diminuer l'intensité du travail seront maintenues.

Table 1, Fig 1

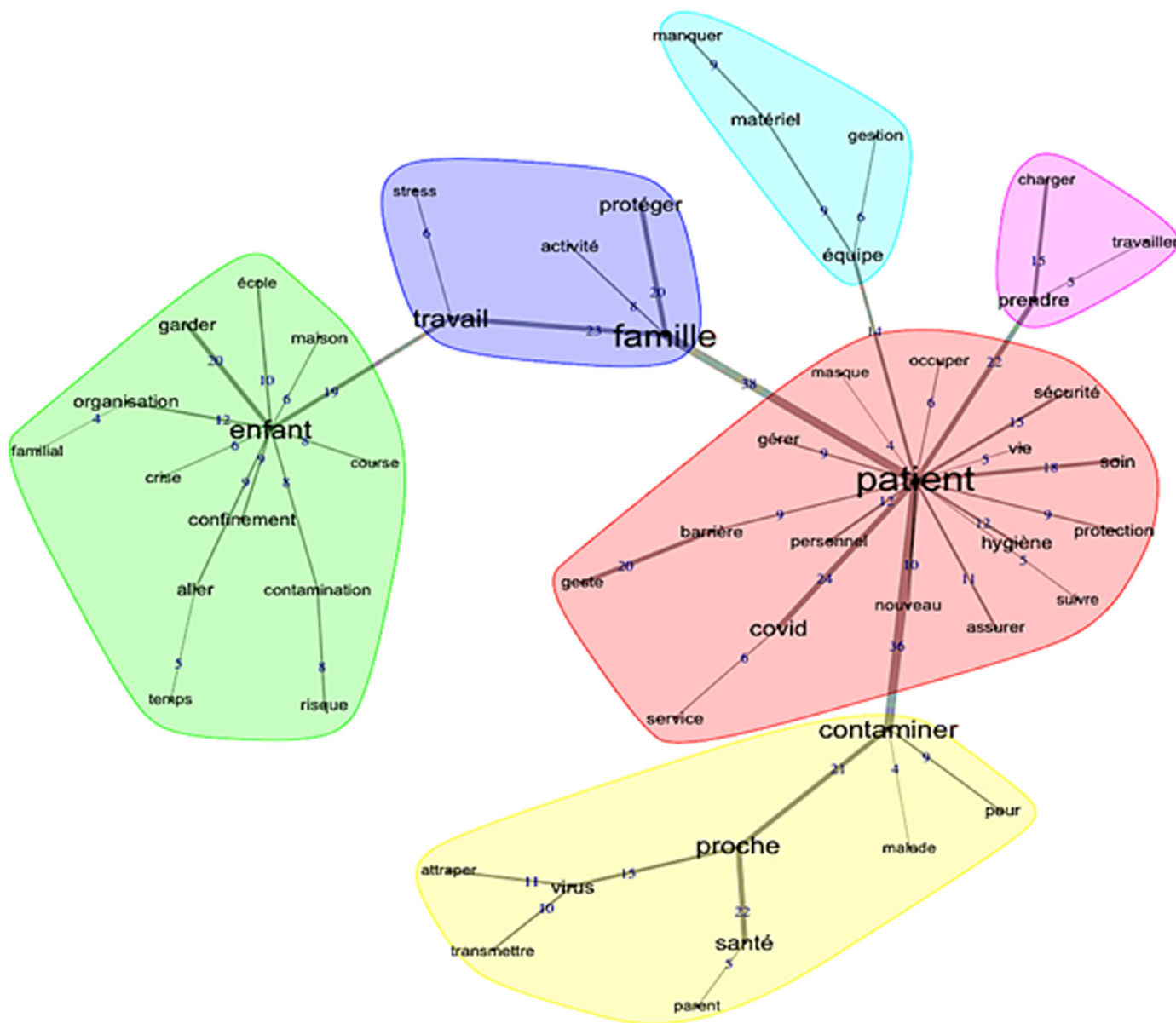


Fig. 1. Analyse de similitude des préoccupations évoquées par les soignants

Déclaration de liens d'intérêts

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

Références

- [1] Urdaneta F, Stacey M, Sorbello M. The Adverse Impact of Coronavirus Disease 2019 on Healthcare Providers: Time to Start Measuring. *Anesth Analg* 2020;131(4):187–9. doi: [10.1213/ane.0000000000005088](https://doi.org/10.1213/ane.0000000000005088).
- [2] Colombat P, Altmeyer A, Bauchetet C. Après la crise du Covid : vers la démarche participative d'équipe. Approche éthique d'un modèle organisationnel. *Cah Laennec* 2020;68:15–28. doi: [10.3917/lae.203.0015](https://doi.org/10.3917/lae.203.0015).
- [3] Wifaq K, El Kholti A. Les manifestations respiratoires de la covid-19: maladie professionnelle ? *Revue Marocaine de Santé Publique* 2020;7(10):39–54. doi: [10.34874/IMIST.PRSM/RMSP/21498](https://doi.org/10.34874/IMIST.PRSM/RMSP/21498).
- [4] Sabetian G, Moghadami M, Hashemizadeh Fard Haghighi L, Shahriarirad R, Fallahi MJ, Asmarian N, et al. COVID-19 infection among healthcare workers: A cross-sectional study in southwest Iran. *Virology* 2021;18(58):1–8. doi: [10.1186/s12985-021-01532-0](https://doi.org/10.1186/s12985-021-01532-0).
- [5] Sumner RC, Kinsella E. Grace Under Pressure: Resilience, wellbeing, and burnout in frontline workers in the UK and Ireland during the SARS-Cov-2 pandemic. *PsyArXiv* 2020:1–33. doi: [10.31234/osf.io/4tp35](https://doi.org/10.31234/osf.io/4tp35).
- [6] Goldmann E, Galea S. Mental health consequences of disasters. *Annu Rev Public Health* 2014;35(1):169–83. doi: [10.1146/annurev-publhealth-032013-182435](https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182435).
- [7] Maunder RG, Lancee WJ, Balderson KE, Bennett JP, Borgundvaag B, Evans S, et al. Long-term psychological and occupational effects of providing hospital healthcare during SARS outbreak. *Emerg Infect Dis* 2006;12(12):1924–32. doi: [10.3201/eid1212.060584](https://doi.org/10.3201/eid1212.060584).
- [8] Chersich MF, Gray G, Fairlie L, Eichbaum Q, Mayhew S, Allwood B, et al. COVID-19 in Africa: care and protection for frontline healthcare workers. *Global Health* 2020;16:1–6. doi: [10.1186/s12992-020-00574-3](https://doi.org/10.1186/s12992-020-00574-3).
- [9] Tsamakis K, Rizos E, Manolis AJ, Chaidou S, Kypourouopoulos S, Spartalis E, et al. COVID-19 pandemic and its impact on mental health of healthcare professionals. *Exp Ther Med* 2020;19(6):3451–3. doi: [10.3892/etm.2020.8646](https://doi.org/10.3892/etm.2020.8646).
- [10] Bellani ML, Furlani F, Gnechi M, Pezzotta P, Trotti EM, Bellotti GG. Burnout and related factors among HIV/AIDS health care workers. *AIDS Care* 1996;8(2):207–21. doi: [10.1080/09540129650125885](https://doi.org/10.1080/09540129650125885).
- [11] Tam CWC, Pang EPF, Lam LCW, Chiu HFK. Severe acute respiratory syndrome (SARS) in Hong Kong in 2003: Stress and psychological impact among frontline healthcare workers. *Psychol Med* 2004;34(7):1197–204. doi: [10.1017/s0033291704002247](https://doi.org/10.1017/s0033291704002247).

- [12] Ho SMY, Kwong-Lo RSY, Mak CWY, Wong JS. Fear of Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) among health care workers. *J Consult Clin Psychol* 2005;73(2):344–9. doi: [10.1037/0022-006X.73.2.344](https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.2.344).
- [13] Wu P, Liu X, Fang Y, Fan B, Fuller CJ, Guan Z, et al. Alcohol abuse/dependence symptoms among hospital employees exposed to a SARS outbreak. *Alcohol Alcohol* 2008;43(6):706–12. doi: [10.1093/alcac/agn073](https://doi.org/10.1093/alcac/agn073).
- [14] Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open* 2020;3(3):1–12. doi: [10.1001/jamanetworkopen.2020.3976](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976).
- [15] Song L, Wang Y, Li Z, Yang Y, Li H. Mental Health and Work Attitudes among People Resuming Work during the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study in China. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(14):1–15. doi: [10.3390/ijerph17145059](https://doi.org/10.3390/ijerph17145059).
- [16] Lim SKJ, Ang J, Tan EL, Tan A, Poon WB, Ho S, et al. Obstetrics in the Time of Coronavirus: A Tertiary Maternity Centre's Preparations and Experience During the COVID-19 Pandemic. *Authorea* 2020:1–10. doi: [10.22541/au.158471512.26958432](https://doi.org/10.22541/au.158471512.26958432).
- [17] Tomfohr-Madsen LM, Racine N, Giesbrecht GF, Lebel C, Madigan S. Depression and anxiety in pregnancy during COVID-19: A rapid review and meta-analysis. *Psychiatry Research* 2021;300(113912):1–3. doi: [10.1016/j.psychres.2021.113912](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113912).
- [18] Lassi ZS, Ana A, Das JK, Salam RA, Padhani ZA, Irfan O, Bhutta ZA. A systematic review and meta-analysis of data on pregnant women with confirmed COVID-19: Clinical presentation, and pregnancy and perinatal outcomes based on COVID-19 severity. *J. Glob Health*. 2021;11(05018):1–13. doi: [10.7189/jogh.11.05018](https://doi.org/10.7189/jogh.11.05018).
- [19] Allotey J, Stallings E, Bonet M, Yap M, Chatterjee S, Kew T, et al. Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2020;370:1–18. doi: [10.1136/bmj.m3320](https://doi.org/10.1136/bmj.m3320).
- [20] Ellington S, Strid P, Tong VT, Woodworth K, Galang RR, Zambrano LD, Nahabedian J, et al. Characteristics of women of reproductive age with laboratory-confirmed SARS-CoV-2 infection by pregnancy status — United States, January 22 – June 7, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69(25):769–75. doi: [10.15585/mmwr.mm6925a1](https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6925a1).
- [21] Pique-Regi R, Romero R, Tarca AL, Luca F, Xu Y, Alazizi A, et al. Does the human placenta express the canonical cell entry mediators for SARS-CoV-2? *Elife* 2020:1–15. doi: [10.7554/eLife.58716](https://doi.org/10.7554/eLife.58716).
- [22] Breindahl M, Zachariassen G, Christensen PS, Henriksen TB. Dilemmas and priorities in the neonatal intensive care unit during the COVID-19 pandemic. *Dan Med J* 2020;67(4):1–3.
- [23] Tavani JL, Botella M, Collange J. Quelle validité pour une mesure de la satisfaction au travail en un seul item ? *Pratiques Psychologiques* 2014;20:125–42. doi: [10.1016/j.prps.2014.03.001](https://doi.org/10.1016/j.prps.2014.03.001).
- [24] Stamm BH. The concise ProQOL manual. 2e éd. Pocatello (États-Unis): ProQOLorg ; 2010. 78 p.
- [25] Danermark B, Englund U, Germundsson P, Ratinaud P. French and Swedish teachers' social representations of social workers. *European Journal Social Work* 2014;17:491–507. doi: [10.1080/13691457.2013.829803](https://doi.org/10.1080/13691457.2013.829803).
- [26] Marques LC, Lucca DC, Alves EO, Fernandes GCM, Nascimento KCD. Covid-19: nursing care for safety in the mobile pre-hospital service. *Texto Contexto Enfermagem* 2020;29:1–12. doi: [10.1590/1980-265X-TCE-2020-0119](https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0119).
- [27] Demartini K, Konzen VDM, Siqueira MDO, Garcia G, MSG Jorge, Batista JS, et al. Care for frontline health care workers in times of COVID-19. *Rev Soc Bras Med Trop* 2020;53:1–3. doi: [10.1590/0037-8682-0358-2020](https://doi.org/10.1590/0037-8682-0358-2020).
- [28] Costa DB, Ramos D, Gabriel CS, Bernardes A. Patient safety culture: evaluation by nursing professionals. *Texto Contexto Enfermagem* 2018;27(3):1–9. doi: [10.1590/0104-070720180002670016](https://doi.org/10.1590/0104-070720180002670016).
- [29] Mhango M, Dzobo M, Chitungo I, Dzinamarira T. COVID-19 risk factors among health workers: A rapid review. *Saf Health Work* 2020;11(3):262–5. doi: [10.1016/j.shaw.2020.06.001](https://doi.org/10.1016/j.shaw.2020.06.001).
- [30] Festinger L. A theory of cognitive dissonance. Stanford (États-Unis): Stanford University Press; 1957. 291 p.
- [31] Beauvois JL, Joule RV. A radical dissonance theory. *Londre : Taylor & Francis* 1996:168.
- [32] Vaidis D, Halimi-Falkowicz S. La théorie de la dissonance cognitive : une théorie âgée d'un demi-siècle. *Revue électronique de Psychologie Sociale* 2007;1:9–18.
- [33] Gollac ML. Formes et effets. *Revue économique*. 2005;56(2):195–216.
- [34] Heitz M, Douard J. Stress au travail, la gestion du temps incriminée : « La gestion du temps dans l'entreprise contemporaine : un apport réflexif sur le contexte actuel, les façons de l'appréhender et de le réguler » editors. In: Bardelli P, Allouche J, editors. *La souffrance au travail : quelle responsabilité de l'entreprise*. Paris: Armand Colin; 2012.