

Rapport d'experts produit pour le compte du CSBE

**Expérience au travail du personnel
des établissements de soins de longue
durée lors de la première vague de la
pandémie de COVID-19 au Québec**

CIRANO

**Carl-Ardy Dubois
Roxane Borgès Da Silva
Alexandre Prud'homme**

Rapport d'experts produit pour le compte du CSBE

**Expérience au travail du personnel
des établissements de soins de longue
durée lors de la première vague de la
pandémie de COVID-19 au Québec**

Ce rapport a été rédigé par des chercheurs indépendants du CIRANO pour le compte du Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). Il vise à soutenir la démarche du CSBE dans la réalisation du mandat spécial sur la performance des soins et services aux aînés dans le cadre de la pandémie de COVID-19. La responsabilité relative au contenu appartient donc en totalité aux auteurs, et les vues qui y sont exprimées ne représentent pas nécessairement celles du CSBE.

Le CIRANO est un organisme sans but lucratif constitué en vertu de la Loi des compagnies du Québec. Le financement de son infrastructure et de ses activités de recherche provient des cotisations de ses organisations-membres, d'une subvention d'infrastructure du gouvernement du Québec, de même que des subventions et mandats obtenus par ses équipes de recherche. Le CIRANO collabore avec de nombreux centres et chaires de recherche universitaires dont on peut consulter la liste sur son site web.

Les rapports de projet (RP) sont destinés plus spécifiquement aux partenaires et à un public informé. Ils ne sont ni écrits à des fins de publication dans des revues scientifiques ni destinés à un public spécialisé, mais constituent un médium d'échange entre le monde de la recherche et le monde de la pratique.

Les idées et les opinions émises dans cette publication sont sous l'unique responsabilité des auteurs et ne représentent pas nécessairement les positions du CIRANO ou de ses partenaires.

Commissaire à la santé et au bien-être

880, chemin Ste-Foy, bureau 4.40
Québec (Québec) G1S 2L2

Courriel : csbe@csbe.gouv.qc.ca

Le présent document est disponible en version électronique dans la section Publications du site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être: www.csbe.gouv.qc.ca.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021
ISBN: 978-2-550-91695-6 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2022

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

Recherche et rédaction

CIRANO

Carl-Ardy Dubois

Professeur titulaire

École de santé publique de l'Université de Montréal

Roxane Borgès Da Silva

Professeure agrégée

École de santé publique de l'Université de Montréal

Alexandre Prud'homme

Professionnel de recherche

CIRANO

Révision linguistique

CIRANO

Édition

Direction des communications

Graphisme

Alphatek

RÉSUMÉ

Contexte

La première vague de la pandémie de COVID-19 a été marquée au Québec par le plus lourd bilan au Canada tant en termes du nombre de personnes infectées que de décès. Compte tenu du rôle critique de la main-d'œuvre sanitaire dans la réponse à ce type de crises, l'analyse de la performance du système de santé doit porter une attention particulière à la dimension ressources humaines. Une enquête auprès des travailleurs en soins de longue durée a été effectuée dans le cadre d'une étude plus vaste conduite par le bureau du Commissaire à la santé et au bien-être.

Objectif

Cette enquête vise à dresser un portrait de l'expérience de travail de la main-d'œuvre dans les établissements de soins de longue durée au cours de la première vague de la pandémie de COVID-19 (de mars à juin 2020).

Méthode

Le devis retenu est une étude rétrospective transversale, descriptive et corrélationnelle. La population visée est l'ensemble du personnel ayant travaillé dans les établissements de soins de longue durée au cours de la première vague de la pandémie. L'enquête a été concentrée dans neuf territoires de centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et de centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). Elle a été guidée par le modèle théorique *demandes-ressources*. En s'appuyant sur ce modèle, elle a porté attention à cinq catégories de variables : les ressources offertes aux travailleurs, les demandes associées à leur travail, leur engagement par rapport à leur travail mesuré par l'intention de quitter, leurs caractéristiques sociodémographiques et les caractéristiques de leur emploi. Tous les employés et médecins de 136 CHSLD publics des neuf territoires visés ont été invités à répondre à un questionnaire. Dans un premier temps, des analyses descriptives ont été réalisées afin de dresser un portrait global de l'expérience au travail. Dans un deuxième temps, des régressions logistiques ont été effectuées pour examiner les facteurs associés à l'intention de quitter respectivement pour l'ensemble de l'échantillon, les préposés aux bénéficiaires (PAB) et les infirmières.

RÉSULTATS

Portrait de l'échantillon

Ce sont 2 365 travailleurs œuvrant dans les CHSLD publics qui ont répondu à l'enquête. L'échantillon constitué comptait 84,9 % de femmes. L'âge moyen des répondants est de 45 ans. Cinquante pour cent des répondants (49,9 %) n'ont pas dépassé le niveau des études secondaires. Ils sont nés au Canada pour une large majorité (75,1 %) et 89,6 % indiquent le français comme langue parlée à la maison. Plus des deux tiers (71 %) relèvent de l'équipe de soins : infirmières et inhalothérapeutes (13,2 %), infirmières auxiliaires (13,8 %) et PAB (44 %). Le personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers (excluant les PAB) compte pour 10,8 %. Les autres catégories de personnel (techniciens et professionnels de l'administration; techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux; personnel d'encadrement; médecins) restent, dans chaque cas, en deçà de 5 % de l'échantillon. Une majorité des travailleurs (64,5 %) indiquent avoir cumulé au moins cinq ans d'expérience dans l'exercice de leur occupation. La proportion occupant un poste permanent à temps complet est de 61,8 %.

Ressources offertes aux travailleurs

Soutien psychosocial. Une proportion de 29 % de répondants pouvait bénéficier de services d'aide ancrés directement dans les milieux de travail pour les soutenir psychologiquement. Les mesures gouvernementales (services d'aide psychologique offerts en ligne, bonification du programme d'aide aux employés) semblaient largement méconnues, car une proportion modeste de répondants (46 % à 57 %) a indiqué y avoir accès. L'enquête a aussi mis en lumière le déficit en matière de soutien du supérieur immédiat (42 % des répondants) et de latitude décisionnelle (63 %). Une proportion de répondants, allant de 42,5 % à 51 %, a témoigné d'une perception négative ou mitigée de l'équipe de travail tant dans sa préparation que dans sa réaction face aux situations imprévues. Une proportion supérieure à 20 % a témoigné d'une détérioration sur divers aspects du fonctionnement de l'équipe de travail (communication, coordination, cohésion, leadership du supérieur immédiat).

Soutien en matière de santé et sécurité au travail. L'enquête confirme que l'utilisation des EPI n'était pas optimale. Une proportion relativement importante de travailleurs indique ne pas avoir toujours utilisé l'EPI complet (25 %) ni même le masque (7 %) en s'occupant de patients positifs à la COVID-19. Cette proportion était d'autant plus grande dans les établissements situés sur les territoires qui ont constitué l'épicentre de la pandémie. Les principales raisons évoquées pour ne pas toujours utiliser les EPI lors des contacts avec des patients COVID-19 étaient par ordre de fréquence : le manque d'équipement (45 %); le suivi des consignes de l'employeur (34,4 %); la difficulté d'accès à l'équipement (23 %); l'absence d'information sur le statut positif à la COVID-19 de l'utilisateur (22,1 %). Même si une large majorité de travailleurs (77,3 %) a témoigné de sa satisfaction par rapport à l'accès au dépistage, une proportion presque aussi importante a montré plutôt une insatisfaction par rapport aux délais d'obtention des résultats (71,5 %). Un peu plus de la moitié des répondants (56,1 %) ont témoigné de leur satisfaction par rapport au soutien reçu du bureau de santé et de sécurité du travail de leurs établissements. Cette proportion est moindre (42,8 %) en ce qui concerne la satisfaction par rapport au soutien reçu des syndicats.

Soutien clinico-administratif. 60,6 % des répondants indiquent avoir pu s'appuyer sur des plans d'interventions pour effectuer leur travail. Cette proportion tombe à 43,4 % en ce qui concerne l'accès à des protocoles pour faire face à des situations imprévues. Seulement deux tiers des travailleurs (65,6 %) ont déclaré avoir eu accès à une personne-ressource à laquelle ils pouvaient se référer pour obtenir un conseil quand ils en avaient besoin.

Soutien matériel. La principale forme de soutien rapportée ici par 47,6 % des répondants a été l'aménagement de salles de répit mises à leur disposition par leur établissement. Seulement 22,5 % ont fait état d'activités de reconnaissance mises en œuvre par leur employeur.

Demandes liées au travail

Demandes psychosociales. Une proportion de répondants allant jusqu'à 45 % a fait état de risques psychosociaux élevés associés à leur travail : exigences psychologiques élevées (45 %), exigences émotionnelles élevées (37 %), conflit de rôles (40,6 %), difficultés à concilier les exigences du travail avec les responsabilités familiales (33 %).

Conditions matérielles de travail. Plus des deux tiers des travailleurs ont été exposés à la COVID-19 en contexte de travail. Plus de trois quarts des répondants ont fait état de réaménagements physiques de leur espace de travail, alors que les établissements cherchaient à délimiter des espaces dédiés au traitement des patients infectés ou à aménager de nouvelles installations pour prendre en charge ces patients. Une proportion de travailleurs allant jusqu'à 40 % ont été affectés en dehors de leur affiliation primaire, dans d'autres unités de soins ou d'autres installations.

Conditions organisationnelles de travail. Une proportion de répondants, allant de 31 % à 82 %, a témoigné de changements dans divers aspects de leurs conditions organisationnelles de travail : modifications de leurs tâches (47,6 %), ajustements de leurs horaires de travail (52,7 %), allongement du temps hebdomadaire de travail (58,8 %), obligation de faire des heures supplémentaires (30,9 %), diminution des périodes de repos (46 %) et charge de travail accrue (82,2 %).

Engagement des travailleurs à leur établissement

En faisant exception des médecins, dans toutes les catégories d'emploi, c'est au moins un quart ou un tiers des travailleurs (24,8 % à 37,3 %) qui ont indiqué une forte intention de quitter leur emploi.

Facteurs associés à l'intention de quitter l'emploi

Le modèle de régression effectué pour l'ensemble de l'échantillon montre que l'intention de quitter l'emploi est associée à divers facteurs qui relèvent des conditions psychosociales du travail. L'intention de quitter l'emploi est d'autant plus forte chez les travailleurs qui ont expérimenté des demandes psychosociales élevées induites par les exigences psychologiques, les exigences émotionnelles, le conflit de rôles et le conflit travail-famille. À l'opposé, le modèle montre un effet favorable associé à trois types de ressources psychosociales : le soutien du supérieur immédiat, la latitude décisionnelle et la cohésion d'équipe. L'influence de ces mêmes facteurs, tant pour les demandes que les ressources psychosociales, a été confirmée dans un modèle incluant uniquement les PAB. Une seule exception est la latitude décisionnelle pour laquelle aucune association significative

n'a été trouvée chez les PAB. L'analyse montre aussi que l'intention de quitter varie suivant les groupes d'emploi. Elle est d'autant plus forte chez le personnel en soins infirmiers (Infirmières, infirmières auxiliaires et PAB) et le personnel paratechnique, chez les plus jeunes (moins de 30 ans) et chez ceux qui ont une formation universitaire. Les immigrants récents (moins de 5 ans) montrent une moins forte intention de quitter leur emploi par rapport aux travailleurs nés au Canada.

DISCUSSION

Si les conditions difficiles de travail en CHSLD sont bien connues, une contribution de cette enquête a été de les objectiver et de confirmer, à partir des perceptions des travailleurs eux-mêmes, divers facteurs qui ont affecté négativement leur expérience au travail durant la première vague de la pandémie. L'enquête met en relief des demandes au travail de diverses natures générées par le contexte pandémique alors que l'accès des travailleurs à diverses ressources clés restait en deçà de leurs besoins. Le résultat net de ce déséquilibre est un niveau préoccupant de désengagement qui se traduit par une forte intention de quitter d'une proportion importante de travailleurs.

Les résultats de cette enquête suggèrent également que l'expérience sous-optimale des travailleurs de santé dans ce contexte de crise résulte de défaillances de divers systèmes organisationnels appelés à soutenir leur travail : déficit de cadres intermédiaires dont les rôles sont essentiels pour assurer cet équilibre entre les demandes et les ressources (organisation du travail, soutien aux équipes, outils de travail), défaillances des systèmes organisationnels de santé et de sécurité du travail, manque de préparation des organisations en matière de prévention et de contrôle des infections. Plus largement cette analyse révèle que la crise du soin qui a durement touché les résidents en CHSLD dans le contexte de la pandémie n'a pas épargné les travailleurs eux-mêmes et a particulièrement affecté les métiers de soins et d'assistance. Une réponse efficace à cette crise du soin exige une revalorisation sociale de ces métiers et doit se traduire par de meilleures conditions de travail pour les soignants.

TABLE DES MATIÈRES

1 – INTRODUCTION	13
2 – OBJECTIFS	14
3 – MÉTHODE	15
3.1 Devis et population	15
3.2 Cadre de référence et variables à l'étude.....	16
3.3 Collecte de données.....	17
3.4 Analyses statistiques.....	18
4 – RÉSULTATS	20
4.1 Portrait de l'échantillon : caractéristiques sociodémographiques et d'emploi.....	20
4.2 Ressources offertes aux travailleurs	23
4.2.1 Soutien psychosocial	23
4.2.2 Soutien en matière de santé et sécurité au travail.....	28
4.2.3 Soutien clinico-administratif	35
4.2.4 Soutien matériel.....	36
4.3 Demandes liées au travail	37
4.3.1 Demandes psychosociales.....	37
4.3.2 Conditions matérielles de travail.....	42
4.3.3 Conditions organisationnelles de travail	46
4.4 Engagement des travailleurs envers leur établissement.....	49
4.5 Analyse multivariée : facteurs associés à l'intention de quitter l'emploi.....	50
4.5.1 Résultats pour l'ensemble de l'échantillon.....	50
4.5.2 Résultats pour les préposés aux bénéficiaires.....	51
4.5.3 Résultats pour les infirmières et inhalothérapeutes.....	51

5 – DISCUSSION	54
5.1 Des demandes au travail de diverses natures générées par le contexte pandémique	54
5.2 Un accès des travailleurs à des ressources de nature variable qui restaient toutefois en deçà de leurs besoins.....	55
5.3 Un faible engagement organisationnel expliqué par divers facteurs liés aux caractéristiques du travail.....	57
6 – LIMITES DE L'ÉTUDE	59
7 – CONCLUSION	60
8 – RÉFÉRENCES	61
ANNEXE 1 – CONSTRUCTION DES INDICATEURS	66

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Distribution des travailleurs en CHSLD publics ayant participé à l'enquête selon les caractéristiques sociodémographiques	21
Tableau 2 : Distribution des travailleurs en CHSLD publics ayant participé à l'enquête selon les caractéristiques d'emploi.....	22
Tableau 3 : Soutien du supérieur et des collègues et latitude décisionnelle selon la catégorie d'emploi, travailleurs en CHSLD publics, de mars à juin 2020	25
Tableau 4 : Contexte de l'équipe de travail selon la catégorie d'emploi, travailleurs en CHSLD publics, de mars à juin 2020	26
Tableau 5 : Soutien psychologique aux travailleurs en CHSLD publics, selon la catégorie d'emploi, de mars à juin 2020.....	27
Tableau 6 : Utilisation de l'équipement de protection individuelle par les travailleurs en CHSLD publics, selon la catégorie d'emploi, de mars à juin 2020.....	30
Tableau 7 : Utilisation de l'équipement de protection individuelle par les travailleurs en CHSLD publics, par établissement, de mars à juin 2020	31
Tableau 8 : Raisons évoquées pour la non-utilisation des équipements de protection individuelle par les travailleurs en CHSLD publics, selon la catégorie d'emploi, de mars à juin 2020.....	31
Tableau 9 : Satisfaction par rapport à l'accès aux tests de dépistage des travailleurs en CHSLD publics, selon la catégorie d'emploi, de mars à juin 2020	32
Tableau 10 : Soutien en matière de prévention et de contrôle des infections aux travailleurs en CHSLD publics, selon la catégorie d'emploi, de mars à juin 2020	33
Tableau 11 : Soutien du bureau de santé et sécurité au travail et des syndicats aux travailleurs en CHSLD publics, selon la catégorie d'emploi, de mars à juin 2020	34
Tableau 12 : Soutien clinico-administratif aux travailleurs en CHSLD publics selon la catégorie d'emploi, de mars à juin 2020	35
Tableau 13 : Soutien matériel aux travailleurs en CHSLD publics selon la catégorie d'emploi, de mars à juin 2020.....	36
Tableau 14 : Exigences psychologiques et émotionnelles liées au travail chez les travailleurs en CHSLD publics selon la catégorie d'emploi, de mars à juin 2020.....	39
Tableau 15 : Conflit et ambiguïté de rôle chez les travailleurs en CHSLD publics selon la catégorie d'emploi, de mars à juin 2020	40

Tableau 16 : Conflit travail-famille chez les travailleurs en CHSLD publics selon la catégorie d'emploi, de mars à juin 2020	41
Tableau 17 : Contact avec des usagers et collègues suspectés d'être atteints ou positifs à la COVID-19 chez les travailleurs en CHSLD publics selon la catégorie d'emploi, de mars à juin 2020.....	43
Tableau 18 : Situations d'exposition à la COVID-19 chez les travailleurs en CHSLD publics selon la catégorie d'emploi, de mars à juin 2020	44
Tableau 19 : Transferts ou réaménagements physiques de l'espace de travail des travailleurs en CHSLD publics selon la catégorie d'emploi, de mars à juin 2020.....	45
Tableau 20 : Modification dans les tâches des travailleurs en CHSLD publics selon la catégorie d'emploi, de mars à juin 2020.....	47
Tableau 21 : Modification de l'horaire de travail, du temps de travail et de la charge de travail du personnel en CHSLD publics selon la catégorie d'emploi, de mars à juin 2020	48
Tableau 22 : Proportion des travailleurs en CHSLD publics ayant une forte intention de quitter leur emploi au cours de la prochaine année selon la catégorie d'emploi.....	49
Tableau 23 : Association entre la catégorie d'emploi et l'intention de quitter l'emploi pour l'ensemble des travailleurs (régression logistique)	52
Tableau 24 : Associations entre les caractéristiques psychosociales du travail et l'intention de quitter l'emploi pour l'ensemble des travailleurs, les préposés aux bénéficiaires et les infirmières (régressions logistiques)	53

1 – INTRODUCTION

La première vague de la pandémie de COVID-19 a été marquée au Québec par le plus lourd bilan au Canada tant en termes du nombre de personnes infectées que de décès. Suivant les données compilées par l'Institut national de santé publique, 92,3 % des décès recensés ont touché les personnes âgées de 70 ans et plus (INSPQa, 2020). Les établissements de soins de longue durée et autres milieux de vie et de soins dédiés aux aînés ont été frappés de plein fouet. Au plus fort de la crise, à la mi-mai, ce sont 368 Centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD) et Résidences privées pour aînés (RPA) qui étaient aux prises avec au moins un cas actif de COVID-19 et 44 de ces établissements avaient plus de 25 % de leurs résidents atteints par le virus (Valeria et al., 2020). Au 30 juin 2020, 70 % des 5 624 décès imputés à la COVID-19 étaient survenus dans les CHSLD (INSPQb, 2020). Alors que la pandémie a fait exploser la demande de services dans les établissements de soins de longue durée, le système de santé a éprouvé des difficultés à augmenter, utiliser à bon escient, retenir et protéger la main-d'œuvre qui doit offrir ses services. Compte tenu du rôle critique de la main-d'œuvre sanitaire dans la réponse à ce type de crises, l'analyse de la performance du système de santé durant la première vague de la pandémie doit porter une attention particulière à la dimension *ressources humaines*.

Plusieurs rapports récents ont fait état de diverses défaillances liées à la main-d'œuvre, ayant compromis la protection des aînés et la qualité des services qui leur sont offerts (ex. : sous-dotation en personnel des unités de soins, protection insuffisante des travailleurs, utilisation inadéquate des effectifs disponibles) (Dubois, 2020; Estabrooks et al., 2020; Benoit, 2020; Forces armées canadiennes, 2020). Cependant, ces problèmes ne sont pas que la résultante de la crise. Des déséquilibres quantitatifs et qualitatifs ont été identifiés, depuis de nombreuses années, comme autant de contraintes à une dispensation optimale des services offerts dans les établissements d'hébergement et de soins de longue durée. Les manifestations symptomatiques de ces déséquilibres sont multiples : recours intensif aux heures supplémentaires (volontaire ou obligatoire) et à la main-d'œuvre indépendante; prévalence importante de postes vacants sur de longues périodes; précarité des postes (statut occasionnel ou à temps partiel, imprévisibilité des horaires et lieux de travail); forte proportion de travailleurs employés à temps partiel; diminution constante des ratios personnel/patient (Dubois, 2015). Déjà en 2019, le gouvernement avait estimé qu'il lui fallait engager 30 000 préposés aux bénéficiaires sur une période de cinq ans pour répondre aux besoins et compenser les départs à la retraite anticipés (Gouvernement du Québec, 2019; Richer, 2019).

Les problèmes de dotation ont été associés à diverses conséquences pour le personnel en place : intensité accrue de travail, instabilité du personnel, sentiment d'épuisement générant de l'absentéisme, détérioration du climat de travail. Le personnel d'assistance (préposés aux bénéficiaires, aides de service) qui joue un rôle essentiel dans la dispensation des soins de longue durée composait non seulement avec de bas niveaux de salaires, mais aussi avec une faible valorisation de leurs rôles, des occasions limitées de formation et peu de mécanismes de soutien à leurs tâches (MSSS, 2004). Si ces problèmes sont largement répandus, ils peuvent toutefois se traduire par des constellations diverses, reflétant les réalités contextuelles de divers établissements.

Malgré les menaces importantes posées par les problèmes susmentionnés à la qualité des services aux aînés et les épisodes répétitifs de scandales qui ont heurté l'opinion publique, les soins de longue durée n'ont jusqu'ici constitué qu'une faible priorité à l'agenda non seulement sur le plan des politiques publiques et les interventions organisationnelles, mais aussi sur le plan de la recherche. Plusieurs problèmes restent ainsi peu objectivés par des données de recherche. Bien que la crise ait mis au grand jour les défaillances du système de santé en matière de main-d'œuvre, l'information disponible jusqu'ici ne fournit qu'un portrait fragmenté de l'expérience des travailleurs durant la crise. Une enquête auprès des travailleurs en soins de longue durée a été effectuée dans le cadre d'une étude plus vaste conduite par le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). En portant attention à la perspective des travailleurs eux-mêmes, cette enquête apportera un éclairage complémentaire sur la situation de la main-d'œuvre dans ce secteur de soins durant la vague initiale de la pandémie.

2 – OBJECTIFS

Cette enquête commanditée par le CSBE vise à dresser un portrait de l'expérience de travail de la main-d'œuvre dans les établissements de soins de longue durée au cours de la première vague de la pandémie de COVID-19 (de mars à juin 2020). De manière plus spécifique, l'enquête mesure les perceptions des travailleurs quant aux ressources auxquelles ils ont eu accès durant cette première vague, aux exigences et contraintes auxquelles ils ont dû faire face dans le cadre de leur travail et à leur engagement. En portant attention à la perspective des travailleurs eux-mêmes, cette analyse doit permettre de mieux comprendre comment divers aspects de l'expérience de ces derniers ont pu créer des situations de fragilité et affecter la performance du système de santé dans sa réponse à la pandémie.

3 – MÉTHODE

3.1 Devis et population

Le devis retenu est une étude rétrospective transversale, descriptive et corrélationnelle. La population visée est l'ensemble du personnel, incluant les médecins, ayant travaillé dans les établissements de soins de longue durée au cours de la première vague de la pandémie COVID-19 au Québec, soit de mars à juin 2020. Aux fins de cette enquête, les répondants ont été répartis en neuf groupes d'occupations :

1. les préposés aux bénéficiaires (PAB) ;
2. les infirmières et inhalothérapeutes ;
3. les infirmières auxiliaires ;
4. les médecins ;
5. le personnel paratechnique (*excluant les PAB qui sont déjà considérés dans un groupe distinct*) ;
6. le personnel administratif qui regroupe les agents administratifs, les techniciens en administration, les agents de gestion du personnel et autres titres d'emplois apparentés ;
7. les techniciens de la santé et services sociaux qui incluent les thérapeutes en réadaptation physique, les techniciens en diététique, les éducateurs et autres titres d'emplois apparentés ;
8. les professionnels de la santé et services sociaux qui incluent les travailleurs sociaux et les professionnels de réadaptation (ergothérapeutes, physiothérapeutes, orthophonistes), les diététistes et nutritionnistes ;
9. le personnel d'encadrement qui regroupe les travailleurs ayant un statut de cadre ou gestionnaire.

L'enquête a été concentrée sur neuf territoires de centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et de centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) : trois CIUSSS et un CISSS dont les territoires ont été l'épicentre de la première vague (Montréal et Laval), trois CISSS en périphérie de Montréal qui ont été touchés à des degrés divers par la première vague et deux CIUSSS en dehors de la grande région métropolitaine qui ont été très peu touchés. L'étude a porté essentiellement sur le secteur public. Tous les employés et médecins de 136 CHSLD publics des neuf territoires visés ont été invités à répondre à un questionnaire en ligne. Bien que l'enquête ait été rendue disponible aux employés des établissements privés (CHSLD privés conventionnés, CHSLD privés non conventionnés, ressources intermédiaires et résidences privées pour aînés) par le canal de leurs associations respectives, le faible nombre de travailleurs ayant répondu n'a pas permis de constituer un échantillon valide pour ces établissements.

3.2 Cadre de référence et variables à l'étude

Pour dresser le portrait de l'expérience au travail des travailleurs ayant œuvré dans les établissements de soins de longue durée pendant la première vague de la pandémie, cette étude s'est appuyée sur le modèle *demandes-ressources* (Bakker et al., 2003). Suivant ce modèle, chaque situation de travail, quel que soit le poste occupé, peut être caractérisée par deux types de facteurs :

1. les demandes et contraintes auxquelles on doit répondre ;
2. les ressources dont on dispose pour répondre à ces demandes.

Les demandes renvoient aux aspects du travail qui requièrent un effort psychologique ou émotionnel et mobilisent les capacités d'adaptation des individus. Les ressources, quant à elles, renvoient aux aspects du travail qui permettent aux individus de réaliser leurs tâches et de se développer. Deux processus distincts sont associés à ces deux aspects du travail. Le premier processus, corroborant des recherches antérieures (Karasek, 1979 ; Halbesleben et Buckley, 2004), sous-tend que des demandes excessives au travail, sur une longue période, entraînent une sollicitation trop importante des ressources propres des individus, mettent en échec leurs stratégies compensatoires et conduisent au stress (physique ou psychologique) et à l'épuisement. Le deuxième processus sous-tend que le manque de ressources, en créant un sentiment d'incapacité à répondre aux exigences du travail, entraîne une démotivation et une attitude de désengagement pouvant aller jusqu'à un retrait physique ou psychologique du travail (Demerouti et al., 2001). Un équilibre adéquat entre les ressources et les demandes est ainsi nécessaire pour assurer l'engagement des individus par rapport à leur travail et leur maintien au travail. Suivant le modèle, cet équilibre peut varier suivant des caractéristiques propres aux individus et à leur emploi.

En s'appuyant sur ce cadre de référence, l'enquête a porté attention à cinq catégories de variables (consultez l'Annexe 1 pour les détails concernant la construction des indicateurs) :

1. Les ressources offertes aux travailleurs dans le contexte de la première vague, couvrant tant les ressources psychosociales que divers types de ressources matérielles :
 - a. le soutien psychosocial mesuré par le soutien du supérieur immédiat, le soutien des collègues, la latitude décisionnelle, l'accès aux services de soutien psychologique, le contexte de l'équipe de travail couvrant : la préparation à faire face à des situations imprévues, la capacité démontrée à réagir à des situations imprévues et le fonctionnement de l'équipe (communication, coordination, cohésion, leadership du supérieur immédiat) ;
 - b. le soutien en matière de santé et de sécurité du travail mesuré par l'utilisation des équipements de protection individuelle (EPI), l'accès aux tests de dépistage, la formation et la communication en prévention et contrôle des infections, le soutien du bureau de santé et de sécurité du travail et le soutien des syndicats ;
 - c. le soutien clinico-administratif mesuré par l'accès à divers outils clinico-administratifs permettant de répondre à la situation de crise ;
 - d. le soutien matériel mesuré par l'accès à divers services d'aide matérielle (transport, services de garde, logement, salles de répit).

2. Les demandes et contraintes associées au travail, couvrant tant les demandes psychosociales que les changements dans les conditions matérielles et organisationnelles du travail :
 - a. les demandes psychosociales mesurées par les exigences psychologiques, les exigences émotionnelles, le conflit de rôle, l'ambiguïté de rôle et le conflit travail-famille;
 - b. les changements dans les conditions matérielles de travail mesurés par l'exposition à la COVID-19, les transferts vers d'autres unités de soins ou d'autres installations et le réaménagement des espaces physiques de travail;
 - c. les changements dans les conditions organisationnelles de travail mesurés par les modifications dans les tâches, les horaires et temps de travail et la charge de travail.
3. L'engagement des travailleurs mesuré par l'intention de quitter leur emploi actuel.
4. Les caractéristiques sociodémographiques : le sexe, l'âge, le statut d'immigration, le niveau de scolarité, la langue et l'état civil.
5. Les caractéristiques d'emploi : la catégorie d'occupation, le statut d'emploi, l'horaire de travail et le quart de travail.

3.3 Collecte de données

Des contacts directs ont été établis par le bureau du Commissaire à la santé et au bien-être avec les directions des CISSS et CIUSSS ciblés en vue d'obtenir leur engagement à participer à l'étude. Les Directions SAPA (soutien à l'autonomie des personnes âgées) de chaque CISSS/CIUSSS ont joué un rôle de premier plan pour promouvoir l'enquête auprès des employés, les encourager à participer et préparer les listes d'envoi. Les listes constituées étaient limitées aux employés qui avaient une adresse courriel valide (87 % des employés) et comptaient les employés en fonction dans les CHSLD au moment de l'enquête en mai 2021. Les listes d'envoi constituées incluaient ainsi des employés qui ont été recrutés après le 30 juin 2020 et n'étaient pas admissibles à l'enquête. À l'inverse, ces listes ne permettaient pas de toucher les employés ayant œuvré en CHSLD au cours de la première vague de COVID (1^{er} mars au 30 juin 2020) mais ayant quitté avant mai 2021. À partir des listes constituées, ce sont 22 618 employés et médecins, œuvrant dans les 136 CHSLD publics situés sur l'un des neuf territoires de CISSS et CIUSSS à l'étude, qui ont été invités par courriel à remplir un questionnaire en ligne après avoir complété un formulaire de consentement. Le questionnaire était disponible sur Lime Survey du 8 juin au 19 juillet 2021. Le courriel d'invitation indiquait à ceux qui n'étaient pas à l'emploi en CHSLD durant la première vague de ne pas donner suite à l'enquête. Pendant cette période, trois relances ont été effectuées à intervalle d'environ deux semaines auprès des personnes n'ayant pas rempli le questionnaire. Au total, 2 365 employés et médecins, ayant travaillé dans les installations ciblées entre le 1^{er} mars et le 30 juin 2020, ont rempli le questionnaire. Les participants étaient appelés, pour la plupart des questions, à se référer à l'expérience vécue durant la première vague de la pandémie de COVID-19 au Québec (du 1^{er} mars au 30 juin 2020), période qui était visée par l'enquête. Compte tenu des réseves exprimées ci-dessous quant aux listes d'envoi, le taux de réponse réel n'a pu être calculé avec précision.

En ce qui concerne les établissements privés, un contact a été effectué par le bureau du Commissaire à la santé et au bien-être auprès des différentes associations (Association des établissements privés conventionnés, Association des établissements de longue durée privés du Québec, Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec et Regroupement québécois des résidences pour aînés) en vue de présenter le projet. À défaut de pouvoir constituer des listes d'employés couvrant les milliers d'établissements privés, il a été convenu avec les associations qu'elles assureraient le relais de notre invitation à leurs membres respectifs (gestionnaires/propriétaires). Ces derniers étaient encouragés à promouvoir l'enquête auprès de leurs employés et à leur transmettre l'hyperlien permettant de remplir le questionnaire. Ce sont au final 364 personnes qui ont rempli le questionnaire. Une majorité des répondants (75 %) était les gestionnaires/propriétaires eux-mêmes. Nous avons ainsi conclu que la stratégie de collecte utilisée, dans les délais impartis et avec les contraintes d'accès aux employés, n'a pas permis de constituer un échantillon représentatif et valide pour les établissements privés. Ils sont donc exclus de l'analyse présentée dans ce rapport.

3.4 Analyses statistiques

Dans un premier temps, des analyses descriptives ont été réalisées afin de dresser le portrait de l'expérience au travail du personnel. Mises à part les caractéristiques sociodémographiques et d'emploi, toutes les variables ont été examinées lors d'analyses sur l'échantillon global et par catégorie d'emploi. Concernant les variables continues, mesurées par un score, les seuils dits favorables ou défavorables ont été déterminés simplement à partir des échelles originales (ex. : pour une échelle à 4 points, 1 et 2 étaient dans la zone défavorable alors que 3 et 4 étaient dans la zone favorable). Pour ces variables, une analyse de variance (ANOVA) a été réalisée pour identifier les différences statistiquement significatives entre les catégories d'emploi. Pour les variables dichotomiques ou catégorielles, un test du Chi-deux a été appliqué.

Dans un deuxième temps, trois séries de régressions logistiques ont été effectuées :

1. La première série a cherché à identifier les catégories d'emploi les plus associées à l'intention de quitter son emploi, en tenant compte des autres caractéristiques sociodémographiques et d'emploi.
2. La deuxième série a cherché à identifier les facteurs psychosociaux associés à l'intention de quitter son emploi pour l'ensemble de l'échantillon, en utilisant un modèle qui inclut les ressources de soutien psychosocial et les demandes de nature psychosociale (variables indépendantes) ainsi que les caractéristiques sociodémographiques et d'emploi (variables de contrôle).
3. La troisième série a cherché à identifier les facteurs psychosociaux associés à l'intention de quitter son emploi respectivement et de manière plus spécifique chez les infirmières (et inhalothérapeutes) et les PAB. Le modèle inclut les ressources de soutien psychosocial et les demandes de nature psychosociale (variables indépendantes) ainsi que les caractéristiques sociodémographiques et d'emploi (variables de contrôle).

Avant de procéder aux analyses multivariées, une analyse de corrélation entre les variables indépendantes a été effectuée. Plusieurs variables ont été ainsi éliminées en raison d'une trop forte corrélation (coef. de corrélation $\geq 0,50$) avec d'autres : capacité démontrée de l'équipe à réagir à des situations imprévues (corrélée avec la variable « préparation de l'équipe à faire face à des situations imprévues »), ambiguïté de rôle (corrélée avec la variable « conflit de rôle », langue parlée (corrélée avec le statut d'immigrant), nombre d'années d'expérience (corrélée avec l'âge), quart de travail (corrélée avec l'âge). En ce qui concerne le fonctionnement de l'équipe de travail, une seule des quatre variables (cohésion de l'équipe) a été retenue en raison de la corrélation avec les trois autres variables (leadership, coordination, communication). Les deux dernières séries de régressions excluent également la catégorie d'emploi, puisque cette dernière est fortement associée aux indicateurs de ressources et de demandes.

4 – RÉSULTATS

4.1 Portrait de l'échantillon : caractéristiques sociodémographiques et d'emploi

Ce sont 2 365 travailleurs œuvrant dans les CHSLD publics qui ont répondu à l'enquête. Le tableau 1, portant sur les caractéristiques sociodémographiques, montre que l'échantillon constitué compte 84,9 % de femmes, reflétant la proportion largement majoritaire des femmes dans la main-d'œuvre du secteur de la santé et des services sociaux. L'âge moyen des répondants est de 45 ans. Vingt-neuf pour cent (29 %) ont moins de 40 ans. L'échantillon reflète le niveau de scolarisation relativement plus faible qui caractérise ce secteur de soins. Cinquante pour cent des répondants (49,9 %) n'ont pas dépassé le niveau des études secondaires. Sur le plan de la diversité, l'échantillon global montre qu'une majorité de répondants est née au Canada (75,1 %) et 89,6 % indiquent le français comme langue parlée à la maison. Seulement un travailleur sur cinq appartient à une minorité visible. Mais ces chiffres cachent d'importantes variations entre la grande région de Montréal et le reste du Québec. Dans les quatre établissements de l'Île de Montréal et de Laval, la proportion de travailleurs issus de l'immigration se situe entre 40 % à 54 % alors qu'elle reste en deçà de 17 % pour les cinq autres établissements.

Le tableau 2, portant sur les caractéristiques d'emploi, montre qu'une majorité des répondants (71 %) relève de l'équipe de soins : infirmières et inhalothérapeutes (13,2 %), infirmières auxiliaires (13,8 %) et préposés aux bénéficiaires (44 %). Le personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers (excluant les PAB) compte pour 10,8 %. Les autres catégories de personnel (techniciens et professionnels de l'administration ; techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux ; personnel d'encadrement et médecins) restent chacune en deçà de 5 % de l'échantillon. En ce qui concerne la distribution géographique, les quatre CIUSSS et CISSS (établissements 1 à 4) dont les territoires ont constitué l'épicentre de la première vague (Montréal et Laval) comptent pour 39,4 % des répondants. Les trois CISSS situés en périphérie de Montréal, touchés à des degrés divers par la première vague (établissements 5, 6 et 7) comptent pour 29 % des répondants tandis que les deux CIUSSS en dehors de la grande région métropolitaine (établissements 8 et 9), très peu touchés par la première vague, comptent pour 31,7 % des répondants. Une majorité des travailleurs (64,5 %) indiquaient avoir cumulé au moins cinq ans d'expérience dans l'exercice de leur occupation, mais la proportion occupant un poste permanent à temps complet restait relativement modeste, à 61,8 %. Une majorité de répondants étaient affectés à un quart de jour (60,1 %).

Tableau 1 : Distribution des travailleurs en CHSLD publics ayant participé à l'enquête selon les caractéristiques sociodémographiques

	n	%
Nombre total de participants	2 365	
Genre		
Femme	2 007	84,9
Homme	358	15,1
Groupe d'âge		
Âge moyen	45,2 ans (s=10,8)	
Moins de 30 ans	234	9,9
30-39 ans	452	19,1
40-49 ans	766	32,4
50-59 ans	724	30,6
60 ans ou plus	189	8,0
Niveau de scolarité		
Études secondaires ou moins	1 181	49,9
Collégiales	523	22,1
Universitaires 1 ^{er} cycle	467	19,7
Universitaires 2-3 ^e cycle	194	8,2
Statut d'immigrant		
Né au Canada	1 775	75,1
Immigrant depuis moins de 5 ans	70	3,0
Immigrant depuis 5-9 ans	103	4,4
Immigrant depuis 10 ans ou plus	417	17,6
Appartenance à une minorité visible		
Non	1 852	78,3
Oui	513	21,7
Langue parlée à la maison		
Français	2 120	89,6
Anglais	83	3,5
Autre langue	162	6,8
État civil		
Célibataire/Séparé/Divorcé/Veuf	872	36,9
Marié/Union de fait	1 493	63,1

Tableau 2 : Distribution des travailleurs en CHSLD publics ayant participé à l'enquête selon les caractéristiques d'emploi

	n	%
Catégorie d'emploi		
Préposés aux bénéficiaires	1 040	44,0
Infirmières et inhalothérapeutes	313	13,2
Infirmières auxiliaires	326	13,8
Médecins	37	1,6
Personnel paratechnique (excluant PAB)	255	10,8
Personnel administratif	87	3,7
Techniciens de la santé et services sociaux	92	3,9
Professionnels de la santé et services sociaux	110	4,7
Cadres/gestionnaires	105	4,4
Établissement (CISSS et CIUSSS)		
Établissement #1	244	10,3
Établissement #2	343	14,5
Établissement #3	222	9,4
Établissement #4	123	5,2
Établissement #5	215	9,1
Établissement #6	295	12,5
Établissement #7	174	7,4
Établissement #8	307	13,0
Établissement #9	442	18,7
Statut d'emploi		
Permanent – Temps plein	1 462	61,8
Permanent – Temps partiel	529	22,4
Temporaire – Temps plein	249	10,5
Temporaire – Temps partiel	125	5,3
Année d'expérience dans l'occupation		
Moins d'un an	122	5,2
1-4.9 ans	719	30,4
5-9.9 ans	416	17,6
10-14.9 ans	411	17,4
15-19.9 ans	236	10,0
20 ans ou plus	461	19,5
Quart de travail		
Jour	1 458	61,6
Soir	566	23,9
Nuit	249	10,5
En rotation	92	3,9

4.2 Ressources offertes aux travailleurs

4.2.1 Soutien psychosocial

Les tableaux 3 à 5 présentent les résultats concernant le soutien psychosocial perçu par les travailleurs durant la première vague, tel que mesuré sur cinq dimensions :

- *Le soutien du supérieur immédiat.*

Si le score moyen de 2,92, sur un maximum possible de 4, s'approche du seuil favorable (score ≥ 3), seulement 57,8 % des répondants atteignent ce seuil et témoignent d'un soutien satisfaisant de leur supérieur. Ce pourcentage est plus faible chez le personnel en soins infirmiers, incluant les infirmières et inhalothérapeutes, les infirmières auxiliaires et les PAB (48,5 % à 55,4 %) en comparaison aux autres groupes (60,8 % à 85,7 %). Plus du quart (27,6 %) des répondants ont jugé que ce soutien était déjà insatisfaisant avant le début de la pandémie.

- *Le soutien des collègues.*

Les résultats obtenus pour le soutien des pairs tranchent avec le soutien du supérieur, non seulement avec un score moyen plus élevé (3,16 sur un maximum possible de 4), mais aussi avec une plus large proportion de répondants (74,5 %) ayant témoigné d'un soutien satisfaisant de leurs pairs (score ≥ 3). Ce soutien est perçu plus faiblement chez les PAB (69,4 % avec un score ≥ 3) et les autres types de personnel paratechnique (65,5 %) en comparaison aux autres groupes (78,3 % à 89,1 %). Seulement 9,7 % des répondants ont jugé que ce soutien était insatisfaisant avant le début de la pandémie.

- *La latitude décisionnelle.*

Le score moyen de 2,81 pour l'ensemble de l'échantillon reste en deçà du seuil favorable (score ≥ 3). Le pourcentage de répondants témoignant d'une latitude décisionnelle favorable reste en deçà de 40 % pour quatre groupes : personnel administratif (37,9 %), infirmières auxiliaires (31,3 %), PAB (26,7 %) et les autres types de personnel paratechnique (17,3 %). Ce pourcentage va de 55 à 92 % pour les autres groupes. 83,7 % des répondants ont jugé que leur latitude décisionnelle était à leur satisfaction avant la pandémie.

- *Le contexte de l'équipe de travail.*

- La préparation de l'équipe à faire face aux situations imprévues. Le score moyen de 3,28 sur un maximum possible de 5 pour l'ensemble de l'échantillon reste en deçà du seuil favorable (score ≥ 4). À peine la moitié des répondants, soit 48,7 %, ont estimé que leur équipe a su mettre en place des dispositions assurant une préparation à des situations imprévues et 9 % ont jugé que cette capacité a diminué dans le contexte de la première vague.
- La capacité démontrée à réagir aux situations imprévues. Le score moyen de 3,45 pour l'ensemble de l'échantillon reste en deçà du seuil favorable (score ≥ 4). 57,5 % des répondants ont estimé que leur équipe a su bien réagir aux situations imprévues et 8 % ont jugé que cette capacité de réaction a diminué dans le contexte de la première vague.
- Le fonctionnement de l'équipe de travail. Près du quart des répondants a témoigné d'une détérioration de divers aspects relatifs au fonctionnement de l'équipe de travail durant la première vague : leadership du supérieur immédiat dans son soutien à l'équipe (22,8 %) ; communication au sein de l'équipe (24,2 %) ; coordination au sein de l'équipe (24,3 %) ; cohésion de l'équipe (23,6 %).

- *L'accès à des services de soutien psychologique.*

57,4 % de travailleurs ont indiqué avoir eu accès à une ligne d'aide téléphonique et 45,9 % ont témoigné d'un accès à du soutien psychologique en ligne, des proportions qui reflètent une relative méconnaissance de ressources pourtant existantes ou une difficulté d'y accéder pour certains groupes. Cette proportion est plus faible, tombant à 29 %, pour ce qui concerne la disponibilité de ce type de services directement sur le milieu de travail.

De manière générale, les résultats montrent que les médecins et les cadres ont un meilleur accès à divers types de ressources psychosociales (soutien du supérieur, soutien des pairs, latitude décisionnelle) tandis que les préposés aux bénéficiaires et autres types de personnel paratechnique témoignent d'un plus faible accès aux mêmes ressources.

Tableau 3 : Soutien du supérieur et des collègues et latitude décisionnelle selon la catégorie d'emploi, travailleurs en CHSLD publics, de mars à juin 2020

	Soutien du supérieur			Soutien des collègues			Latitude décisionnelle		
	Score moyen (sur 4) ¹	% ayant un score favorable (≥ 3 sur 4) ¹	% rapportant un soutien satisfaisant avant la pandémie ²	Score moyen (sur 4) ¹	% ayant un score favorable (≥ 3 sur 4) ¹	% rapportant un soutien satisfaisant avant la pandémie ²	Score moyen (sur 4) ¹	% ayant un score favorable (≥ 3 sur 4) ¹	% rapportant une latitude décisionnelle satisfaisante avant la pandémie ²
Total	2,92	57,8 %	72,4 %	3,16	74,5 %	90,3 %	2,81	36,8 %	83,3 %
Préposés aux bénéficiaires	2,89	55,4 %	70,1 %	3,10	69,4 %	87,4 %	2,73	26,7 %	79,3 %
Infirmières et inhalothérapeutes	2,88	55,0 %	71,2 %	3,19	78,9 %	93,6 %	3,00	56,2 %	84,5 %
Infirmières auxiliaires	2,82	48,5 %	64,2 %	3,21	79,4 %	93,1 %	2,77	31,3 %	84,5 %
Médecins	3,20	75,7 %	87,9 %	3,49	94,6 %	100 %	3,33	91,9 %	94,1 %
Personnel paratechnique (excluant PAB)	2,95	60,8 %	73,1 %	3,03	65,5 %	88,6 %	2,58	17,3 %	83,6 %
Personnel administratif	3,11	69,0 %	86,3 %	3,31	83,9 %	92,7 %	2,81	37,9 %	89,0 %
Techniciens de la santé et services sociaux	3,00	63,0 %	82,1 %	3,22	78,3 %	89,5 %	3,01	55,4 %	92,0 %
Professionnels de la santé et services sociaux	2,99	62,7 %	79,0 %	3,34	89,1 %	96,0 %	3,04	62,7 %	89,1 %
Cadres/gestionnaires	3,29	85,7 %	91,0 %	3,32	85,7 %	92,0 %	3,20	79,0 %	92,0 %
p (ANOVA)/p (Chi-Deux)	< ,001	< ,001	< ,001	< ,001	< ,001	,002	< ,001	< ,001	< ,001

1. Tous les participants sont inclus (n=2 365) sauf exception (note 2).

2. Les participants ayant coché le choix de réponse « Non applicable » sont exclus.

Tableau 4 : Contexte de l'équipe de travail selon la catégorie d'emploi, travailleurs en CHSLD publics, de mars à juin 2020

	Préparation à faire face à des situations imprévues			Réaction face aux situations et aux événements imprévus			Fonctionnement de l'équipe			
	Score moyen (sur 5) ¹	% ayant un score favorable (≥ 4 sur 5) ¹	% déclarant que la préparation de l'équipe à faire face à des imprévus a diminué ²	Score moyen (sur 5) ¹	% ayant un score favorable (≥ 4 sur 5) ¹	% déclarant la capacité de l'équipe à réagir aux imprévus a diminué ²	% déclarant que le leadership du supérieur immédiat s'est détérioré ²	% déclarant que la communication au sein de l'équipe s'est détériorée ²	% déclarant que la coordination au sein de l'équipe s'est détériorée ²	% déclarant que la cohésion de l'équipe s'est détériorée ²
Total	3,28	48,7 %	9,0 %	3,45	57,5 %	8,1 %	22,8 %	24,2 %	24,3 %	23,6 %
Préposés aux bénéficiaires	3,29	48,8 %	6,7 %	3,49	58,1 %	5,9 %	20,5 %	22,7 %	22,5 %	21,6 %
Infirmières et inhalothérapeutes	3,17	47,9 %	13,8 %	3,19	51,4 %	13,8 %	30,1 %	29,3 %	29,9 %	30,2 %
Infirmières auxiliaires	3,33	47,5 %	9,2 %	3,47	58,6 %	8,8 %	24,6 %	24,5 %	22,6 %	22,3 %
Médecins	3,70	73,0 %	5,9 %	3,70	56,8 %	5,9 %	14,8 %	6,1 %	21,2 %	18,2 %
Personnel paratechnique (excluant PAB)	3,23	48,2 %	9,3 %	3,37	54,5 %	9,0 %	20,4 %	23,5 %	25,7 %	26,0 %
Personnel administratif	3,47	51,7 %	6,7 %	3,69	65,5 %	6,8 %	18,4 %	20,0 %	15,8 %	18,2 %
Techniciens de la santé et services sociaux	3,03	34,8 %	12,3 %	3,28	48,9 %	8,6 %	28,9 %	25,6 %	27,4 %	23,8 %
Professionnels de la santé et services sociaux	3,11	44,5 %	11,5 %	3,52	63,6 %	8,7 %	26,7 %	29,8 %	34,0 %	29,8 %
Cadres/gestionnaires	3,46	60,0 %	12,6 %	3,66	68,6 %	8,7 %	19,2 %	25,3 %	23,5 %	21,0 %
p (ANOVA)/p (Chi-Deux)	,002	< ,001	,015	< ,001	< ,001	,011	,021	,077	,038	,062

1. Tous les participants sont inclus (n=2 365) sauf exception (note 2).

2. Les participants ayant coché le choix de réponse « Non applicable » sont exclus.

Tableau 5 : Soutien psychologique aux travailleurs en CHSLD publics, selon la catégorie d'emploi, de mars à juin 2020

	Proportion des répondants déclarant avoir eu accès à...		
	une ligne d'aide téléphonique ¹	du soutien psychologique en ligne ¹	du soutien psychologique directement sur le milieu de travail ¹
Total	57,4 %	45,9 %	29,0 %
Préposés aux bénéficiaires	55,5 %	45,1 %	28,0 %
Infirmières et inhalothérapeutes	59,2 %	45,9 %	27,5 %
Infirmières auxiliaires	48,4 %	38,9 %	23,2 %
Médecins	58,8 %	47,1 %	18,2 %
Personnel paratechnique (excluant PAB)	54,4 %	42,3 %	24,2 %
Personnel administratif	69,2 %	61,5 %	30,4 %
Techniciens de la santé et services sociaux	66,7 %	54,4 %	37,8 %
Professionnels de la santé et services sociaux	69,5 %	47,6 %	36,6 %
Cadres/gestionnaires	75,8 %	63,0 %	60,8 %
p (Chi-deux)	< ,001	< ,001	< ,001

1. Les participants ayant coché le choix de réponse « Non applicable » sont exclus.

4.2.2 Soutien en matière de santé et sécurité au travail

Les tableaux 6 à 12 présentent les résultats concernant le soutien en matière de santé et de sécurité au travail, tel que perçu par les travailleurs durant la première vague. La matérialisation de ce soutien a été mesurée sur quatre dimensions :

- *L'utilisation des équipements de protection individuelle.*

Lors des contacts avec un usager non suspecté d'avoir la COVID-19, 84,1 % des répondants ont toujours porté un masque de procédure ou un masque N95, 64,6 % une protection oculaire, 60 % des gants et 29,3 % une blouse (tableau 6). Une tendance plus forte à l'utilisation des EPI a été observée chez le personnel en soins infirmiers et les médecins par rapport aux autres catégories de travailleurs. Lorsque les travailleurs ont été exposés aux usagers non suspectés d'avoir la COVID-19, l'EPI complet (masque, protection oculaire, gants, blouse) n'était porté que par 22,7 % d'entre eux.

Lors des contacts avec un usager positif à la COVID-19, 93,2 % ont toujours porté un masque de procédure ou un masque N95, 85,6 % une protection oculaire, 91,4 % des gants et 83 % une blouse (tableau 6). Dans ces situations, l'EPI complet était porté par 74,8 % d'entre eux.

L'analyse par région (tableau 7) montre que les CISSS et CIUSSS de Montréal et Laval, qui ont constitué l'épicentre de la première vague, se sont aussi distingués par une proportion significativement plus forte de répondants n'ayant pas systématiquement utilisé les EPI. Jusqu'à 10 % des répondants de Montréal et Laval indiquaient qu'ils n'ont pas toujours utilisé le masque lors de contacts avec des usagers positifs contre moins de 5 % dans les autres territoires. Jusqu'à 30 % des répondants de Montréal et Laval indiquaient ne pas avoir utilisé systématiquement l'EPI complet dans les mêmes circonstances contre 18 % dans les territoires périphériques à ces deux régions. Ces chiffres reflètent sans doute la pénurie d'équipements qui a prévalu à l'époque et leur utilisation parcimonieuse dans les territoires les plus affectés, mais ils peuvent aussi indiquer des problèmes d'organisation et de préparation des milieux. Les principales raisons évoquées pour ne pas avoir été en mesure de toujours utiliser les EPI lors des contacts avec des patients COVID-19 étaient par ordre de fréquence (tableau 8) : le manque d'équipement (45 %), le suivi des consignes de l'employeur (34,4 %), la difficulté d'accès à l'équipement (23 %), l'absence d'information sur le statut positif à la COVID-19 de l'usager (22,1 %), l'urgence de la situation à laquelle il fallait répondre (12,2 %), le manque d'information et de connaissances (11,7 %), le manque de temps (4,2 %) et par oubli (3,2 %).

- *L'accès aux tests de dépistage.*

Dans toutes les catégories d'emploi, une majorité de répondants (77,3 % en moyenne) ont indiqué leur satisfaction quant à l'accès aux tests de dépistage de la COVID-19 (tableau 9). Une majorité de 71,5 % des travailleurs ont aussi témoigné de leur satisfaction par rapport au délai d'obtention des résultats des tests de dépistage.

- *La formation et la communication en prévention et contrôle des infections (tableau 10).*

En matière de communication, 92,6 % des répondants ont indiqué avoir eu accès à l'information affichée dans l'installation sur la prévention et le contrôle des infections (PCI), mais cette proportion tombe à 83,9 % en ce qui concerne l'information transmise plus directement (ex. : par courriel). En matière de formation, 81,4 % ont indiqué avoir eu accès à des activités formelles. Cependant, seulement 70,3 % ont témoigné avoir pu bénéficier de rétroactions sur leurs pratiques de PCI ou d'exercices pratiques sur l'utilisation des EPI. 23,9 % indiquent n'avoir pas toujours eu accès à l'information concernant le statut COVID-19 des usagers. Les données indiquent un accès plus limité du personnel administratif et du personnel paratechnique (PAB exclus) à la formation et l'information en PCI.

- *Le soutien du bureau de santé et de sécurité du travail et le soutien des syndicats (tableau 11).*

Un peu plus de la moitié des répondants (56,1 %) ont témoigné de leur satisfaction par rapport au soutien reçu du bureau de santé et de sécurité du travail de leur établissement. Cette proportion est moindre (42,8 %) en ce qui concerne la satisfaction par rapport au soutien reçu des syndicats.

Tableau 6 : Utilisation de l'équipement de protection individuelle par les travailleurs en CHSLD publics, selon la catégorie d'emploi, de mars à juin 2020

	Proportion des répondants indiquant avoir toujours porté...													
	le masque de procédure		le masque N95		le masque de procédure OU le masque N95		une protection oculaire		des gants		une blouse		l'équipement complet	
Lors de contacts avec les...	usagers non suspectés ¹	usagers positifs à la COVID-19 ¹	usagers non suspectés ¹	usagers positifs à la COVID-19 ¹	usagers non suspectés ²	usagers positifs à la COVID-19 ²	usagers non suspectés ¹	usagers positifs à la COVID-19 ¹	usagers non suspectés ¹	usagers positifs à la COVID-19 ¹	usagers non suspectés ¹	usagers positifs à la COVID-19 ¹	usagers non suspectés ²	usagers positifs à la COVID-19 ²
Total	84,1 %	92,8 %	2,3 %	12,5 %	84,1 %	93,2 %	64,6 %	85,6 %	60,0 %	91,4 %	29,3 %	83,0 %	22,7 %	74,8 %
Préposés aux bénéficiaires	85,7 %	92,3 %	2,9 %	15,2 %	85,7 %	92,6 %	71,8 %	86,6 %	78,0 %	94,6 %	31,8 %	81,0 %	26,1 %	74,7 %
Infirmières et inhalothérapeutes	81,7 %	93,4 %	1,4 %	10,4 %	81,7 %	95,2 %	57,7 %	86,3 %	49,0 %	93,8 %	26,3 %	90,7 %	20,8 %	81,1 %
Infirmières auxiliaires	82,5 %	91,0 %	2,3 %	10,7 %	83,1 %	91,1 %	65,7 %	85,1 %	53,3 %	91,1 %	28,1 %	83,4 %	22,1 %	77,0 %
Médecins	94,6 %	100,0 %	2,9 %	0,0 %	94,6 %	100,0 %	44,4 %	90,9 %	44,4 %	90,5 %	30,6 %	90,9 %	18,9 %	77,3 %
Personnel paratechnique (excluant PAB)	89,1 %	95,6 %	3,4 %	13,5 %	88,3 %	95,6 %	60,6 %	79,5 %	56,4 %	86,6 %	32,7 %	77,8 %	22,2 %	65,0 %
Personnel administratif	82,0 %	92,9 %	2,2 %	18,2 %	82,3 %	90,0 %	47,4 %	64,0 %	16,7 %	48,1 %	19,2 %	60,0 %	12,9 %	38,7 %
Techniciens de la santé et services sociaux	77,5 %	89,2 %	0,0 %	3,6 %	77,5 %	89,2 %	56,2 %	87,7 %	21,8 %	81,5 %	19,5 %	78,5 %	14,6 %	73,8 %
Professionnels de la santé et services sociaux	75,2 %	93,5 %	1,0 %	3,4 %	76,2 %	95,2 %	51,9 %	85,5 %	26,7 %	91,9 %	23,8 %	91,9 %	17,1 %	83,9 %
Cadres/gestionnaires	81,0 %	96,1 %	0,0 %	11,9 %	81,0 %	96,1 %	55,0 %	90,9 %	32,6 %	86,7 %	29,3 %	90,8 %	17,8 %	79,2 %
p (Chi-deux)	,007	,477	,475	,020	,020	,265	< ,001	,025	< ,001	< ,001	,089	< ,001	,024	< ,001

1. Les participants ayant coché le choix de réponse « Non applicable » sont exclus.

2. Les participants ayant coché TOUS les choix de réponse « Non applicable » sont exclus.

Tableau 7 : Utilisation de l'équipement de protection individuelle par les travailleurs en CHSLD publics, par établissement, de mars à juin 2020

	Proportion des répondants indiquant avoir toujours porté...													
	le masque de procédure		le masque N95		le masque de procédure OU le masque N95		une protection oculaire		des gants		une blouse		l'équipement complet	
Lors de contacts avec les...	usagers non suspectés ¹	usagers positifs à la COVID-19 ¹	usagers non suspectés ¹	usagers positifs à la COVID-19 ¹	usagers non suspectés ²	usagers positifs à la COVID-19 ²	usagers non suspectés ¹	usagers positifs à la COVID-19 ¹	usagers non suspectés ¹	usagers positifs à la COVID-19 ¹	usagers non suspectés ¹	usagers positifs à la COVID-19 ¹	usagers non suspectés ²	usagers positifs à la COVID-19 ²
Total	84,1 %	92,8 %	2,3 %	12,5 %	84,1 %	93,2 %	64,6 %	85,6 %	60,0 %	91,4 %	29,3 %	83,0 %	22,7 %	74,8 %
Régions de Montréal et Laval	76,3 %	90,1 %	2,6 %	11,9 %	76,4 %	90,6 %	56,4 %	80,4 %	60,8 %	89,5 %	33,7 %	80,4 %	24,7 %	70,8 %
Périphérie de la région métropolitaine de Montréal	89,5 %	96,1 %	2,4 %	14,6 %	89,6 %	96,8 %	74,1 %	92,4 %	64,1 %	95,2 %	27,4 %	87,6 %	22,7 %	82,0 %
Extérieur de la région métropolitaine de Montréal	88,6 %	94,5 %	1,9 %	11,1 %	88,5 %	94,3 %	65,7 %	88,0 %	55,3 %	90,6 %	25,6 %	82,6 %	20,4 %	74,4 %
p (Chi-deux)	< ,001	< ,001	,662	,291	< ,001	< ,001	< ,001	< ,001	,003	,002	,001	,004	,122	< ,001

1. Les participants ayant coché le choix de réponse « Non applicable » sont exclus.

2. Les participants ayant coché TOUS les choix de réponse « Non applicable » sont exclus.

Tableau 8 : Raisons évoquées pour la non-utilisation des équipements de protection individuelle par les travailleurs en CHSLD publics, selon la catégorie d'emploi, de mars à juin 2020

	Raison pour laquelle les répondants n'ont pas toujours fait usage de l'équipement de protection individuelle (%)							
	Manque d'équipement ¹	Consigne de l'employeur ¹	Difficulté d'accès à l'équipement ¹	Absence d'information sur le statut positif à la COVID-19 de l'usager ¹	Situations d'urgence ¹	Manque d'information ou de connaissances ¹	Manque de temps ¹	Par oubli ¹
Total¹	45,0 %	34,4 %	23,0 %	22,1 %	12,2 %	11,7 %	4,2 %	3,2 %
Préposés aux bénéficiaires	48,1 %	29,5 %	23,1 %	24,0 %	13,6 %	11,3 %	4,8 %	3,6 %
Infirmières et inhalothérapeutes	42,8 %	41,8 %	29,9 %	16,5 %	14,9 %	10,3 %	4,1 %	2,6 %
Infirmières auxiliaires	53,2 %	36,8 %	20,5 %	20,0 %	13,2 %	13,7 %	3,7 %	1,6 %
Médecins	33,3 %	9,5 %	33,3 %	28,6 %	14,3 %	0,0 %	14,3 %	14,3 %
Personnel paratechnique (excluant PAB)	33,9 %	28,3 %	15,0 %	19,7 %	8,7 %	15,7 %	3,1 %	3,1 %
Personnel administratif	33,3 %	20,8 %	16,7 %	29,2 %	8,3 %	4,2 %	12,5 %	4,2 %
Techniciens de la santé et services sociaux	43,6 %	49,1 %	27,3 %	23,6 %	7,3 %	16,4 %	1,8 %	3,6 %
Professionnels de la santé et services sociaux	45,6 %	56,1 %	22,8 %	26,3 %	1,8 %	12,3 %	1,8 %	3,5 %
Cadres/gestionnaires	26,4 %	47,2 %	18,9 %	20,8 %	7,5 %	7,5 %	0,0 %	1,9 %
p (Chi-deux)	,002	< ,001	,099	,461	,123	,313	,074	,211

1. Les participants ayant toujours utilisé l'équipement de protection individuelle sont exclus.

Tableau 9 : Satisfaction par rapport à l'accès aux tests de dépistage des travailleurs en CHSLD publics, selon la catégorie d'emploi, de mars à juin 2020

	Proportion des répondants déclarant être satisfaits ou très satisfaits...	
	de l'accès aux tests de dépistage de la COVID-19 ¹	du délai d'obtention des résultats des tests de dépistage de la COVID-19 ¹
Total	77,3 %	71,5 %
Préposés aux bénéficiaires	79,0 %	73,1 %
Infirmières et inhalothérapeutes	75,4 %	71,1 %
Infirmières auxiliaires	75,9 %	70,5 %
Médecins	70,3 %	63,9 %
Personnel paratechnique (excluant PAB)	74,1 %	72,1 %
Personnel administratif	87,8 %	83,1 %
Techniciens de la santé et services sociaux	75,9 %	71,3 %
Professionnels de la santé et services sociaux	74,8 %	69,2 %
Cadres/gestionnaires	75,2 %	55,2 %
p (Chi-deux)	,199	,005

1. Les participants ayant coché le choix de réponse « Non applicable » sont exclus.

Tableau 10 : Soutien en matière de prévention et de contrôle des infections aux travailleurs en CHSLD publics, selon la catégorie d'emploi, de mars à juin 2020

	Proportion des répondants déclarant avoir eu accès à...						
	des formations en PCI ¹	de l'information écrite (ex. : courriels) sur la PCI ¹	de l'information affichée sur la PCI ¹	des rétroactions sur les pratiques de PCI ¹	des exercices pratiques sur l'utilisation des EPI ¹	de l'information pour connaître le statut COVID-19 des usagers ¹	toutes les ressources en matière de PCI ²
Total	81,4 %	83,9 %	92,6 %	70,3 %	70,7 %	76,1 %	42,9 %
Préposés aux bénéficiaires	81,7 %	78,5 %	91,5 %	73,4 %	74,1 %	75,4 %	44,0 %
Infirmières et inhalothérapeutes	82,1 %	91,0 %	95,2 %	74,3 %	70,7 %	86,7 %	49,7 %
Infirmières auxiliaires	87,8 %	88,1 %	94,4 %	74,7 %	74,9 %	84,4 %	52,0 %
Médecins	91,7 %	91,7 %	94,6 %	62,2 %	67,6 %	88,9 %	40,5 %
Personnel paratechnique (excluant PAB)	66,0 %	75,2 %	86,2 %	57,2 %	55,8 %	56,3 %	25,5 %
Personnel administratif	60,6 %	90,4 %	94,0 %	57,3 %	54,3 %	54,7 %	16,7 %
Techniciens de la santé et services sociaux	86,5 %	92,4 %	93,5 %	64,1 %	69,6 %	68,9 %	40,2 %
Professionnels de la santé et services sociaux	90,5 %	94,5 %	95,4 %	58,5 %	56,5 %	68,6 %	26,4 %
Cadres/gestionnaires	89,4 %	97,1 %	99,0 %	76,2 %	88,3 %	94,1 %	67,6 %
p (Chi-deux)	< ,001	< ,001	< ,001	< ,001	< ,001	< ,001	< ,001

1. Les participants ayant coché le choix de réponse « Non applicable » sont exclus.

2. Toutes les ressources présentées précédemment dans le tableau. Les participants ayant coché TOUS les choix de réponse « Non applicable » sont exclus.

Tableau 11 : Soutien du bureau de santé et sécurité au travail et des syndicats aux travailleurs en CHSLD publics, selon la catégorie d'emploi, de mars à juin 2020

	Proportion des répondants déclarant être satisfaits ou très satisfaits...	
	du soutien du bureau de santé et sécurité au travail ¹	du soutien des syndicats ²
Total	56,1 %	42,8 %
Préposés aux bénéficiaires	59,6 %	42,6 %
Infirmières et inhalothérapeutes	45,8 %	41,0 %
Infirmières auxiliaires	49,1 %	39,8 %
Médecins	78,6 %	100,0 %
Personnel paratechnique (excluant PAB)	50,9 %	39,8 %
Personnel administratif	82,6 %	46,3 %
Techniciens de la santé et services sociaux	46,7 %	58,0 %
Professionnels de la santé et services sociaux	57,4 %	50,6 %
Cadres/gestionnaires	66,0 %	N/A
p (Chi-deux)	< ,001	,038

1. Les participants ayant coché le choix de réponse « Non applicable ».

2. Les participants ayant coché le choix de réponse « Non applicable » et les cadres/gestionnaires sont exclus.

4.2.3 Soutien clinico-administratif

Le tableau 12 présente les résultats concernant le soutien clinico-administratif, tel que perçu par les travailleurs durant la première vague. La matérialisation de ce soutien a été mesurée par l'accès à divers outils et ressources clinico-administratifs : plans d'intervention, protocoles d'urgence et accès à une personne-ressource. Les données recueillies témoignent d'un niveau modeste d'accès des travailleurs à ces divers types de soutien. Une proportion de 60,6 % indique avoir pu s'appuyer sur des plans d'intervention pour effectuer leur travail. Cette proportion tombe à 43,4 % en ce qui concerne l'accès à des protocoles pour faire face à des situations imprévues. Deux tiers des travailleurs (65,6 %) ont déclaré avoir eu accès à une personne-ressource à laquelle ils pouvaient se référer pour obtenir un conseil quand ils en avaient besoin.

Tableau 12 : Soutien clinico-administratif aux travailleurs en CHSLD publics selon la catégorie d'emploi, de mars à juin 2020

	Proportion des répondants déclarant avoir eu accès à...		
	des plans d'intervention ¹	des protocoles pour faire face à des situations imprévues ¹	une personne-ressource ¹
Total	60,6 %	43,4 %	65,6 %
Préposés aux bénéficiaires	60,7 %	43,2 %	60,1 %
Infirmières et inhalothérapeutes	69,2 %	49,0 %	80,0 %
Infirmières auxiliaires	55,7 %	46,7 %	65,0 %
Médecins	79,4 %	54,1 %	67,6 %
Personnel paratechnique (excluant PAB)	52,2 %	37,8 %	62,3 %
Personnel administratif	58,6 %	44,9 %	66,7 %
Techniciens de la santé et services sociaux	51,1 %	25,6 %	58,7 %
Professionnels de la santé et services sociaux	48,6 %	21,7 %	64,5 %
Cadres/gestionnaires	85,9 %	65,0 %	91,3 %
p (Chi-deux)	< ,001	< ,001	< ,001

1. Les participants ayant coché le choix de réponse « Non applicable » sont exclus.

4.2.4 Soutien matériel

Le tableau 13 ci-après présente les résultats concernant le soutien matériel, tel que perçu par les travailleurs durant la première vague. Ce soutien a été mesuré par l'accès à diverses ressources d'aide matérielle. La principale forme de soutien rapportée par 47,6 % des répondants a été l'aménagement de salles de répit mises à leur disposition par leur établissement. Seulement 22,5 % ont fait état d'activités de reconnaissance mises en œuvre par leur employeur. D'autres formes d'aide matérielle rapportées incluent par ordre de fréquence : des services de garde gratuits offerts par l'employeur (13,7 % des répondants), des logements d'appoint (7,4 %), le transport vers le lieu de travail (4,5 %) et le transport du lieu de travail vers le domicile (3,7 %).

Tableau 13 : Soutien matériel aux travailleurs en CHSLD publics selon la catégorie d'emploi, de mars à juin 2020

	Proportion des répondants déclarant avoir eu accès à...					
	des activités de reconnaissance ¹	des services de garde gratuits ¹	du transport vers le lieu de travail ¹	du transport vers le domicile ¹	un logement d'appoint ¹	des salles de répit ¹
Total	22,5 %	13,7 %	4,5 %	3,7 %	7,4 %	47,6 %
Préposés aux bénéficiaires	20,8 %	10,9 %	4,5 %	3,5 %	5,2 %	49,8 %
Infirmières et inhalothérapeutes	17,8 %	13,5 %	3,3 %	3,3 %	8,4 %	48,1 %
Infirmières auxiliaires	16,8 %	12,2 %	4,0 %	4,0 %	4,6 %	43,6 %
Médecins	12,9 %	4,5 %	0,0 %	0,0 %	32,0 %	57,1 %
Personnel paratechnique (excluant PAB)	17,6 %	9,9 %	5,2 %	4,7 %	4,9 %	47,6 %
Personnel administratif	42,2 %	23,4 %	8,9 %	7,3 %	8,2 %	44,3 %
Techniciens de la santé et services sociaux	29,5 %	25,0 %	6,3 %	4,8 %	11,5 %	50,6 %
Professionnels de la santé et services sociaux	33,3 %	18,7 %	1,2 %	0,0 %	12,0 %	32,6 %
Cadres/gestionnaires	52,5 %	38,6 %	9,0 %	6,4 %	25,7 %	48,2 %
p (Chi-deux)	< ,001	< ,001	,189	,376	< ,001	,094

1. Les participants ayant coché le choix de réponse « Non applicable » sont exclus.

4.3 Demandes liées au travail

Cette section dresse un portrait des demandes liées au travail auxquelles les travailleurs de santé ont dû répondre dans le contexte de la première vague. L'attention est portée à trois types de demandes : les demandes de nature psychosociale, les exigences posées par les changements dans les conditions matérielles de travail et les exigences posées par les changements dans les conditions organisationnelles de travail.

4.3.1 Demandes psychosociales

Les tableaux 14 à 16 présentent les résultats concernant les demandes psychosociales perçues par les travailleurs durant la première vague. Ces demandes ont été mesurées sur cinq dimensions.

- *Les exigences psychologiques.*

Les exigences psychologiques réfèrent à la charge psychologique que doivent assumer les travailleurs dans la réalisation de leurs tâches en raison de différentes circonstances qui incluent la quantité de travail, la complexité des tâches ou leur morcellement, les contraintes de temps, les interruptions et imprévus. Le score moyen de 2,90 (sur un maximum de 4) dénote un niveau modéré de pression psychologique pour l'ensemble de l'échantillon. Cependant, les résultats montrent aussi que 45 % des travailleurs ont expérimenté un niveau élevé d'exigences psychologiques (score ≥ 3 sur 4). Cette proportion est particulièrement élevée chez le personnel en soins infirmiers et en assistance (infirmières et inhalothérapeutes, infirmières auxiliaires et PAB) et les cadres (variant entre 46 % et 65,7 %), alors qu'elle reste en deçà de 35 % dans les autres groupes. 86,2 % des travailleurs ont indiqué que cette pression psychologique a augmenté durant la première vague par rapport à la période prépandémique.

- *Les exigences émotionnelles.*

Ce concept réfère à l'effort émotionnel soutenu que doit déployer le travailleur dans la réalisation de ses tâches du fait des interactions nécessaires avec les usagers ou les collègues. Le score moyen de 2,89 (sur un maximum de 4) observé dénote un niveau modéré d'exigence émotionnelle liée au travail. Mais les données indiquent aussi que 37 % des travailleurs ont expérimenté un niveau élevé (score ≥ 4 sur 5). Encore ici, cette proportion est plus élevée chez le personnel en soins infirmiers et en assistance (infirmières et inhalothérapeutes, infirmières auxiliaires et PAB) et les cadres (autour de 40 %), alors qu'elle varie entre 19 % et 30 % dans les autres groupes. 57,7 % des travailleurs ont indiqué que les demandes émotionnelles, résultant d'interactions plus difficiles avec les usagers et les collègues, ont augmenté durant la première vague par rapport à la période prépandémique.

- *Le conflit de rôle.*

Ce concept réfère aux injonctions contradictoires ou incompatibles auxquelles un travailleur peut être soumis dans l'exercice de ses tâches. Le score moyen de 2,63 (sur un maximum de 4) observé reflète un niveau modéré de conflit de rôle. Cependant, 40,6 % des répondants ont un score reflétant un niveau élevé (score ≥ 3 sur 4). Cette proportion tombe à moins de 30 % pour les médecins et le personnel administratif, mais elle atteint 47,3 % pour les infirmières et inhalothérapeutes.

- *L'ambiguïté de rôle.*

Ce concept réfère à une compréhension insuffisante des attentes et des responsabilités associées à son rôle. Le score moyen de 2,18 observé (sur un maximum de 4) reflète un niveau faible d'ambiguïté de rôle. Seulement 18 % des répondants ont un score reflétant un niveau élevé (score ≥ 3 sur 4). La proportion des répondants avec un score élevé se situe entre 24 % et 29 % dans trois catégories d'emploi : les techniciens de la santé et des services sociaux, les professionnels de la santé et des services sociaux, et le personnel paratechnique (PAB exclus).

- *Le conflit travail-famille.*

Cette notion réfère aux difficultés que peuvent éprouver les travailleurs pour concilier l'accomplissement de leurs rôles professionnels ou les exigences de leur travail avec les activités et obligations relevant de leur vie de famille. Le score moyen de 2,54 observé (sur un maximum de 4) reflète un niveau modéré de conflit entre les exigences du travail et les obligations familiales. Cependant, les résultats montrent aussi qu'un tiers des répondants (33 %) ont des scores élevés (score ≥ 3 sur 4), dénotant des situations de conflit travail-famille. Cette proportion va de 44 % à 58 % pour les médecins, les infirmières et inhalothérapeutes, les infirmières auxiliaires et les cadres. Elle reste en deçà de 31 % pour les autres groupes (PAB, autres types de personnel paratechnique, techniciens de la santé et des services sociaux, professionnels de la santé et des services sociaux et personnel administratif).

Tableau 14 : Exigences psychologiques et émotionnelles liées au travail chez les travailleurs en CHSLD publics selon la catégorie d'emploi, de mars à juin 2020

	Exigences psychologiques		Exigences émotionnelles		Différence par rapport à la période prépandémique	
	Score moyen (sur 4) ¹	% ayant un score défavorable (≥3 sur 4) ¹	Score moyen (sur 5) ¹	% ayant un score défavorable (≥4 sur 5) ¹	% indiquant que les exigences psychologiques ont augmenté ²	% indiquant que les exigences émotionnelles ont augmenté ²
Total	2,90	44,8 %	2,89	37,0 %	86,2 %	57,7 %
Préposés aux bénéficiaires	2,91	46,1 %	2,97	39,5 %	84,5 %	52,7 %
Infirmières et inhalothérapeutes	3,07	55,3 %	2,97	40,6 %	91,8 %	63,1 %
Infirmières auxiliaires	3,00	53,7 %	2,97	39,6 %	87,9 %	57,5 %
Médecins	2,88	35,1 %	2,41	18,9 %	94,4 %	68,6 %
Personnel paratechnique (excluant PAB)	2,66	25,5 %	2,71	29,4 %	77,2 %	59,1 %
Personnel administratif	2,67	32,2 %	2,55	27,6 %	75,9 %	60,0 %
Techniciens de la santé et services sociaux	2,73	30,4 %	2,75	30,4 %	88,8 %	63,2 %
Professionnels de la santé et services sociaux	2,74	27,3 %	2,66	30,0 %	90,7 %	68,0 %
Cadres/gestionnaires	3,17	65,7 %	2,94	39,0 %	97,1 %	65,7 %
p (ANOVA)/p (Chi-Deux)	< ,001	< ,001	< ,001	< ,001	< ,001	,003

1. Tous les participants sont inclus (n=2 365) sauf exception (note 2).

2. Les participants ayant coché le choix de réponse « Non applicable » sont exclus.

Tableau 15 : Conflit et ambiguïté de rôle chez les travailleurs en CHSLD publics selon la catégorie d'emploi, de mars à juin 2020

	Conflit de rôle		Ambiguïté de rôle	
	Score moyen (sur 4) ¹	% ayant un score défavorable (≥3 sur 4) ¹	Score moyen (sur 4) ¹	% ayant un score défavorable (≥3 sur 4) ¹
Total	2,63	40,6 %	2,18	17,9 %
Préposés aux bénéficiaires	2,65	42,4 %	2,14	15,3 %
Infirmières et inhalothérapeutes	2,72	47,3 %	2,22	19,5 %
Infirmières auxiliaires	2,63	39,0 %	2,16	15,3 %
Médecins	2,60	27,0 %	1,93	8,1 %
Personnel paratechnique (excluant PAB)	2,55	36,5 %	2,34	27,1 %
Personnel administratif	2,31	26,4 %	2,20	18,4 %
Techniciens de la santé et services sociaux	2,55	35,9 %	2,44	29,3 %
Professionnels de la santé et services sociaux	2,59	38,2 %	2,27	23,6 %
Cadres/gestionnaires	2,78	41,9 %	2,03	11,4 %
p (ANOVA)/p (Chi-Deux)	,008	< ,001	< ,001	< ,001

1. Tous les participants sont inclus (n=2 365).

Tableau 16 : Conflit travail-famille chez les travailleurs en CHSLD publics selon la catégorie d'emploi, de mars à juin 2020

	Conflit travail-famille	
	Score moyen (sur 4) ¹	% ayant un score défavorable (≥3 sur 4) ¹
Total¹	2,54	33,2 %
Préposés aux bénéficiaires	2,48	30,4 %
Infirmières et inhalothérapeutes	2,78	45,4 %
Infirmières auxiliaires	2,77	44,2 %
Médecins	3,05	51,4 %
Personnel paratechnique (excluant PAB)	2,27	20,0 %
Personnel administratif	2,07	12,6 %
Techniciens de la santé et services sociaux	2,19	15,2 %
Professionnels de la santé et services sociaux	2,42	24,5 %
Cadres/gestionnaires	2,97	58,1 %
p (ANOVA)/p (Chi-Deux)	< ,001	< ,001

1. Tous les participants sont inclus (n=2 365).

4.3.2 Conditions matérielles de travail

Les tableaux 17 à 19 présentent les demandes et contraintes liées aux changements dans les conditions matérielles de travail durant la première vague. Ces demandes ont été mesurées sur trois dimensions :

- *L'exposition à la COVID-19.*

Durant la première vague, la moitié des répondants (50,6 %) a été en contact avec un usager positif à la COVID-19. Une proportion presque équivalente a eu des contacts avec des travailleurs œuvrant en zone rouge (48,6 %) ou avec des collègues testés positifs (44 %). Deux tiers des répondants ont été au minimum en contact avec un usager suspecté d'être positif à la COVID-19 et 66,8 % ont été déployés en zone rouge ou jaune. L'exposition à des contacts positifs en dehors du lieu de travail (domicile, autres) était relativement limitée (à peine 4 % des répondants). La proportion de travailleurs exposés à la COVID-19 était plus faible pour le personnel administratif et pour le personnel paratechnique (en excluant les PAB).

- *Les transferts vers d'autres unités de soins ou d'autres installations.*

39,4 % des répondants ont été transférés à une unité autre que leur unité primaire d'affiliation. Cette proportion était moindre pour le personnel administratif (13,6 %) et les cadres (26,5 %) en comparaison aux autres groupes (entre 37,3 % et 47,1 %). Près d'un membre du personnel sur cinq (18,6 %) a été réassigné à une autre installation. Les plus touchés par ces transferts ont été les médecins (45,7 %) et les cadres (29,9 %).

- *Les réaménagements physiques de l'espace de travail.*

77,1 % des répondants ont témoigné de réaménagements physiques de leur unité d'affectation et 62,8 % de réaménagements de leur espace personnel de travail. Les moins touchés ont été les membres du personnel administratif.

Tableau 17 : Contact avec des usagers et collègues suspectés d'être atteints ou positifs à la COVID-19 chez les travailleurs en CHSLD publics selon la catégorie d'emploi, de mars à juin 2020

	Proportion des répondants ayant été en contact avec...					
	un usager positif à la COVID-19 ¹	un usager suspecté d'être positif à la COVID-19 ¹	un collègue positif à la COVID-19 ¹	des travailleurs œuvrant en zone chaude (rouge) ¹	une personne positive à la COVID-19 de son domicile ¹	une personne positive à la COVID-19 ailleurs qu'au travail ou à la maison ¹
Total	50,6 %	65,5 %	44,0 %	48,6 %	4,2 %	4,0 %
Préposés aux bénéficiaires	51,0 %	66,7 %	43,3 %	44,4 %	4,7 %	5,4 %
Infirmières et inhalothérapeutes	58,8 %	78,3 %	52,1 %	53,7 %	4,2 %	2,6 %
Infirmières auxiliaires	58,3 %	73,6 %	46,6 %	46,0 %	4,9 %	3,1 %
Médecins	54,1 %	78,4 %	10,8 %	51,4 %	0,0 %	0,0 %
Personnel paratechnique (excluant PAB)	35,3 %	48,6 %	38,0 %	49,8 %	3,1 %	2,7 %
Personnel administratif	12,6 %	17,2 %	31,0 %	43,7 %	2,3 %	5,7 %
Techniciens de la santé et services sociaux	58,7 %	68,5 %	50,0 %	54,3 %	3,3 %	4,3 %
Professionnels de la santé et services sociaux	55,5 %	66,4 %	42,7 %	52,7 %	1,8 %	1,8 %
Cadres/gestionnaires	54,3 %	62,9 %	52,4 %	73,3 %	6,7 %	2,9 %
p (Chi-deux)	< ,001	< ,001	< ,001	< ,001	,485	,126

1. Tous les participants sont inclus (n=2 365).

Tableau 18 : Situations d'exposition à la COVID-19 chez les travailleurs en CHSLD publics selon la catégorie d'emploi, de mars à juin 2020

	Proportion des répondants ayant...			
	travaillé en zone rouge ¹	travaillé en zone jaune ¹	travaillé en zone rouge OU en zone jaune ¹	prodigué des soins directs à moins de deux mètres d'usagers positifs à la COVID-19 ¹
Total	46,1 %	52,9 %	66,8 %	44,4 %
Préposés aux bénéficiaires	46,3 %	51,7 %	68,6 %	46,9 %
Infirmières et inhalothérapeutes	51,4 %	52,7 %	67,7 %	56,5 %
Infirmières auxiliaires	44,5 %	53,7 %	66,6 %	51,2 %
Médecins	48,6 %	62,2 %	67,6 %	45,9 %
Personnel paratechnique (excluant PAB)	44,7 %	51,4 %	63,1 %	26,7 %
Personnel administratif	20,7 %	26,4 %	35,6 %	4,6 %
Techniciens de la santé et services sociaux	50,0 %	65,2 %	76,1 %	46,7 %
Professionnels de la santé et services sociaux	45,5 %	64,5 %	71,8 %	45,5 %
Cadres/gestionnaires	54,3 %	61,0 %	68,6 %	34,3 %
p (Chi-deux)	< ,001	< ,001	< ,001	< ,001

1. Tous les participants sont inclus (n=2 365).

Tableau 19 : Transferts ou réaménagements physiques de l'espace de travail des travailleurs en CHSLD publics selon la catégorie d'emploi, de mars à juin 2020

	Proportion des répondants déclarant...			
	avoir été transféré à une autre unité de soins ¹	avoir été transféré à une autre installation ¹	que l'unité d'affectation a été réaménagé ¹	que l'espace personnel de travail a été réaménagé ¹
Total	39,4 %	18,6 %	77,1 %	62,8 %
Préposés aux bénéficiaires	41,2 %	16,0 %	76,4 %	66,9 %
Infirmières et inhalothérapeutes	38,1 %	21,5 %	84,0 %	66,9 %
Infirmières auxiliaires	42,7 %	16,7 %	78,3 %	67,5 %
Médecins	47,1 %	45,7 %	77,8 %	65,7 %
Personnel paratechnique (excluant PAB)	37,3 %	23,6 %	72,7 %	52,9 %
Personnel administratif	13,6 %	22,1 %	45,5 %	46,3 %
Techniciens de la santé et services sociaux	43,0 %	11,4 %	80,9 %	53,4 %
Professionnels de la santé et services sociaux	39,6 %	13,9 %	78,1 %	51,4 %
Cadres/ gestionnaires	26,5 %	29,9 %	88,7 %	53,1 %
p (Chi-deux)	< ,001	< ,001	< ,001	< ,001

1, Les participants ayant coché le choix de réponse « Non applicable » sont exclus.

4.3.3 Conditions organisationnelles de travail

Les tableaux 20 et 21 présentent les demandes et contraintes liées aux changements dans les conditions organisationnelles de travail durant la première vague, mesurées sur trois dimensions :

- *Les modifications des tâches.*

Près d'un répondant sur 2 (47,6 %) a indiqué que ses tâches ont été redéfinies dans le contexte de la première vague. Cette proportion est plus faible pour les infirmières auxiliaires (34 %) et les PAB (37 %), mais elle était nettement plus élevée pour les techniciens (79,1 %) et professionnels (79,1 %) de la santé et des services sociaux, les cadres (69,3 %) et le personnel administratif (67,6 %). Plus d'un tiers des répondants (35,5 %) ont indiqué avoir dû assumer des tâches qui sont traditionnellement hors de leurs responsabilités. Cette proportion était plus forte chez les techniciens de la santé et des services sociaux (80 %) et les professionnels de la santé et des services sociaux (74,3 %). Elle était plus faible chez les médecins (23,5 %) et les PAB (22,7 %).

- *Les horaires et temps de travail.*

Un répondant sur deux a indiqué que son horaire de travail a été modifié durant la première vague. Les catégories d'emploi les plus touchées par ces modifications de l'horaire ont été : les médecins (88,9 %), les cadres (83,3 %), les professionnels de la santé et des services sociaux (62,4 %), les infirmières et inhalothérapeutes (61,9 %), les techniciens de la santé et des services sociaux (59,6 %). Le personnel administratif (32,9 %) a été le moins touché.

En plus des modifications des horaires de travail, une forte proportion de répondants (58,8 %) a témoigné d'une augmentation des heures supplémentaires effectuées. Les catégories d'emploi les plus touchées ont été les cadres (91,1 %), les médecins (80 %), les infirmières et inhalothérapeutes (73,8 %) et les infirmières auxiliaires (74,5 %). Alors que 46,1 % des répondants ont témoigné d'une diminution des périodes de répit, ce sont les mêmes quatre groupes précités qui ont été les plus affectés : les cadres (86,5 %), les médecins (77,4 %), les infirmières et inhalothérapeutes (70,5 %) et les infirmières auxiliaires (56,5 %). Près d'un tiers des répondants (30,9 %) ont fait état d'une augmentation des heures supplémentaires obligatoires. Les catégories d'emploi les plus touchées ont été : les cadres (42,1 %), les infirmières et inhalothérapeutes (50,5 %), les infirmières auxiliaires (56,5 %) et les PAB (25 %).

- *La charge de travail.*

Une proportion de répondants atteignant 82,2 % ont indiqué avoir dû assumer une charge de travail accrue. Cette proportion dépasse 90 % pour les cadres, les infirmières et inhalothérapeutes et les infirmières auxiliaires et varie entre 62,3 % et 83,3 % pour les autres groupes.

Tableau 20 : Modification dans les tâches des travailleurs en CHSLD publics selon la catégorie d'emploi, de mars à juin 2020

	Modification des tâches au cours de la 1 ^{re} vague de la pandémie	
	% des répondants indiquant que leurs tâches ont été redéfinies ¹	% des répondants indiquant que des tâches hors de leur responsabilité leur ont été assigné ¹
Total	47,6 %	35,5 %
Préposés aux bénéficiaires	37,0 %	22,7 %
Infirmières et inhalothérapeutes	54,2 %	43,5 %
Infirmières auxiliaires	34,0 %	31,3 %
Médecins	66,7 %	23,5 %
Personnel paratechnique (excluant PAB)	56,5 %	38,0 %
Personnel administratif	67,6 %	50,0 %
Techniciens de la santé et services sociaux	79,1 %	80,0 %
Professionnels de la santé et services sociaux	79,1 %	74,3 %
Cadres/gestionnaires	69,3 %	52,5 %
p (Chi-deux)	< ,001	< ,001

1. Les participants ayant coché le choix de réponse « Non applicable » sont exclus.

Tableau 21 : Modification de l'horaire de travail, du temps de travail et de la charge de travail du personnel en CHSLD publics selon la catégorie d'emploi, de mars à juin 2020

	Proportion des répondants déclarant qu'il y a eu...				
	modification de l'horaire de travail ¹	augmentation des heures supplémentaires (Assez/Beaucoup) ¹	augmentation des heures supplémentaires obligatoires (Assez/Beaucoup) ¹	diminution des périodes de repos (Assez/Beaucoup) ¹	augmentation de la charge de travail (Assez/Beaucoup) ¹
Total¹	52,7 %	58,8 %	30,9 %	46,1 %	82,2 %
Préposés aux bénéficiaires	47,0 %	53,8 %	25,0 %	33,6 %	82,9 %
Infirmières et inhalothérapeutes	61,9 %	73,8 %	50,5 %	70,5 %	91,3 %
Infirmières auxiliaires	53,5 %	74,5 %	56,5 %	56,5 %	90,7 %
Médecins	88,9 %	80,0 %	16,7 %	77,4 %	83,3 %
Personnel paratechnique (excluant PAB)	43,3 %	45,2 %	12,1 %	31,2 %	65,8 %
Personnel administratif	32,9 %	41,3 %	6,2 %	38,0 %	69,0 %
Techniciens de la santé et services sociaux	59,6 %	32,6 %	7,7 %	49,4 %	74,4 %
Professionnels de la santé et services sociaux	62,4 %	38,4 %	5,3 %	46,2 %	62,3 %
Cadres/gestionnaires	83,3 %	91,1 %	42,1 %	86,5 %	94,2 %
p (Chi-deux)	< ,001	< ,001	< ,001	< ,001	< ,001

1. Les participants ayant coché le choix de réponse « Non applicable » sont exclus.

4.4 Engagement des travailleurs envers leur établissement

Le tableau 22 présente l'engagement actuel des travailleurs ayant œuvré durant la première vague par rapport à leur établissement. Cet engagement est mesuré par leur intention de quitter leur organisation au cours de la prochaine année. Les données recueillies montrent que près d'un tiers des travailleurs (32,4 %) manifestent une forte intention de quitter leur emploi. En faisant exception des médecins qui ont plutôt un statut de travailleur autonome, dans toutes les catégories d'emploi, c'est au moins un quart ou un tiers des travailleurs (24,8 % à 37,3 %) qui ont indiqué une forte intention de quitter leur emploi.

Tableau 22 : Proportion des travailleurs en CHSLD publics ayant une forte intention de quitter leur emploi au cours de la prochaine année selon la catégorie d'emploi

	% ¹
Total	32,4
Préposés aux bénéficiaires	32,1
Infirmières et inhalothérapeutes	37,1
Infirmières auxiliaires	34,1
Médecins	13,5
Personnel paratechnique (excluant PAB)	31,8
Personnel administratif	28,7
Techniciens de la santé et services sociaux	30,4
Professionnels de la santé et services sociaux	37,3
Cadres/gestionnaires	24,8
p (Chi-deux)	,074

1. Tous les participants sont inclus (n=2 365).

4.5 Analyse multivariée : facteurs associés à l'intention de quitter l'emploi

Les tableaux 23 et 24 présentent les résultats des analyses de régression qui examinent les facteurs associés à l'intention de quitter l'emploi. L'attention est portée sur quatre groupes de facteurs : les ressources psychosociales dont profitent les travailleurs, les exigences psychosociales associées à leur travail, leurs caractéristiques sociodémographiques et leurs caractéristiques d'emploi. Les analyses ont porté respectivement sur l'ensemble de l'échantillon, les PAB et les infirmières.

4.5.1 Résultats pour l'ensemble de l'échantillon

Un premier modèle examinait l'association entre la catégorie d'emploi et l'intention de quitter l'emploi, en tenant compte en même temps de diverses autres caractéristiques sociodémographiques et d'emploi. Les résultats présentés dans le tableau 23 montrent que l'intention de quitter l'emploi est significativement plus forte chez le personnel en soins infirmiers et assistance (infirmières, infirmières auxiliaires et PAB) et le personnel paratechnique. L'âge (les moins de 40 ans) et le niveau de formation (universitaire) sont aussi significativement associés à une plus forte intention de quitter l'emploi. Les immigrants récents (moins de 5 ans) montrent une moins forte intention de quitter leur emploi par rapport aux travailleurs nés au Canada.

Un deuxième modèle intégrait les ressources et demandes psychosociales, en plus des caractéristiques sociodémographiques et d'emploi (tableau 24).

- *Ressources psychosociales.*

Le modèle montre une plus forte intention de quitter l'emploi chez les travailleurs qui ont témoigné d'un plus faible soutien de leur supérieur immédiat, d'une plus faible latitude décisionnelle et d'une détérioration des conditions de fonctionnement de l'équipe (cohésion de l'équipe).

- *Demandes psychosociales.*

Le modèle montre qu'une plus forte intention de quitter l'emploi est observée chez les travailleurs qui ont témoigné d'un emploi plus exigeant psychologiquement, d'un emploi plus exigeant émotionnellement, d'un conflit de rôle et d'un conflit entre leur travail et leurs obligations familiales.

- *Caractéristiques sociodémographiques.*

Les associations significatives observées dans le modèle précédent pour l'âge, le niveau de scolarité et le statut d'immigration ont été confirmées. Les moins de 30 ans et ceux qui détiennent un diplôme universitaire manifestent une plus forte intention de quitter leur emploi. Les immigrants récents (moins de 5 ans) montrent une moins forte intention de quitter leur emploi.

- *Caractéristiques d'emploi.*

Les employés avec un statut temporaire ou à temps partiel manifestent une plus forte intention de quitter leur emploi par rapport à ceux à temps plein.

4.5.2 Résultats pour les préposés aux bénéficiaires

Un modèle de régression a été effectué de manière spécifique pour le sous-échantillon constitué des 1 040 PAB et intégrait les ressources et demandes psychosociales, en plus des caractéristiques sociodémographiques et d'emploi (tableau 24).

- *Ressources psychosociales.*

Le modèle montre une plus forte intention de quitter chez les travailleurs qui ont témoigné d'un plus faible soutien de leur supérieur immédiat et d'une détérioration des conditions de fonctionnement de l'équipe (cohésion de l'équipe).

- *Demandes psychosociales.*

Le modèle montre qu'une plus forte intention de quitter est observée chez les PAB qui ont témoigné d'un emploi plus exigeant psychologiquement, d'un emploi plus exigeant émotionnellement et d'un conflit entre leur travail et leurs obligations familiales.

- *Caractéristiques sociodémographiques.*

Une association significative a été observée entre l'intention de quitter l'emploi et le statut d'immigration. Les immigrants récents (moins de 5 ans) montrent une moins forte intention de quitter leur emploi par rapport aux PAB nés au Canada.

- *Caractéristiques d'emploi.*

Les employés temporaires ou à temps partiel manifestent une plus forte intention de quitter leur emploi par rapport à ceux à temps plein.

4.5.3 Résultats pour les infirmières et inhalothérapeutes

Un modèle de régression a été effectué de manière spécifique pour le sous-échantillon constitué par les 313 infirmières. La faible taille de ce sous-échantillon impose toutefois une certaine prudence quant aux résultats de l'analyse multivariée (tableau 24).

- *Ressources psychosociales.*

Le modèle montre une plus forte intention de quitter l'emploi chez les infirmières qui ont témoigné d'un plus faible soutien de leur supérieur immédiat, d'une plus faible latitude décisionnelle et d'un contexte d'équipe moins favorable (diminution de la préparation à faire face à des situations imprévues et détérioration de la cohésion de l'équipe).

- *Demandes psychosociales.*

Le modèle montre qu'une plus forte intention de quitter l'emploi est observée chez les PAB qui ont témoigné d'un conflit de rôles.

- *Caractéristiques sociodémographiques.*

Une association significative a été observée entre l'intention de quitter et l'âge. Les moins de 30 ans montrent une plus forte intention de quitter leur emploi.

- *Caractéristiques d'emploi.*

Aucune association significative n'a été trouvée.

Tableau 23 : Association entre la catégorie d'emploi et l'intention de quitter l'emploi pour l'ensemble des travailleurs (régression logistique)

Intention de quitter l'emploi		Ensemble des travailleurs ¹	
0. Faible vs 1. Forte		OR	p
Catégorie d'emploi (réf. : Cadre/gestionnaire)	Infirmière et inhalothérapeute	1,909	0,015
	Infirmière auxiliaire	2,322	0,003
	Médecin	0,442	0,126
	Métier et personnel paratechnique	1,866	0,027
	Personnel administratif	1,514	0,221
	Technicien de la SSS	1,268	0,478
	Professionnel de la SSS	1,593	0,127
	Préposé aux bénéficiaires	2,148	0,003
Sexe (réf. : Femme)	Homme	1,507	0,001
Âge (réf. : 60 ans ou plus)	50-59 ans	1,539	0,024
	40-49 ans	1,441	0,058
	30-39 ans	2,040	< 0,001
	Moins de 30 ans	2,629	< 0,001
Niveau de scolarité (réf. : Diplôme secondaire)	Collégiale	1,366	0,017
	Universitaire	1,750	< 0,001
Statut d'immigrant (réf. : Né au Canada)	Immigrant récent (moins de 5 ans)	0,250	< 0,001
	Immigrant depuis 5-9 ans	0,710	0,141
	Immigrant depuis 10 ans ou plus	0,834	0,174
Région de travail (réf. : Régions de Montréal et Laval)	Périphérie de Montréal	1,056	0,652
	Extérieur de la RMR de Montréal	1,002	0,983

1. Parmi tous les travailleurs (n=2 365).

Tableau 24 : Associations entre les caractéristiques psychosociales du travail et l'intention de quitter l'emploi pour l'ensemble des travailleurs, les préposés aux bénéficiaires et les infirmières (régressions logistiques)

Intention de quitter l'emploi		Ensemble des travailleurs ¹		Préposés aux bénéficiaires ²		Infirmières et inhalothérapeutes ³	
		OR	p	OR	p	OR	p
0. Faible vs 1. Forte							
Soutien du supérieur (réf. : Score favorable)	Score défavorable	2,221	< 0,001	2,381	< 0,001	2,388	0,004
Soutien des collègues (réf. : Plus favorable)	Score défavorable	1,225	0,096	1,212	0,289	1,127	0,745
Latitude décisionnelle (réf. : Plus favorable)	Score défavorable	1,452	0,001	1,305	0,169	1,676	0,103
Préparation de l'équipe à faire face aux situations imprévues (réf. : Augmentation)	Diminution	1,230	0,256	0,864	0,655	3,268	0,009
	NAP (non présent avant la pandémie)	1,108	0,722	0,910	0,837	2,385	0,324
Cohésion de l'équipe (réf. : Augmentation)	Dégradation	1,547	< 0,001	1,807	0,003	1,356	0,386
Exigences psychologiques de l'emploi (réf. : Score favorable)	Score défavorable	1,548	< 0,001	2,236	< 0,001	0,927	0,843
Exigences émotionnelles de l'emploi (réf. : Score favorable)	Moyenne	1,313	0,066	1,661	0,027	0,563	0,193
	Score défavorable	2,091	< 0,001	2,237	0,000	1,730	0,129
Conflit de rôle (réf. : Score favorable)	Score défavorable	1,252	0,052	0,981	0,917	2,728	0,003
Conflit travail-famille (réf. : Score favorable)	Score défavorable	1,825	< 0,001	2,077	< 0,001	1,693	0,097
Sexe (réf. : Femme)	Homme	1,721	< 0,001	1,702	0,028	1,721	0,226
Âge (réf. : 60 ans ou plus)	50-59 ans	1,351	0,167	1,566	0,179	2,115	0,374
	40-49 ans	1,310	0,217	1,248	0,507	2,815	0,226
	30-39 ans	1,523	0,068	1,082	0,826	4,782	0,079
	Moins de 30 ans	1,934	0,011	1,313	0,506	7,298	0,033
Niveau de scolarité (réf. : Diplôme secondaire)	Collégiale	1,232	0,116	1,071	0,767	<i>Référence</i>	
	Universitaire	1,468	0,003	1,461	0,152	1,467	0,207
Statut d'immigrant (réf. : Né au Canada)	Immigrant récent (moins de 5 ans)	0,339	0,011	0,219	0,016	3,295	0,404
	Immigrant depuis 5-9 ans	0,793	0,376	0,626	0,221	1,217	0,761
	Immigrant depuis 10 ans ou plus	0,823	0,193	0,665	0,085	1,893	0,148
Statut d'emploi (réf. : Permanent temps plein)	Temporaire ou temps partiel	1,379	0,003	1,678	0,003	1,582	0,150
Région de travail (réf. : Régions de Montréal et Laval)	Périphérie de Montréal	1,089	0,540	0,869	0,522	1,957	0,110
	Extérieur de la RMR de Montréal	1,219	0,140	1,078	0,732	1,528	0,316

1. Parmi tous les travailleurs (n=2 365).

2. Parmi les préposés aux bénéficiaires seulement (n=1 040).

3. Parmi les infirmières seulement (n=313).

5 – DISCUSSION

Cette enquête auprès des travailleurs en CHSLD publics visait à mieux comprendre l'expérience au travail de ces derniers dans le contexte de la première vague de la pandémie. L'analyse des données présentées dans les sections précédentes permet de mettre en relief trois principaux résultats qui seront discutés ci-après.

5.1 Des demandes au travail de diverses natures générées par le contexte pandémique

Les conditions difficiles de travail dans le contexte des soins de longue durée ne sont pas récentes et ont été largement documentées (Estabrooks et al., 2020 ; The MITRE corporation, 2020 ; Institute of Medicine, 2001). Cette enquête montre que la crise engendrée par la pandémie de COVID-19 a imposé elle-même diverses exigences et contraintes additionnelles sur les travailleurs.

Plusieurs de ces contraintes étaient liées aux changements dans les conditions matérielles et l'environnement physique de travail. Ces changements résultaient en grande partie de mesures mises en œuvre par les établissements tant pour redéployer les effectifs disponibles dans les unités de soins ayant les besoins les plus critiques que pour limiter la propagation du virus sur le lieu de travail. Plus des deux tiers des travailleurs ont été exposés à la COVID-19 en contexte de travail (contact avec un usager ou un collègue confirmé positif, déploiement en zone rouge ou jaune). Plus de trois quarts des répondants ont fait état de réaménagements physiques de leur espace de travail, alors que les établissements cherchaient à délimiter des espaces dédiés au traitement des patients infectés ou à aménager de nouvelles installations pour accueillir et prendre en charge ces patients. Une proportion significative de travailleurs allant jusqu'à 40 % ont été affectés en dehors de leur affiliation primaire, dans d'autres unités de soins ou d'autres installations. Ces chiffres reflètent les mouvements importants de personnels, tant à l'intérieur des établissements qu'entre les établissements, qui ont caractérisé la première vague de la pandémie dans un effort d'utiliser toute la main-d'œuvre disponible. Une autre enquête a montré qu'une proportion significative de travailleurs ont, en réalité, travaillé dans plus d'une installation (De Serres et al., 2020), à l'opposé des dispositions prises dans d'autres territoires pour limiter ces mouvements considérés comme un vecteur de propagation du virus (Jones et al., 2021).

Aux contraintes créées par les conditions matérielles changeantes de travail s'est ajouté, pour les travailleurs de santé, un ensemble d'exigences associées aux modifications dans l'organisation de leur travail. Une proportion significative de répondants a ainsi témoigné de modifications de leurs tâches et routines de travail, d'ajustements nécessaires de leurs horaires de travail, d'allongement du temps hebdomadaire de travail, d'obligation de faire des heures supplémentaires et d'assumer une charge de travail accrue. Face à une demande accrue de services et aux taux élevés d'absentéisme qui ont marqué la première vague, les établissements ont misé sur diverses mesures visant à maximiser la présence au travail des effectifs disponibles et leur utilisation. Mais de telles mesures, même si elles sont justifiées dans un contexte de crise, sont considérées comme autant de stressseurs qui peuvent poser des risques pour la santé physique et psychologique, surtout si elles ne sont pas accompagnées d'actions compensatoires permettant d'en atténuer les effets négatifs (Schneider et Harknett, 2019 ; Sato et al., 2020 ; Wong et al., 2019).

Au-delà du climat anxiogène créé par la pandémie et l'afflux de patients infectés dans les milieux de soins, les résultats de l'enquête ont aussi montré que les travailleurs de santé devaient remplir leurs fonctions dans un environnement qui les exposait à différents risques psychosociaux et stressants. Une proportion significative de répondants a témoigné des exigences psychologiques et des exigences émotionnelles élevées imposées par leur travail, des conflits de rôles et la difficulté à concilier leurs rôles professionnels avec leurs obligations familiales. Bien avant la pandémie, les problèmes de santé psychologique représentaient déjà un enjeu important dans le système de santé et une des principales causes d'absentéisme et de roulement du personnel (MSSS, 2005). En 2018, les diagnostics de santé mentale constituaient 38,6 % des dossiers d'absences payées par l'assurance salaire dans le réseau de la santé et des services sociaux (MSSS, 2019). Les demandes psychosociales générées par la pandémie venaient ainsi alourdir un contexte qui était déjà fragilisé.

L'enquête a montré que ces demandes, notamment celles qui concernent les conditions psychosociales et organisationnelles du travail, ne sont pas homogènes, mais reflètent plutôt des profils diversifiés de l'expérience au travail en fonction des catégories d'emploi. Le personnel en soins infirmiers et les cadres ont témoigné, en plus forte proportion, de demandes élevées associées aux exigences psychologiques et émotionnelles du travail. Les infirmières ont témoigné, en plus forte proportion, des situations de conflits de rôle. Les infirmières et infirmières auxiliaires, les médecins et les cadres ont été les plus touchés par les changements dans les horaires et temps de travail. Le personnel administratif et les cadres ont été peu touchés par le redéploiement vers d'autres unités et installations, en comparaison au personnel clinique.

5.2 Un accès des travailleurs à des ressources de nature variable qui restaient toutefois en deçà de leurs besoins

Dans des systèmes de santé centrés sur l'offre de services hospitaliers de courte durée, les soins de longue durée font souvent partie des secteurs négligés qui doivent composer avec des déficits de ressources (National Institute on Ageing, 2019; Grabowski, 2021; Werner et al., 2020). Au-delà du déséquilibre dans l'allocation des ressources financières, cette analyse converge avec les résultats d'autres études qui montrent que les déficits auxquels ont été exposés les travailleurs de santé en soins de longue durée durant la première vague de la pandémie touchent divers autres types de ressources (CIHI, 2021; White et al., 2021; True et al., 2020).

La préservation de la santé psychologique des travailleurs en contexte de crise est essentielle pour assurer la disponibilité et la présence au travail du plus grand nombre. Les résultats de cette enquête montrent toutefois le niveau relativement modeste des ressources psychosociales dont ont pu profiter les travailleurs. Une très faible proportion de répondants pouvait bénéficier de services d'aide ancrés directement dans les milieux de travail pour les soutenir psychologiquement. Les mesures gouvernementales (services d'aide psychologique offerts en ligne, bonification du programme d'aide aux employés) semblaient largement méconnues par une proportion significative de répondants qui ont indiqué ne pas y avoir accès. L'enquête a aussi mis en lumière le déficit en matière de soutien du supérieur immédiat dont ont témoigné plus de 40 % des répondants. Une proportion significative de répondants a témoigné d'une perception négative de l'équipe de travail dans sa préparation et réaction face aux situations imprévues ou dans son fonctionnement (communication, coordination, cohésion, leadership du supérieur immédiat). Un tel résultat ne peut être dissocié des défaillances de la structure

intermédiaire de gestion documentées dans de récentes analyses (Fournier et al., 2021; Dubois, 2020). Le résultat des réformes structurelles récentes et des vagues successives de fusion a entraîné non seulement un éloignement progressif des centres de décision par rapport aux lieux d'intervention et de prestations des services, mais aussi un affaiblissement de l'appareil intermédiaire de gestion avec des coupures dans les cadres intermédiaires dont les effectifs ont considérablement diminué au cours des 10 dernières années (MSSS, 2021). Les cadres intermédiaires ont un rôle de premier plan à jouer pour soutenir les équipes de travail, coordonner leurs activités, promouvoir la collaboration, créer un environnement et un climat de travail favorable. L'affaiblissement de cet appareil intermédiaire de gestion peut expliquer l'insuffisance du soutien clinico-administratif (personne-ressource, protocole d'intervention) rapporté par une proportion significative de répondants.

Sur un autre plan, face à la demande accrue de services à offrir, les CHSLD ont été placés face aux défis non seulement de mobiliser de nouveaux effectifs, mais aussi d'assurer la présence au travail des effectifs disponibles. Répondre à ces défis dépendait fortement de l'application rigoureuse de mesures de prévention des infections et de l'accès des travailleurs aux équipements de protection individuelle. Les résultats de l'enquête témoignent d'efforts importants des établissements en matière de formation et d'information. Cependant, ils mettent aussi en lumière plusieurs lacunes rapportées par une proportion significative des travailleurs : entraînement insuffisant à l'utilisation des EPI, manque de rétroactions sur les pratiques de PCI, manque d'information sur le statut COVID-19 des usagers. L'analyse confirme aussi que l'utilisation des EPI était peu optimale. Une proportion significative de travailleurs n'a pas toujours utilisé l'EPI complet ni même le masque en s'occupant de patients positifs à la COVID-19. Cette proportion était d'autant plus importante dans les établissements situés sur les territoires qui ont constitué l'épicentre de la pandémie, reflétant les difficultés d'approvisionnement qui ont marqué cette première vague. Même si une large majorité de travailleurs a témoigné de sa satisfaction par rapport à l'accès au dépistage, il reste qu'une proportion significative a montré plutôt une insatisfaction par rapport aux délais d'obtention des résultats. Une enquête de l'INSPQ auprès des travailleurs atteints par la COVID-19 avait aussi montré les problèmes d'accès et de sous-utilisation des EPI, plus marqués au début de la première vague, avec quelques améliorations vers la fin (De Serres et al., 2020). D'autres rapports ont aussi indiqué que les établissements de soins de longue durée particulièrement vulnérables à la pandémie, n'ont souvent mis en place que tardivement des mesures de protection essentielles : dépistage systématique des symptômes auprès du personnel soignant; restriction des mouvements des résidents et du personnel; formation du personnel à l'utilisation des équipements de protection individuelle; audits visant à renforcer l'adhésion du personnel aux pratiques de prévention et de contrôle des infections (True et al., 2020; McGarry et al., 2020; Brophy et al., 2021; Alami et al., 2021). Ces résultats expliquent aussi sans doute l'insatisfaction manifestée par près de la moitié des répondants par rapport au soutien qui leur a été offert par leur bureau de santé et de sécurité au travail. Il faut encore ici souligner que les réformes récentes ont eu pour effet d'affaiblir les équipes de santé et sécurité au travail et de les éloigner des lieux d'interventions. Une étude récente, examinant les systèmes de santé et sécurité du travail de trois établissements, a montré un monitoring incomplet des problèmes de santé et de sécurité au travail, une communication déficiente, des équipes de santé et sécurité du travail confinées dans des rôles administratifs et une faible sensibilité des travailleurs eux-mêmes aux risques de leur environnement de travail (Dubois et al., 2019).

Pour atténuer les bouleversements engendrés par la pandémie sur la vie quotidienne des travailleurs, tant au travail qu'à l'extérieur, les gouvernements et les établissements de santé ont misé sur divers types de soutien aux travailleurs (services de garde, logements d'appoint, transport, aide à des activités de la vie quotidienne, primes financières) (Waitzberg et al., 2021; Adams et Walls, 2020; Robinson et al., 2021; Lou et al., 2021). Au Québec, les mesures gouvernementales étendues à l'ensemble des travailleurs essentiels durant la première vague de la pandémie touchaient surtout les primes et l'accès aux services de garde. Nos résultats indiquent que ce levier d'aide matérielle directe aux travailleurs a été mobilisé plutôt modestement par les établissements de santé elles-mêmes et n'a touché qu'une proportion limitée de travailleurs.

5.3 Un faible engagement organisationnel expliqué par divers facteurs liés aux caractéristiques du travail

Les résultats précédemment discutés suggèrent que l'expérience au travail, telle que vécue par une proportion importante des travailleurs en CHSLD durant la première vague de la pandémie, a été marquée par un certain déséquilibre entre les ressources qui leur ont été offertes par leurs établissements et les exigences auxquelles ils ont dû répondre. Ce déséquilibre est associé à des conséquences sur le plan de l'engagement au travail. Dans chacune des catégories d'emploi (en excluant les MD), une proportion significative de travailleurs allant du quart au tiers des travailleurs a manifesté une forte intention de quitter son emploi. Un tel constat pose une menace sérieuse à la capacité des établissements à retenir leurs effectifs pour assurer la viabilité des services tant dans le contexte de crise que dans l'après-crise. Les résultats montrent que cette intention de quitter l'emploi est associée à divers facteurs qui relèvent des conditions psychosociales de leur travail. Le modèle de régression effectué pour l'ensemble de l'échantillon montre que l'intention de quitter l'emploi est d'autant plus forte chez les travailleurs qui ont expérimenté des demandes psychosociales élevées induites par les exigences psychologiques, les exigences émotionnelles, le conflit de rôles et le conflit travail-famille. À l'opposé, le modèle montre un effet favorable associé à trois types ressources psychosociales : le soutien du supérieur immédiat, la latitude décisionnelle et la cohésion d'équipe. L'influence de ces mêmes facteurs, tant pour les demandes que les ressources psychosociales, a été confirmée dans un modèle incluant uniquement les PAB. Une seule exception est la latitude décisionnelle pour laquelle aucune association significative n'a été trouvée, ce qui peut s'expliquer par la nature du travail des PAB. Ces liens entre les conditions psychosociales de travail et l'intention de quitter l'emploi confirment l'hypothèse sous-jacente au modèle *demandes-ressources* qui a guidé cette enquête (Bakker et al., 2003; Dollard et Bakker, 2010). Ils sont aussi cohérents avec diverses études qui ont montré auparavant comment certaines caractéristiques de l'environnement psychosocial (nature du travail, organisation du travail, ressources au travail, relations sociales au travail) sont associées à des conséquences diverses pour les travailleurs en matière de satisfaction, d'engagement et de comportements au travail (Bonde, 2008; Stansfeld et Candy, 2006; Teoh et al., 2018; Galleta et al., 2016). D'autres études ont aussi montré que l'exposition à ces risques psychosociaux est associée à la détresse psychologique, l'anxiété et l'épuisement professionnel, qui peuvent être autant de sources d'absentéisme et de roulement du personnel (Labrague et de Los Santos, 2020; Bohlken et al., 2020; Giménez-Espert et al., 2020; Denning et al., 2021).

L'analyse montre aussi que l'intention de quitter l'emploi actuel varie suivant les groupes d'emploi. Elle est d'autant plus forte chez le personnel en soins infirmiers (infirmières, infirmières auxiliaires et PAB) et le personnel paratechnique, chez les plus jeunes (moins de 30 ans) et chez ceux qui ont une formation universitaire. Un tel résultat est cohérent avec les profils divers de l'expérience au travail (profils de ressources et profils de demandes liées au travail), reflétant non seulement la nature variable du travail pour divers groupes d'emploi, mais aussi les attentes variées de divers groupes par rapport à leur environnement de travail. Ce sont des paramètres qui doivent être pris en compte pour remédier aux lacunes identifiées.

Si les conditions difficiles de travail en CHSLD sont bien connues, une contribution de cette enquête a été de les objectiver et de confirmer, à partir des perceptions des travailleurs eux-mêmes, divers facteurs qui ont affecté négativement leur expérience au travail durant la première vague de la pandémie. L'enquête a mis en lumière les fragilités de l'environnement de travail et les insatisfactions exprimées en particulier par le personnel en soins infirmiers et le personnel paratechnique qui constituent l'essentiel de la main-d'œuvre en CHSLD, avec des conséquences marquées sur l'engagement de ces travailleurs.

Les résultats de cette enquête recourent différentes autres études portant sur la première vague de la pandémie. Une enquête conduite sur les travailleurs de la santé atteints de la COVID-19 au Québec au printemps 2020 avait montré une utilisation sous-optimale des EPI, des déficiences dans le système de prévention et de contrôle des infections, une charge de travail élevée, des problèmes de leadership local qui se sont traduits par un manque de communication et de soutien, autant d'éléments qui ont affecté la santé psychologique des travailleurs (De Serres et al., 2020). Tous les rapports d'enquêtes publiés jusqu'ici sur les conséquences de la première vague de la pandémie dans les établissements de soins de longue durée dans les provinces canadiennes ont pointé l'attention sur la crise chronique de main-d'œuvre dans ce secteur (Estabrooks et al., 2020 ; Protecteur du citoyen, 2021 ; Marrocco et al., 2020 ; Giannasi et Hystad, 2020). À l'international, de nombreux rapports ont montré que la montée rapide du nombre de patients atteints de la COVID-19 dans les établissements de soins de longue durée durant la première vague a créé un environnement de guerre créant une surcharge de travail, de l'épuisement, de l'anxiété et de la peur souvent exacerbée par la pénurie d'équipements de protection individuelle (Spoorthy et al., 2020 ; Chew et al., 2020).

La pandémie de COVID-19 et le cataclysme qui s'est produit dans les CHSLD ont mis à nu les failles du système de santé qui a échoué dans sa mission de prise en charge des plus vulnérables. Mais plus largement elle a révélé une crise du soin qui touche non seulement les usagers des services, mais aussi les prestataires. Cette enquête montre que les contextes actuels de travail ne permettent pas de prendre efficacement soin des travailleurs qui eux-mêmes prennent soin des autres. Les soignants ont été eux-mêmes de grandes victimes de cette crise parce qu'ils ont été parmi les plus exposés aux risques de contagion, n'ont pas été bien protégés et ont dû composer avec un déséquilibre entre les demandes à satisfaire et les ressources qui leur ont été offertes. Alors que les femmes constituent une écrasante majorité des soignants, cette crise du soin les affecte particulièrement (Crimi et Carlucci, 2021 ; Wenham et al., 2020). Si cette crise vient rappeler l'utilité sociale des métiers de soins, elle a aussi révélé les vulnérabilités de ces derniers. Elle a imposé l'urgence non seulement d'une reconnaissance plus grande du travail de soins et des métiers de soins, mais aussi d'une revalorisation sociale de ces derniers qui doit se traduire par de meilleures conditions de travail.

6 – LIMITES DE L'ÉTUDE

Cette enquête a pu profiter d'un large échantillon de 2 365 travailleurs œuvrant dans les CHSLD publics de neuf vastes établissements de santé (CIUSSS et CISSS) pour examiner l'expérience au travail de divers groupes de personnel déployés dans ce secteur de soins. Le modèle conceptuel *demandes-ressources* utilisé pour guider cette enquête a permis de couvrir divers aspects clés de l'expérience au travail. Cependant, les résultats doivent être interprétés à la lumière de trois principales limites.

Premièrement, toutes les variables de l'étude ont été mesurées à partir de données d'autoévaluation des individus, exposant ainsi aux biais communs à ce type de méthode. Un biais était d'autant plus possible que, pour la plupart des questions, les répondants ont été amenés à se prononcer sur une expérience qu'ils ont vécue plus d'un an auparavant. Il est ainsi possible que ces données soient affectées par des biais de mémoire et soient teintées par l'état psychologique des travailleurs au moment où ils ont répondu au questionnaire. Cette limite est d'autant plus importante que diverses conditions (ex. : accès aux équipements, effectifs de travailleurs) ont évolué depuis la première vague en raison de diverses mesures mises en œuvre par les établissements et le gouvernement durant et après la première vague, modifiant ainsi au fil du temps l'expérience des travailleurs. Il faut aussi souligner qu'une proportion non déterminée de travailleurs ayant œuvré en CHSLD durant la première vague n'étaient plus à l'emploi au moment de l'enquête alors que d'autres sont arrivés, rendant ainsi plus difficile un jugement sur la représentativité de l'échantillon.

Deuxièmement, bien qu'un large éventail de facteurs pertinents ait été pris en compte pour mesurer les deux dimensions clés du modèle conceptuel (demandes et ressources), on ne peut prétendre à l'exhaustivité des facteurs individuels, sociaux, organisationnels et culturels qui façonnent les perceptions des individus de leur expérience au travail et conditionnent leur engagement organisationnel. On ne peut exclure l'influence d'autres facteurs d'importance potentiels qui n'auraient pas été considérés.

Troisièmement, la nature transversale de cette étude amène à considérer avec prudence les associations significatives observées et à conclure à une causalité. Mais, il reste que ces associations ont été observées dans plusieurs études antérieures. Il faut surtout considérer la bidirectionnalité possible des relations examinées. Si l'environnement psychosocial peut induire un engagement par rapport à l'établissement, il est aussi probable que l'engagement des individus à leur emploi peut altérer leurs perceptions de l'environnement psychosocial.

7 – CONCLUSION

La pandémie de COVID-19 a mis la loupe sur la contribution cruciale des travailleurs de santé. En sollicitant les perspectives des travailleurs eux-mêmes, cette enquête révèle diverses fragilités de cette main-d'œuvre. Elle montre que cette dernière a été soumise à des demandes accrues de diverses natures tout en composant avec des contraintes de diverses ressources clés. Le résultat net est un certain niveau de désengagement dans la main-d'œuvre qui se traduit par une forte intention de quitter d'une proportion significative des membres du personnel. L'enquête indique une fragilité particulièrement forte du personnel en soins infirmiers et du personnel paratechnique, qui constitue la plus grande partie de la main-d'œuvre en CHSLD. L'enquête offre toutefois différentes pistes quant à divers facteurs relevant de l'environnement psychosocial qui façonnent l'expérience au travail et qui sont associés à l'intention du personnel à quitter leur emploi. Ces facteurs constituent autant de leviers sur lesquels il est possible d'agir pour améliorer les conditions de travail et assurer la viabilité de la main-d'œuvre.

Les résultats de cette enquête suggèrent également que l'expérience sous-optimale des travailleurs de santé dans ce contexte de crise peut être associée à diverses défaillances des systèmes organisationnels appelés à soutenir leur travail. Le manque de soutien dont ils ont témoigné sur divers aspects de leur travail et les dysfonctionnements rapportés quant à l'équipe de travail peuvent être imputés aux faibles capacités locales de gestion, à l'affaiblissement de la structure intermédiaire de gestion et au déficit de cadres intermédiaires dont les rôles sont essentiels pour assurer cet équilibre entre les demandes et les ressources (organisation du travail, soutien aux équipes, outils de travail). Au-delà des enjeux d'approvisionnement en EPI qui ont marqué le début de la pandémie, les problèmes expérimentés dans la protection des travailleurs contre l'infection ne peuvent être dissociés des défaillances des systèmes organisationnels de santé et de sécurité du travail et d'un manque de préparation des établissements en matière de prévention et de contrôle des infections. Plus largement, cette analyse révèle que la crise du soin qui a durement touché les résidents en CHSLD dans le contexte de la pandémie n'a pas épargné les travailleurs eux-mêmes et a particulièrement affecté les métiers de soins et d'assistance. Une réponse efficace à la crise exige ainsi une revalorisation sociale de ces métiers et doit se traduire par de meilleures conditions de travail pour les soignants.

8 – RÉFÉRENCES

- Adams JG et Walls RM. (2020). Supporting the Health Care Workforce During the COVID-19 Global Epidemic. *Journal of the American Medical Association*, 323(15), 1439-1440. doi : 10.1001/jama.2020.3972
- Alami H, Lehoux P, Fleet R, et al. (2021). How can health systems better prepare for the next pandemic? Lessons learned from the management of COVID-19 in Quebec (Canada). *Frontiers in Public Health*, 9 : 671833. doi : 10.3389/fpubh.2021.671833
- Bakker AB, Demerouti E, De Boer E et Schaufeli WB. (2003). Job demands and job resources as predictors of absence duration and frequency. *Journal of Vocational Behavior*, 62(2), 341-356. doi : 10.1016/S0001-8791(02)00030-1
- Benoit Y. (2020). Rapport d'enquête sur l'écllosion de la COVID-19 au Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) Sainte-Dorothée. Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-834-05W.pdf>
- Bohlken J, Schömig F, Lemke MR, Pumberger M et Riedel-Heller SG. (2020). COVID-19 Pandemic : stress experience of healthcare workers – a short current review. *Psychiatry Praxis*, 47(4), 190-197. doi : 10.1055/a-1159-5551
- Bonde JP. (2008). Psychosocial factors at work and risk of depression : a systematic review of the epidemiological evidence. *Occupational and Environmental Medicine*, 65(7) : 438-45. doi : 10.1136/oem.2007.038430. Epub 2008 Apr 16. PMID : 18417557
- Brophy JT, Keith MM, Hurley M et McArthur JE. (2021). Sacrificed : Ontario healthcare workers in the time of COVID-19. *New solutions : A Journal of Environmental and Occupational Health Policy*, 30(4), 267-281. doi : 10.1177/104 829-1120974358
- Canadian Institute for Health Information (CIHI). (2021). The impact of COVID-19 on long-term care in Canada : focus on the first 6 months. CIHI. <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/impact-covid-19-long-term-care-canada-first-6-months-report-en.pdf>
- Chew N, Lee G, Tan B, Jing M, Goh Y, Ngiam N, Yeo L, Ahmad A, Ahmed Khan F et Sharma VK. (2020). A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain, Behavior, and Immunity*, S0889-1591 (20) 30523-7. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.049>
- Crimi C et Carlucci A. (2021). Challenges for the female health-care workers during the COVID-19 pandemic : the need for protection beyond the mask. *Pulmonology*, 27(1), 1-3. doi : 10.1016/j.pulmoe.2020.09.004
- Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F et Schaufeli WB. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499-512
- Denning M, Goh ET, Tan B, Kanneganti A, Almonte M, Scott A, Martin G, Clarke J, Sounderajah V, et al. (2021). Determinants of burnout and other aspects of psychological well-being in healthcare workers during the Covid-19 pandemic : A multinational cross-sectional study. *PLoS One*, 16(4) : e0238666. doi : 10.1371/journal.pone.0238666
- De Serres G, Carazo S, Lorcay A, Villeneuve J, Laliberté D, Martin R, Deshaies P, Bellemare D, Tissot F, Adib G, Denis G et Dionne M. (2020). Enquête épidémiologique sur les travailleurs de la santé atteints par la COVID-19 au printemps 2020. Institut national de santé publique du Québec. Publication n.x.p., 76p. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3061_enquete_epidemiologique_travailleurs_sante_covid_19.pdf

- Dollard MF et Bakker AB. (2010). Psychosocial safety climate as a precursor to conducive work environments, psychological health problems, and employee engagement. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 83, 579-599. <https://doi.org/10.1348/096317909X470690>
- Dubois CA. (2020). COVID-19 et main-d'œuvre en santé. Déminer le terrain et lever les verrous institutionnels (publication no 2020RB-05). Rapport Bourgogne. Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations (CIRANO). <https://cirano.qc.ca/files/publications/2020RB-05.pdf>
- Dubois CA. (2015). Projets de réorganisation du travail pour améliorer la qualité des services dans les établissements d'hébergement : bilan et apprentissages. Ministère de la Santé et des Services sociaux, 38p
- Dubois CA, Bentein K et Marchand A. (2019). Réadaptation au travail chez les 45 ans et plus dans le secteur de la santé et des services sociaux (publication no R-1060). Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en Sécurité du travail (IRSST). <https://www.irsst.qc.ca/publications-et-outils/publication/i/101055>
- Estabrooks CA, Straus S, Flood CM, Keefe J, Armstrong P, Donner G, Boscart V, Ducharme F, Silvius J et Wolfson M. (2020). Rétablir la confiance : la COVID-19 et l'avenir des soins de longue durée. Société royale du Canada. https://rsc-src.ca/sites/default/files/LTC%20PB%20%2B%20ES_FR_0.pdf
- Forces Armées Canadiennes. (2020, 18 mai). Observations sur les centres d'hébergement de soins longue durée de Montréal. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/sante/documents/Problemes_de_sante/covid-19/Rapport_FAC/Observation_FAC_CHSLD.pdf?1590587216
- Fournier P, Moisan L, Lagacé D et Landry S. (2021). Le cadre intermédiaire, un pilier fragilisé du système de santé et de services sociaux. *Gestion*, 46(1), 88-92. <https://doi.org/10.3917/riges.461.0088>
- Galleta M, Portoghese I, D'Aloja E, Mereu A, Contu P, Coppola RC, Finco G et Campagna M. (2016). Relationship between job burnout, psychosocial factors and health care-associated infections in critical care units. *Intensive and Critical Care Nursing*, 34, 51-58
- Giannasi W et Hystad J. (2020). Review of the response to COVID-19 in seniors care and living. A dialogue with providers Final report. BC Care Providers Association. https://bccare.ca/wp-content/uploads/2020/11/BCCPA-COVID-19-full-report_November-2020.pdf
- Giménez-Espert MDC, Prado-Gascó V et Soto-Rubio A. (2020). Psychosocial Risks, Work Engagement, and Job Satisfaction of Nurses During COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Public Health*, 20 : 8 : 566896. doi : 10.3389/fpubh.2020.566896
- Gouvernement du Québec. (2019). Mesures de recrutement à l'international – Une aide financière disponible pour le recrutement de personnel dans les résidences privées pour aînés. <http://www.fil-information.gouv.qc.ca/Pages/Article.aspx?aiguillage=ajd&type=1&idArticle=2709132727>
- Grabowski, DC. (2021). The future of long-term care requires investment in both facility – and home-based services. *Nature Aging*, 1 : 10-11. <https://doi.org/10.1038/s43587-020-00018-y>
- Halbesleben JRB et Buckley MR. (2004). Burnout in organizational life. *Journal of Management*, 30(6), 859-879. doi : 10.1016/j.jm.2004.06.004

- Institute of medicine (US) committee on improving quality in long-term care. (2001). Improving the quality of long-term care. Wunderlich GS, Kohler PO (Éditeurs). National Academies Press
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQa). (2020, 4 octobre). Répartition des décès liés à la COVID-19 au Québec selon le groupe d'âge. Données COVID-19 au Québec. <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/age-sexe>
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQb). (2020, 30 juin). Évolution du nombre cumulatif de décès liés à la COVID-19 au Québec selon le milieu de vie et la date de décès. Données COVID-19 au Québec. <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees>
- Jones A, Watts AG, Khan SU, Forsyth J, Brown KA, Costa AP, Bogoch II et Stall NM. (2021). Impact of a Public Policy Restricting Staff Mobility Between Nursing Homes in Ontario, Canada During the COVID-19 Pandemic. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(3), 494-497. doi : 10.1016/j.jamda.2021.01.068
- Karasek RA. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain : Implications for job re-design. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285-306. <https://doi.org/10.2307/2392498>
- Labrague LJ et de Los Santos JAA. (2021). Fear of COVID-19, psychological distress, work satisfaction and turnover intention among frontline nurses. *Journal of Nursing Management*, 29(3) : 395-403. doi : 10.1111/jonm.13168
- Lou NM, Montreuil T, Feldman LS, Fried GM, Lavoie-Tremblay M, Bhanji F, Kennedy H, Kaneva P, Drouin S et Harley JM. (2021). Evaluations of Healthcare Providers' Perceived Support from Personal, Hospital, and System Resources : Implications for Well-Being and Management in Healthcare in Montreal, Quebec, During COVID-19. *Evaluation and the Health Professions*, 44(3), 319-322. doi : 10.1177/01632787211012742
- Marrocco FN, Coke A, Kitts J. (2021). Ontario's long-term care COVID-19 commission. Final report. https://wayback.archive-it.org/17275/20210810150133/http://www.ltccommission-commissionsld.ca/report/pdf/20210623_LTCC_AODA_EN.pdf
- McGarry BE, Grabowski DC, Barnett ML. (2020). Severe staffing and personal protective equipment shortages faced by nursing homes during the COVID-19 pandemic. *Health Affairs*, 39(10), 1812-1821. doi : 10.1377/hlthaff.2020.01269
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2005). L'invalidité pour cause de troubles mentaux chez le personnel du réseau de la santé et des services sociaux (publication no 05-501-02). Rapport et recommandations du groupe de travail. Direction générale du personnel réseau et ministériel. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2005/05-501-02.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2021). Portrait du personnel des établissements publics et privés conventionnés du réseau de la santé et des services sociaux (2019-2020). Direction générale du personnel réseau et ministériel. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-services-sante-services-sociaux/ressources-humaines/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2019). Santé, sécurité et mieux-être au travail avec vous et pour vous! Plan d'action national visant la prévention des risques en milieu de travail et la promotion de la santé globale 2019-2023. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-287-01W.pdf>

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2004). Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD : Visites d'appréciation de la qualité des services. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux
- National Institute on Ageing. (2019). Enabling the future provision of long-term care in Canada. National Institute on Ageing White Paper. static1.squarespace.com/static/5c2fa7b03917eed9b5a436d8/t/5d9de15a38dca21e46009548/1570627931078/Enabling+the+Future+Provision+of+Long-Term+Care+in+Canada.pdf
- Protecteur du citoyen. (2021, novembre). Rapport spécial du Protecteur du citoyen. La COVID-19 dans les CHSLD durant la première vague de la pandémie. Cibler les causes de la crise, agir, se souvenir. Protecteur du citoyen. <https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/2021-11/rapport-special-chsld-premiere-vague-covid-19.pdf>
- Richer J. (2019, 14 août). Québec veut embaucher 30 000 préposés aux bénéficiaires d'ici cinq ans. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2019-08-14/quebec-veut-embaucher-30-000-preposes-aux-beneficiaires-d-ici-cinq-ans>
- Robinson LJ, Engelson BJ, Hayes SN. (2021). Who is caring for health care workers' families amid COVID-19? *Academic Medicine*, 96(9), 1254-1258. doi : 10.1097/ACM.0000000000004022
- Sato K., Kuroda S. et Owan H. (2020). Mental health effects of long work hours, night and weekend work, and short rest periods. *Social Science & Medicine*, 246 : 112774, 11p. doi : 10.1016/j.socscimed.2019.112774
- Schneider D et Harknett K. (2019). Consequences of routine work-schedule instability for worker health and well-being. *American Sociological Review*, 84(1) : 82-114. doi : 10.1177/0003122418823184
- Spoorthy MS, Pratapa SK et Mahant S. (2020) Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic – A review. *Asian Journal of Psychiatry*; 51 : 102119. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102119>
- Stansfeld S, Candy B. (2006). Psychosocial work environment and mental health – a meta-analytic review. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 32(6) : 443-62. doi : 10.5271/sjweh.1050. PMID : 17173201
- Teoh KRH, Hassard J, Cox T. (2020). Individual and organizational psychosocial predictors of hospital doctors' work-related well-being : A multilevel and moderation perspective. *Health Care Management Review* 45(2) : 162-172
- The MITRE corporation. (2020, septembre). Coronavirus commission for safety and quality in nursing homes : Commission final report (publication no 20-2378). <https://sites.mitre.org/nhccovidcomm/wp-content/uploads/sites/14/2020/09/FINAL-REPORT-of-NH-Commission-Public-Release-Case-20-2378.pdf>
- True S, Cubanski J, Garfield R, Rae M, Claxton G, Chidambaram P et Orgera K. (2020, 23 avril). *COVID-19 and workers at risk : Examining the long-term care workforce*. Kaiser Family Foundation. <https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/covid-19-and-workers-at-risk-examining-the-long-term-care-workforce/>
- Valeria A, Trottier MC et Gibeault JF. (2020, 23 mai) Ça s'améliore dans les résidences pour aînés. *Journal de Montréal*. <https://www.journaldemontreal.com/2020/05/23/ca-sameliore-dans-les-residences-pour-aines>
- Waitzberg R, Gerkens S, Dimova A, Bryndová L, Vrangbæk K, Jervelund SS, Birk HO, Rajan S et al. (2021). Balancing financial incentives during COVID-19 : A comparison of provider payment adjustments across 20 countries. *Health Policy*, 14 : 33. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.09.015>

- Wenham C, Smith J, Morgan R; Gender and COVID-19 Working Group. (2020). COVID-19 : the gendered impacts of the outbreak. *The Lancet*, 395(10227), 846-848. doi : 10.1016/S0140-6736(20)30526-2
- Werner RM, Hoffman AK et Coe NB. (2020). Long-term care policy after Covid-19. Solving the nursing home crisis. *New England Journal of Medicine*, 383(10) : 903-905. doi : 10.1056/NEJMp2014811
- White EM, Fox Wetle T, Reddy A, Baier RR. (2021). Front-line nursing home staff experiences during the COVID-19 pandemic. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(1) : 199-203. doi : 10.1016/j.jamda.2021.02.031
- Wong K, Chan AHS et Ngan SC. (2019). The effect of long working hours and overtime on occupational health : A meta-analysis of evidence from 1998 to 2018. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(12) : 2102. doi : 10.3390/ijerph16122102

ANNEXE 1 – CONSTRUCTION DES INDICATEURS

Variables dépendantes

Dimension	Sous-dimension (1)	Sous-dimension (2)	Indicateurs	Variables à la base de la construction	Échelle	Construction et interprétation	
Ressources	Soutien psychosocial	Soutien du supérieur immédiat et des collègues	(11) Soutien du supérieur immédiat	(V1) Mon supérieur immédiat réussit à faire travailler les gens ensemble	1. Fortement en désaccord; 2. En désaccord; 3. D'accord; 4. Fortement d'accord	$I1 = (V1 + V2 + V3 + V4 + V5) / 5$ Interprétation Plus le score est élevé, plus le soutien du supérieur est favorable. Un score ≥ 3 indique un positionnement moyen sur les catégories les plus favorables de l'échelle.	
				(V2) Mon supérieur immédiat prête attention à ce que je dis	1. Fortement en désaccord; 2. En désaccord; 3. D'accord; 4. Fortement d'accord		
				(V3) Mon supérieur immédiat facilite la réalisation de mon travail	1. Fortement en désaccord; 2. En désaccord; 3. D'accord; 4. Fortement d'accord		
				(V4) Mon supérieur immédiat se sent concerné par le bien-être de ses subordonnés	1. Fortement en désaccord; 2. En désaccord; 3. D'accord; 4. Fortement d'accord		
				(V5) Mon supérieur immédiat a une attitude hostile ou conflictuelle envers moi	1. Fortement d'accord; 2. D'accord; 3. En désaccord; 4. Fortement en désaccord		
			(12) Soutien des collègues	(V6) Mes collègues facilitent l'exécution de mon travail	1. Fortement en désaccord; 2. En désaccord; 3. D'accord; 4. Fortement d'accord		$I2 = (V6 + V7 + V8 + V9 + V10) / 5$ Interprétation Plus le score est élevé, plus le soutien des collègues est favorable. Un score ≥ 3 indique un positionnement moyen sur les catégories les plus favorables de l'échelle.
				(V7) Les collègues avec qui je travaille sont compétents pour accomplir leur travail	1. Fortement en désaccord; 2. En désaccord; 3. D'accord; 4. Fortement d'accord		
				(V8) Les collègues avec qui je travaille sont amicaux	1. Fortement en désaccord; 2. En désaccord; 3. D'accord; 4. Fortement d'accord		
				(V9) Les collègues avec qui je travaille me manifestent de l'intérêt	1. Fortement en désaccord; 2. En désaccord; 3. D'accord; 4. Fortement d'accord		
				(V10) Mes collègues ont une attitude hostile ou conflictuelle envers moi	1. Fortement d'accord; 2. D'accord; 3. En désaccord; 4. Fortement en désaccord		
		Latitudo décisionnelle	(13) Latitudo décisionnelle	(V11) Mon travail exige que j'apprenne des choses nouvelles	1. Fortement en désaccord; 2. En désaccord; 3. D'accord; 4. Fortement d'accord	$I3 = (V11 + V12 + V13 + V14 + V15 + V16 + V17 + V18 + V19) / 9$ Interprétation Plus le score est élevé, plus le soutien du supérieur est favorable. Un score ≥ 3 indique un positionnement moyen sur les catégories les plus favorables de l'échelle.	
				(V12) Mon travail exige un niveau élevé de qualifications	1. Fortement en désaccord; 2. En désaccord; 3. D'accord; 4. Fortement d'accord		
				(V13) J'ai la liberté de décider comment je fais mon travail	1. Fortement en désaccord; 2. En désaccord; 3. D'accord; 4. Fortement d'accord		
				(V14) J'ai passablement d'influence sur la façon dont les choses se passent à mon travail	1. Fortement en désaccord; 2. En désaccord; 3. D'accord; 4. Fortement d'accord		
				(V15) Mon travail me permet de prendre des décisions de façon autonome	1. Fortement en désaccord; 2. En désaccord; 3. D'accord; 4. Fortement d'accord		
				(V16) Au travail, j'ai la possibilité de faire plusieurs choses différentes	1. Fortement en désaccord; 2. En désaccord; 3. D'accord; 4. Fortement d'accord		
				(V17) Dans mon travail, je dois faire preuve de créativité	1. Fortement en désaccord; 2. En désaccord; 3. D'accord; 4. Fortement d'accord		
				(V18) Au travail, j'ai la possibilité de développer mes habiletés personnelles	1. Fortement en désaccord; 2. En désaccord; 3. D'accord; 4. Fortement d'accord		
				(V19) Mon travail consiste à refaire toujours les mêmes choses	1. Fortement d'accord; 2. D'accord; 3. En désaccord; 4. Fortement en désaccord		

Dimension	Sous-dimension (1)	Sous-dimension (2)	Indicateurs	Variables à la base de la construction	Échelle	Construction et interprétation
Ressources	Soutien psychosocial	Services de soutien psychologique	(14) Accès à une ligne d'aide téléphonique	(V20) Avez-vous eu accès à une ligne d'aide téléphonique?	0. Non; 1. Oui	-
			(15) Accès à du soutien psychologique en ligne	(V21) Avez-vous eu accès à du soutien psychologique en ligne?	0. Non; 1. Oui	-
			(16) Accès à du soutien psychologique en milieu de travail	(V22) Avez-vous eu accès à du soutien psychologique directement sur le milieu de travail?	0. Non; 1. Oui	-
	Soutien psychosocial (Contexte et fonctionnement de l'équipe de travail)	Préparation à faire face à des situations imprévues	(17) Disposition mise en place pour se préparer aux imprévus	(V23) Mon équipe a mis en place des dispositions pour se préparer à des situations imprévues	1. Fortement en désaccord; 2. En désaccord; 3. Ni en désaccord, ni en accord; 4. D'accord; 5. Fortement d'accord	Recode Catégories 1 et 2=1 Catégories 3, 4 et 5=0
			(18) Modification de la capacité de l'équipe à se préparer aux imprévus	(V24) Avant et durant la première vague, la capacité de mon équipe à se préparer à des imprévus...	1. a augmenté avec la 1 ^{re} vague; 2. a diminué avec la 1 ^{re} vague; 3. Est restée inchangée	-
		Réaction à des situations imprévues	(19) Réaction de l'équipe situations et aux événements imprévus	(V25) Mon équipe réagit bien aux situations et aux événements imprévus	1. Fortement en désaccord; 2. En désaccord; 3. Ni en désaccord, ni en accord; 4. D'accord; 5. Fortement d'accord	Recode Catégories 1 et 2=1 Catégories 3, 4 et 5=0
			(110) Modification de la capacité de l'équipe à réagir aux imprévus	(V26) Avant et durant la première vague, la capacité de mon équipe à réagir à des imprévus...	1. a augmenté avec la 1 ^{re} vague; 2. a diminué avec la 1 ^{re} vague; 3. Est restée inchangée	-
		Leadership du supérieur immédiat	(111) Modification du leadership du supérieur immédiat	(V27) Avant et durant la première vague, le leadership de mon supérieur immédiat dans son soutien à l'équipe...	1. S'est amélioré avec la 1 ^{re} vague; 2. S'est dégradé avec la 1 ^{re} vague; 3. Est resté inchangé	-
		Communication	(112) Modification de la communication au sein de l'équipe	(V28) Avant et durant la première vague, la communication au sein de mon équipe...	1. S'est améliorée avec la 1 ^{re} vague; 2. S'est dégradée avec la 1 ^{re} vague; 3. Est restée inchangée	-
		Coordination	(113) Modification de la coordination au sein de l'équipe	(V29) Avant et durant la première vague, la coordination au sein de mon équipe...	1. S'est améliorée avec la 1 ^{re} vague; 2. S'est dégradée avec la 1 ^{re} vague; 3. Est restée inchangée	-
	Cohésion	(114) Modification de la cohésion de l'équipe	(V30) Avant et durant la première vague, la cohésion de mon équipe...	1. S'est améliorée avec la 1 ^{re} vague; 2. S'est dégradée avec la 1 ^{re} vague; 3. Est restée inchangée	-	

Dimension	Sous-dimension (1)	Sous-dimension (2)	Indicateurs	Variables à la base de la construction	Échelle	Construction et interprétation
Ressources	Soutien en matière de santé et sécurité au travail	Soutien en matière de prévention et contrôle des infections	(I15) Accès à des formations PCI	(V31) Avez-vous eu accès à des formations offertes en prévention et contrôle des infections dans une langue que vous maîtrisez bien ?	0. Non; 1. Oui	-
			(I16) Accès à de l'information sur la PCI (1)	(V32) Avez-vous eu accès à de l'information ou recommandations écrites sur la prévention et le contrôle des infections (courriels, dépliants) ?	0. Non; 1. Oui	-
			(I17) Accès à de l'information sur la PCI (2)	(V33) Avez-vous eu accès à de l'information ou recommandations affichées sur la prévention et le contrôle des infections ?	0. Non; 1. Oui	-
			(I18) Rétroactions sur les pratiques de PCI	(V34) Avez-vous reçu des rétroactions sur vos pratiques de prévention et contrôle des infections ?	0. Non; 1. Oui	-
			(I19) Accès à des exercices pratiques pour EPI	(V35) Avez-vous eu accès à des exercices pratiques sur l'utilisation des équipements de protection individuelle ?	0. Non; 1. Oui	-
			(I20) Accès à de l'information sur le statut COVID	(V36) Avez-vous eu accès à de l'information pour bien savoir qui sont les patients suspectés ou confirmés COVID-19 ?	0. Non; 1. Oui	-
		Soutien syndical et du bureau de santé et sécurité au travail	(I21) Soutien du bureau SST	(V37) Dans quelle mesure êtes-vous satisfait du soutien du bureau de santé et sécurité au travail de votre organisation ?	1. Très insatisfait; 2. Insatisfait; 3. Satisfait; 4. Très satisfait	Recode Catégories 1 et 2=0 Catégories 3 et 4=1
			(I22) Soutien du syndicat	(V38) Dans quelle mesure êtes-vous satisfait du soutien de votre syndicat ?	1. Très insatisfait; 2. Insatisfait; 3. Satisfait; 4. Très satisfait	Recode Catégories 1 et 2=0 Catégories 3 et 4=1
		Accès à l'équipement de protection individuelle Ces questions ont été posées en deux temps : 1. Lors de contacts avec des usagers non suspectés d'être atteints de COVID-19 2. Lors de contacts avec des usagers positifs à la COVID-19	(I23) Port du masque de procédure	(V39) À quelle fréquence avez-vous utilisé le masque de procédure ?	1. Jamais; 2. Parfois; 3. Souvent; 4. Toujours	Recode Catégories 1, 2 et 3 = 0 Catégorie 4 = 1
			(I24) Port du masque N95	(V40) À quelle fréquence avez-vous utilisé le masque N95 ?	1. Jamais; 2. Parfois; 3. Souvent; 4. Toujours	Recode Catégories 1, 2 et 3 = 0 Catégorie 4 = 1
			(I25) Port d'une protection oculaire	(V41) À quelle fréquence avez-vous utilisé une protection oculaire ?	1. Jamais; 2. Parfois; 3. Souvent; 4. Toujours	Recode Catégories 1, 2 et 3 = 0 Catégorie 4 = 1
			(I26) Port de gants	(V42) À quelle fréquence avez-vous utilisé des gants ?	1. Jamais; 2. Parfois; 3. Souvent; 4. Toujours	Recode Catégories 1, 2 et 3 = 0 Catégorie 4 = 1
			(I27) Port d'une blouse de protection	(V43) À quelle fréquence avez-vous utilisé une blouse de protection ?	1. Jamais; 2. Parfois; 3. Souvent; 4. Toujours	Recode Catégories 1, 2 et 3 = 0 Catégorie 4 = 1
		Accès au dépistage	(I28) Accès aux tests de dépistage	(V44) Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de l'accès aux tests de dépistage de la COVID-19 pour les travailleurs de la santé ?	1. Très insatisfait; 2. Insatisfait; 3. Satisfait; 4. Très satisfait	Recode Catégories 1 et 2 = 0 Catégories 3 et 4 = 1
			(I29) Accès aux résultats de tests	(V45) Dans quelle mesure êtes-vous satisfait des délais d'obtention des résultats des tests de dépistage de la COVID-19 pour les travailleurs de la santé ?	1. Très insatisfait; 2. Insatisfait; 3. Satisfait; 4. Très satisfait	Recode Catégories 1 et 2 = 0 Catégories 3 et 4 = 1

Dimension	Sous-dimension (1)	Sous-dimension (2)	Indicateurs	Variables à la base de la construction	Échelle	Construction et interprétation
Ressources	Soutien clinico-administratif		(I30) Accès à des plans d'intervention	(V46) Avez-vous eu accès à des plans d'intervention et lignes directrices permettant de vous guider dans l'exécution de votre travail ?	0. Non; 1. Oui	-
			(I31) Accès à des protocoles pour faire face à des imprévus	(V47) Avez-vous eu accès à des protocoles permettant de faire face à des situations imprévues ?	0. Non; 1. Oui	-
			(I32) Accès à une personne-ressource	(V48) Avez-vous eu accès à une personne-ressource pouvant vous conseiller en cas de besoin ?	0. Non; 1. Oui	-
	Soutien matériel	Ressources d'aide matérielle	(I33) Activités de reconnaissances	(V49) Avez-vous eu accès à des activités de reconnaissance de votre employeur pour récompenser et motiver les employés ?	0. Non; 1. Oui	-
			(I34) Accès à des services de garde	(V50) Avez-vous eu accès à des services de garde gratuits ?	0. Non; 1. Oui	-
			(I35) Accès à du transport vers lieu de travail	(V51) Avez-vous eu accès à du transport vers votre lieu de travail ?	0. Non; 1. Oui	-
			(I36) Accès à du transport vers domicile	(V52) Avez-vous eu accès à du transport vers votre domicile ?	0. Non; 1. Oui	-
			(I37) Accès à un logement d'appoint	(V53) Avez-vous eu accès à un logement d'appoint ?	0. Non; 1. Oui	-
			(I38) Accès à des salles de répit	(V54) Avez-vous eu accès à des salles de répit ?	0. Non; 1. Oui	-
	Demandes	Demandes psychosociales	Exigences de l'emploi	(I39) Exigences psychologiques	(V55) Mon travail exige d'aller très vite	1. Fortement en désaccord; 2. En désaccord; 3. D'accord; 4. Fortement d'accord
(V56) On me demande de faire une quantité excessive de travail				1. Fortement en désaccord; 2. En désaccord; 3. D'accord; 4. Fortement d'accord		
(V57) J'ai suffisamment de temps pour faire mon travail				1. Fortement d'accord; 2. D'accord; 3. En désaccord; 4. Fortement en désaccord		
(V58) Je reçois des demandes contradictoires de la part des autres				1. Fortement en désaccord; 2. En désaccord; 3. D'accord; 4. Fortement d'accord		
(V59) Mon travail exige de travailler très fort				1. Fortement en désaccord; 2. En désaccord; 3. D'accord; 4. Fortement d'accord		
(V60) Mon travail m'oblige à me concentrer intensément pendant de longues périodes				1. Fortement en désaccord; 2. En désaccord; 3. D'accord; 4. Fortement d'accord		
(V61) Mon travail est souvent interrompu avant que je ne l'aie terminé, je dois alors y revenir plus tard				1. Fortement en désaccord; 2. En désaccord; 3. D'accord; 4. Fortement d'accord		
(V62) Mon travail est très mouvementé				1. Fortement en désaccord; 2. En désaccord; 3. D'accord; 4. Fortement d'accord		
(V63) Je suis souvent ralenti dans mon travail parce que je dois attendre que les autres aient terminé le leur				1. Fortement en désaccord; 2. En désaccord; 3. D'accord; 4. Fortement d'accord		

Dimension	Sous-dimension (1)	Sous-dimension (2)	Indicateurs	Variables à la base de la construction	Échelle	Construction et interprétation	
Demandes	Demandes psychosociales	Exigences de l'emploi	(140) Exigences émotionnelles	(V64) Dans quelle mesure avez-vous à traiter avec des clients ou des collègues qui ne vous traitent pas avec respect et politesse?	1. Pas du tout; 2...; 3. Moyennement; 4...; 5. En grande partie	I40=(V64+V65+V66)/3 Interprétation Plus le score est élevé, plus l'emploi est émotionnellement exigeant. Un score < 3 indique un positionnement moyen sur les catégories les plus favorables de l'échelle.	
				(V65) Dans quelle mesure avez-vous à refouler vos propres sentiments pour adopter une attitude neutre?	1. Pas du tout; 2...; 3. Moyennement; 4...; 5. En grande partie		
				(V66) Dans quelle mesure avez-vous à exprimer à l'égard de clients ou de collègues des sentiments qui ne correspondent pas à vos propres sentiments?	1. Pas du tout; 2...; 3. Moyennement; 4...; 5. En grande partie		
			(141) Modification de la pression psychologique	(V67) Avant et durant la première vague de la pandémie, la pression psychologique associée à mon travail...	1. a augmenté avec la 1 ^{re} vague; 2. a diminué avec la 1 ^{re} vague; 3. Est restée inchangée		Recode Catégories 2 et 3=0 Catégorie 1 =1
			(142) Modification des interactions avec usagers et collègues	(V68) Avant et durant la première vague de la pandémie, les interactions avec les usagers et les collègues...	1. étaient plus difficiles avant la pandémie; 2. étaient plus difficiles durant la première vague de la pandémie; 3. n'ont pas changé		Recode Catégories 1 et 3=0 Catégorie 2 = 1
		Conflit et ambiguïté de rôle	(143) Conflit de rôle	(V69) Dans mon travail, je dois souvent répondre à des demandes contradictoires	1. Fortement en désaccord; 2. En désaccord; 3. D'accord; 4. Fortement d'accord	I36=(V62+V63+V64)/3 Interprétation Plus le score est élevé, plus il y a conflit de rôle. Un score < 3 indique un positionnement moyen sur les catégories les plus favorables de l'échelle.	
				(V70) Plusieurs personnes me demandent très souvent de faire la même chose de différentes manières	1. Fortement en désaccord; 2. En désaccord; 3. D'accord; 4. Fortement d'accord		
				(V71) Dans mon travail, je suis souvent confronté à des situations ayant des exigences contradictoires	1. Fortement en désaccord; 2. En désaccord; 3. D'accord; 4. Fortement d'accord		
			(144) Ambiguïté de rôle	(V72) Mes responsabilités au travail ne sont pas clairement définies	1. Fortement en désaccord; 2. En désaccord; 3. D'accord; 4. Fortement d'accord	I44=(V72+V73+V74)/3 Interprétation Plus le score est élevé, plus il y a ambiguïté de rôle. Un score < 3 indique un positionnement moyen sur les catégories les plus favorables de l'échelle.	
				(V73) Je ne suis pas certain du degré de responsabilité que j'ai	1. Fortement en désaccord; 2. En désaccord; 3. D'accord; 4. Fortement d'accord		
				(V74) Je n'ai pas une idée précise de ce que l'on attend de moi dans mon rôle	1. Fortement en désaccord; 2. En désaccord; 3. D'accord; 4. Fortement d'accord		
		Conflit travail-famille	(145) Conciliation travail-famille	(V75) Les exigences de mon travail interfèrent avec ma vie à la maison et ma vie de famille	1. Fortement en désaccord; 2. En désaccord; 3. D'accord; 4. Fortement d'accord	I45=(V75+V76+V77+V78+V79)/5 Interprétation Plus le score est élevé, plus la conciliation travail-famille est difficile. Un score < 3 indique un positionnement moyen sur les catégories les plus favorables de l'échelle.	
				(V76) La quantité de temps qu'occupe mon travail ne me permet pas d'assumer mes responsabilités familiales	1. Fortement en désaccord; 2. En désaccord; 3. D'accord; 4. Fortement d'accord		
				(V77) Ce que je veux faire à la maison reste en plan à cause des exigences de mon travail	1. Fortement en désaccord; 2. En désaccord; 3. D'accord; 4. Fortement d'accord		
				(V78) Mon travail me permet difficilement de faire face à mes obligations familiales	1. Fortement en désaccord; 2. En désaccord; 3. D'accord; 4. Fortement d'accord		
(V79) En raison des tâches liées à mon travail, je dois changer les plans de mes activités familiales	1. Fortement en désaccord; 2. En désaccord; 3. D'accord; 4. Fortement d'accord						

Dimension	Sous-dimension (1)	Sous-dimension (2)	Indicateurs	Variables à la base de la construction	Échelle	Construction et interprétation
Demandes	Conditions matérielles de travail	Exposition à la COVID-19	(146) Contact avec un usager positif	(V80) Situations lors desquelles vous avez été exposé à la COVID-19 [Contact avec un usager positif à la COVID-19]	0. Non ; 1. Oui	-
			(147) Contact avec un usager suspecté d'être positif	(V81) Situations lors desquelles vous avez été exposé à la COVID-19 [Contact avec un usager suspecté d'être positif à la COVID-19]	0. Non ; 1. Oui	-
			(148) Contact avec un collègue positif à la COVID-19	(V82) Situations lors desquelles vous avez été exposé à la COVID-19 [Contact avec un collègue positif à la COVID-19]	0. Non ; 1. Oui	-
			(149) Contact avec des travailleurs œuvrant en zone rouge	(V83) Situations lors desquelles vous avez été exposé à la COVID-19 [Contact avec des travailleurs œuvrant en zone chaude (rouge)]	0. Non ; 1. Oui	-
			(150) Contact avec une personne positive à la COVID-19 de votre domicile	(V84) Situations lors desquelles vous avez été exposé à la COVID-19 [Contact avec une personne positive à la COVID-19 de votre domicile]	0. Non ; 1. Oui	-
			(151) Contact avec une autre personne positive à la COVID-19	(V85) Situations lors desquelles vous avez été exposé à la COVID-19 [Contact avec une personne positive à la COVID-19 à l'extérieur de votre domicile et de votre lieu de travail]	0. Non ; 1. Oui	-
			(152) Travail en zone rouge	(V86) Situations lors desquelles vous avez été exposé à la COVID-19 [Travail en zone rouge]	0. Non ; 1. Oui	-
			(153) Travail en zone jaune	(V87) Situations lors desquelles vous avez été exposé à la COVID-19 [Travail en zone jaune]	0. Non ; 1. Oui	-
			(154) Soins à proximité d'un usager positif	(V88) Situations lors desquelles vous avez été exposé à la COVID-19 [Soins directs à moins de 2 mètres d'usagers positif à la COVID-19]	0. Non ; 1. Oui	-
		Transfert et réaménagement de l'espace de travail	(155) Transféré à une autre unité de soins	(V89) Votre emploi a-t-il été affecté par les types de changements suivants? [Affectation à une autre unité de soins dans la même installation]	0. Non ; 1. Oui	-
			(156) Transféré à une autre installation	(V90) Votre emploi a-t-il été affecté par les types de changements suivants? [Affectation à une autre installation]	0. Non ; 1. Oui	-
			(157) Réaménagement de l'unité	(V91) Votre emploi a-t-il été affecté par les types de changements suivants? [Réaménagement physique de l'unité ou du département où vous travaillez]	0. Non ; 1. Oui	-
			(158) Réaménagement de l'espace personnel	(V92) Votre emploi a-t-il été affecté par les types de changements suivants? [Réaménagement physique de votre espace personnel de travail]	0. Non ; 1. Oui	-

Dimension	Sous-dimension (1)	Sous-dimension (2)	Indicateurs	Variables à la base de la construction	Échelle	Construction et interprétation
Demandes	Conditions organisationnelles de travail	Modifications des tâches	(159) Redéfinition des tâches	(V93) Votre emploi a-t-il été affecté par les types de changements suivants? [Redéfinition de vos rôles et tâches]	0. Non ; 1. Oui	-
			(160) Assignation de tâches inhabituelles	(V94) Votre emploi a-t-il été affecté par les types de changements suivants? [Assignation à des tâches qui sont en dehors des responsabilités de votre groupe d'emploi]	0. Non ; 1. Oui	-
		Horaires de travail et temps de travail	(161) Modification de l'horaire de travail	(V95) Votre emploi a-t-il été affecté par les types de changements suivants? [Modification de l'horaire de travail]	0. Non ; 1. Oui	-
			(162) Heures supplémentaires volontaires	(V96) Dans quelle mesure votre emploi a-t-il été affecté par les types de changements suivants? [Augmentation des heures supplémentaires]	1. Pas du tout ; 2. Peu ; 3. Assez ; 4. Beaucoup	Recode Catégories 1 et 2=0 Catégories 3 et 4 = 1
			(163) Heures supplémentaires obligatoires	(V97) Dans quelle mesure votre emploi a-t-il été affecté par les types de changements suivants? [Augmentation des heures supplémentaires obligatoires]	1. Pas du tout ; 2. Peu ; 3. Assez ; 4. Beaucoup	Recode Catégories 1 et 2=0 Catégories 3 et 4 = 1
			(164) Période de repos	(V98) Dans quelle mesure votre emploi a-t-il été affecté par les types de changements suivants? [Diminution des périodes de repos]	1. Pas du tout ; 2. Peu ; 3. Assez ; 4. Beaucoup	Recode Catégories 1 et 2=0 Catégories 3 et 4 = 1
		Charge de travail	(165) Charge de travail	(V99) Dans quelle mesure votre emploi a-t-il été affecté par les types de changements suivants? [Augmentation de la charge de travail]	1. Pas du tout ; 2. Peu ; 3. Assez ; 4. Beaucoup	Recode Catégories 1 et 2=0 Catégories 3 et 4 = 1
Engagement envers l'organisation	Intention de quitter		(166) Intention de quitter son emploi au cours de la prochaine année	(V100) Actuellement, je pense souvent à quitter mon organisation	1. Fortement en désaccord; 2. En désaccord; 3. Neutre ; 4. D'accord; 5. Fortement d'accord	$I66 = (V100+V101+V102)/3$ Interprétation Plus le score est élevé, plus il y a l'intention de quitter l'emploi est forte. Un score >3 indique une plus forte intention de quitter son emploi.
			(V101) Je vais probablement chercher un nouvel emploi durant l'année qui vient	1. Fortement en désaccord; 2. En désaccord; 3. Neutre ; 4. D'accord; 5. Fortement d'accord		
			(V102) Quelle est la probabilité que vous recherchiez un nouvel emploi dans une autre organisation durant l'année qui vient?	1. Très faible; 2. Faible; 3. Moyenne ; 4. Élevée; 5. Très élevée		

