

RÉSILIENCE DES SYSTÈMES DES SOINS DE SANTÉ

Analyse longitudinale et multidimensionnelle de la confiance dans le système de santé et des services sociaux du Québec.

Charles Fleury, Nancy Côté, Simon Coulombe, Émilie Dionne, Yannick Dufresne, Isabelle Feillou et Sylvain Luc





Cette recherche est financée par le Ministère de l'Économie et de l'Innovation dans le cadre du Programme de soutien aux organismes de recherche et d'innovation (PSO) – Recherche et innovation - Volet 2a.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	10
INTRODUCTION	18
CHAPITRE 1 : CADRE THÉORIQUE	20
1. Résilience des systèmes de soins de santé et résilience organisationnelle	20
2. Résilience, apprentissage et confiance.....	21
CHAPITRE 2 : OBJECTIFS ET OPÉRATIONNALISATION	24
CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE	27
1. Phase 1.....	27
1.1. Questionnaire.....	28
1.2. Groupes de discussion	29
2. Phase 2.....	29
2.1. Questionnaire.....	30
2.2. Groupes de discussion	30
3. Profil des participants aux questionnaires des phases 1 et 2.....	31
3.1. Profil sociodémographique	31
3.2. Caractéristiques de l'emploi principal	33
3.3. Réaffectations et travail en zone chaude ou tiède	36
3.4. Caractéristiques de l'horaire de travail et absence du travail	37
3.5. Indicateurs de santé.....	40
3.6. Appréciation des effectifs au travail et de la qualité des soins offerts.....	42
CHAPITRE 4 : ÉVOLUTION DE LA CONFIANCE DEPUIS LE DÉBUT DE LA PANDÉMIE	45
1. La confiance a diminué pour tous les items mesurés.....	47
1.1. La confiance envers l'employeur semble encore plus problématique qu'avant la pandémie	48
1.2. La confiance envers le personnel d'agence demeure faible.....	50
1.3. La confiance envers les supérieurs immédiats semble devenir problématique	50
1.4. La confiance envers la famille et les proches des patients s'affaiblit, mais les participants et participantes font toujours relativement confiance aux patients	52
1.5. Un choix de carrière fortement remis en question, mais la confiance en ses capacités à bien faire son travail demeure assez forte	53
1.6. La confiance à l'égard des collègues de travail demeure parmi les plus fortes	54

2.	Analyse de la diminution des niveaux de confiance	55
2.1.	Diminution de la confiance personnelle : choix de carrière et capacités	57
2.2.	Diminution de la confiance envers les supérieurs immédiats et l'employeur	67
2.3.	Diminution de la confiance envers les collègues et le personnel d'agence	75
2.4.	Diminution de la confiance envers les patients, leur famille et leurs proches	85
3.	État de la confiance en décembre 2022	93
3.1.	Augmentation de la confiance envers les supérieurs immédiats	95
3.2.	Augmentation de la confiance envers le choix de carrière	101
4.	Synthèse	106
CHAPITRE 5 : CONFIANCE ORGANISATIONNELLE VERTICALE ET IMPERSONNELLE		109
1.	La confiance envers la direction	109
1.1.	La mesure	110
1.2.	Niveaux de confiance et de perception critique envers la gestion de l'organisation	114
1.3.	Synthèse	128
2.	La confiance envers les supérieurs immédiats	129
2.1.	La mesure	129
2.2.	Niveaux de confiance envers les supérieurs immédiats	133
2.3.	Synthèse	141
3.	La confiance à l'égard des mesures de protection	143
3.1.	La mesure	143
3.2.	Niveaux de confiance à l'égard des mesures de protection	147
3.3.	Synthèse	163
CHAPITRE 6 : CONFIANCE ORGANISATIONNELLE HORIZONTALE		164
1.	La confiance envers les collègues de travail	164
1.1.	La mesure	164
1.2.	Niveaux de confiance envers les collègues de travail	166
1.3.	Synthèse	175
2.	La confiance envers les patients	177
2.1.	La mesure	177
2.2.	Niveaux de confiance envers les patients	179
2.3.	Synthèse	188
CHAPITRE 7 : CONFIANCE PERSONNELLE		190
1.	La mesure	190

2.	Niveaux de confiance personnelle.....	193
2.1.	Selon les caractéristiques de l'emploi principal.....	193
2.2.	Selon les caractéristiques de l'horaire de travail et les absences du travail	197
2.3.	Selon les réaffectations et le travail en zone chaude ou tiède.....	200
2.4.	Selon l'appréciation des effectifs au travail et de la qualité des soins offerts	202
2.5.	Selon les indicateurs de santé.....	204
2.6.	Selon les caractéristiques sociodémographiques	206
3.	Synthèse.....	208
CHAPITRE 8 : CONFIANCE INSTITUTIONNELLE		209
1.	La mesure.....	210
2.	Niveaux de confiances envers les institutions	213
2.1.	Selon les caractéristiques de l'emploi principal.....	213
2.2.	Selon les caractéristiques de l'horaire de travail et les absences du travail	216
2.3.	Selon les réaffectations et le travail en zone chaude ou tiède.....	219
2.4.	Selon l'appréciation des effectifs au travail et de la qualité des soins offerts	221
2.5.	Selon les indicateurs de santé.....	223
2.6.	Selon les caractéristiques sociodémographiques	225
3.	Synthèse.....	227
CHAPITRE 9 : UNE SYNTHÈSE SUR LA CONFIANCE.....		229
1.	Les caractéristiques de l'emploi principal.....	230
1.1.	Les groupes professionnels	230
1.2.	Les établissements	237
1.3.	Les autres caractéristiques de l'emploi principal.....	239
2.	Les caractéristiques de l'horaire de travail et les absences du travail	242
3.	Les réaffectations et le travail en zone chaude ou tiède.....	245
4.	L'appréciation des effectifs au travail et de la qualité des soins offerts	250
5.	Les indicateurs de santé.....	252
6.	Les caractéristiques sociodémographiques	255
6.1.	Âge, sexe et statut d'immigration.....	255
6.2.	Situations conjugale et familiale	257
CHAPITRE 10 : LES CHANGEMENTS SOUHAITÉS		260
1.	Les groupes de discussion.....	260
1.1.	Une gestion participative	260

1.2.	De la reconnaissance.....	262
1.3.	Un soutien accru	263
2.	Le questionnaire de la phase 2	264
2.1.	Changements à apporter pour accroître le niveau de confiance au travail	265
2.2.	Changements dans les conditions d'emploi et de travail	267
2.3.	Changements dans la structure organisationnelle et la gestion de l'établissement.....	271
2.4.	Changements dans le soutien offert au personnel.....	276
2.5.	Changements dans le niveau d'autonomie et de latitude décisionnelle.....	280
2.6.	Changements dans le fonctionnement des équipes de travail	284
3.	Synthèse.....	287
CHAPITRE 11 : POINT DE VUE DES CADRES INTERMÉDIAIRES.....		289
1.	Comment les cadres intermédiaires expliquent-ils les niveaux de confiance des professionnels?	290
1.1.	Les enjeux du manque de personnel	290
1.2.	L'anxiété et la perte de sens en contexte de pandémie.....	291
1.3.	Un soutien psychologique, une offre de formation et un système de communication défailants.....	293
1.4.	Le roulement des cadres.....	293
2.	Stratégies mises en place par les cadres intermédiaires pour accroître la confiance des membres de leur équipe	294
2.1.	Les conditions d'emploi et de travail	294
2.2.	La structure organisationnelle et la gestion de l'établissement.....	295
2.3.	Le soutien au personnel	297
2.4.	L'autonomie et la latitude.....	298
2.5.	Le fonctionnement des équipes.....	299
3.	Contraintes vécues par les cadres intermédiaires pour introduire des changements	300
3.1.	Les enjeux de main-d'œuvre.....	300
3.2.	Le contexte organisationnel.....	303
3.3.	Des cadres intermédiaires dans une position inconfortable	306
3.4.	Des cadres intermédiaires qui se sentent peu soutenus.....	308
4.	Solutions et recommandations proposées par les cadres intermédiaires	309
4.1.	Les recommandations visant l'offre de services	309
4.2.	Les recommandations visant le personnel	311

4.3. Les recommandations visant la structure organisationnelle et la gestion des établissements ..	313
5. Synthèse.....	316
CONCLUSION.....	319
1. Les facteurs liés aux niveaux de confiance et à leur diminution	319
1.1. Le temps supplémentaire obligatoire et le type de quart de travail.....	319
1.2. L'auto-évaluation de l'état de santé.....	320
1.3. L'appréciation des effectifs au travail et de la qualité des soins offerts aux patients	320
1.4. Le type d'emploi occupé et le lieu de travail	321
1.5. L'âge et la proche aidance	321
2. Les changements souhaités par le personnel soignant	322
3. Le point de vue des cadres intermédiaires.....	324
BIBLIOGRAPHIE.....	326

RÉSUMÉ

La crise sanitaire liée à la COVID-19 invite les décideurs à s'interroger sur la capacité de résilience des systèmes de soins de santé, c'est-à-dire à leur capacité à faire face à de telles situations, qu'elles soient actuelles ou futures. Posant la confiance comme une condition nécessaire à cette capacité de résilience, cette recherche s'intéresse aux différentes dimensions de la confiance chez le personnel infirmier, les préposés et préposées aux bénéficiaires, les auxiliaires aux services de santé et sociaux, les aides de services et les inhalothérapeutes travaillant dans un établissement du système québécois de santé et de services sociaux. Elle s'intéresse plus spécifiquement à la confiance organisationnelle, personnelle et institutionnelle et vise à faire état des différents niveaux de confiance et de leur évolution depuis le début de la pandémie, à identifier les facteurs contextuels, organisationnels et institutionnels qui influent sur ces niveaux de confiance, et à réfléchir aux changements organisationnels qui pourraient être mis en place afin d'assurer des niveaux de confiance élevés.

La recherche comportait deux phases et s'appuyait sur la collecte et l'analyse de données quantitatives et qualitatives. La première phase avait pour objectif de mesurer la confiance ainsi que des facteurs susceptibles d'être associés à la confiance afin d'analyser ces associations. Elle comportait deux principaux volets : 1) un questionnaire en ligne soumis auprès de la population cible et 2) l'organisation de groupes de discussion et d'entretiens individuels avec des membres de la population cible. Le questionnaire avait pour but de mesurer la confiance auprès de la population cible. De manière plus spécifique, il s'agissait de mesurer l'évolution de la confiance personnelle (capacités à bien faire son travail, choix de carrière), organisationnelle-interpersonnelle (employeur, supérieurs immédiats, collègues, personnel des agences, patients, familles et proches des patients), organisationnelle-impersonnelle (gestion de la sécurité en

milieu de travail, accès à l'information, qualité de l'information) et institutionnelle (institutions liées à la gestion de la pandémie, médias) depuis le début de la pandémie, mais aussi de mesurer différents facteurs susceptibles d'expliquer les niveaux de confiance, comme les caractéristiques de l'emploi (catégorie d'emploi, lieu de travail, ancienneté, statut d'emploi, région de travail), les caractéristiques de l'horaire de travail (heures de travail, temps supplémentaire, quart de travail, absences du travail), les réaffectations et le travail en zone chaude ou tiède, l'appréciation des effectifs au travail et de la qualité des soins offerts aux patients, la perception de l'état de santé physique et mentale et les caractéristiques sociodémographiques (sexe, âge, lieu de naissance, situations conjugale et familiale, situation de proche aidance). La collecte des données s'est déroulée du 11 mai au 6 juillet 2021 auprès de 646 personnes, recrutées par l'intermédiaire des organisations syndicales et des réseaux sociaux. Réalisés entre novembre 2021 et juillet 2022, les groupes de discussion (5) et les entretiens individuels (15) ont permis de rencontrer 14 préposés et préposées aux bénéficiaires, huit infirmiers et infirmières auxiliaires, 13 infirmiers et infirmières (incluant des cliniciens et des cliniciennes) et une inhalothérapeute. Lors de ces activités, les personnes participantes étaient invitées à réagir aux résultats du questionnaire quantitatif et à réfléchir à des changements pour assurer des niveaux de confiance élevés ainsi qu'aux défis associés à la mise en place de ces changements.

La deuxième phase de la recherche avait pour objectif de faire le bilan des répercussions de la crise sur la résilience du système de santé et de mesurer l'ouverture au changement. Elle comportait elle aussi deux volets : 1) un questionnaire en ligne soumis auprès des participants et participantes de la phase 1 et 2) des groupes de discussion avec des gestionnaires. Soumis en décembre 2022, le questionnaire a été rempli par 303 des 646 personnes participantes de la phase 1. Il visait à mesurer de nouveau l'évolution des diverses dimensions de la confiance et certains facteurs susceptibles de les expliquer, mais aussi à connaître les changements qui, dans la perspective des travailleurs et travailleuses, permettraient d'assurer des niveaux de confiance élevés. Les groupes de discussions (cinq) réalisés à l'automne 2022 ont permis de rencontrer 25 cadres intermédiaires travaillant au sein du système de santé et des services sociaux du Québec. Ils avaient pour objectif de discuter de l'évolution de la confiance organisationnelle, personnelle et institutionnelle dans le système québécois de santé et de services sociaux depuis le début de la pandémie, et plus spécifiquement d'entendre leurs réactions à propos des principaux résultats de la phase 1 de la recherche, de réfléchir à des changements opérés et souhaités pour réduire les facteurs nuisant à la confiance et d'identifier les défis associés à la mise en place de ces changements.

Les résultats de la recherche révèlent que les niveaux de confiance organisationnelle et personnelle ont diminué depuis le début de la pandémie. La confiance envers l'employeur, déjà problématique avant le début de la pandémie, et la confiance envers les supérieurs immédiats sont les confiances organisationnelles qui ont été les plus affectées. Il semble par ailleurs que de plus en plus de membres du personnel soignant remettent en question leur choix de carrière, comme en témoigne la forte diminution du niveau de confiance pour cet aspect de la confiance personnelle qui est observée depuis le début de la pandémie. Bien qu'ils aient également diminué, les niveaux de confiance envers les collègues de travail, les patients et les capacités à bien faire son travail sont demeurés relativement élevés. La confiance envers le personnel d'agence demeure toutefois faible et une plus grande méfiance est observée à l'égard de la famille et des proches des patients.

L'examen de la diminution des niveaux de confiance et des relations statistiques entre ces niveaux de confiance et les facteurs contextuels, organisationnels et institutionnels permet de faire cinq grands constats, appuyés par les propos tenus par les participants et participantes lors des groupes de discussion.

Le premier de ces constats a trait à l'horaire de travail, et plus spécifiquement au temps supplémentaire obligatoire (TSO) et au type de quart de travail. De manière générale, les participants et participantes qui ont effectué des heures supplémentaires obligatoires au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête (22 % des participants et participantes de la phase 1 et 12 % de ceux de la phase 2) affichent des niveaux de confiance organisationnelle et institutionnelle nettement inférieurs à ceux qui n'en ont pas effectué et rapportent davantage une diminution de ces confiances. Il en va de même des membres du personnel ayant travaillé sur des quarts de soir (36 % des participants et participantes de la phase 1 et 31 % de ceux de la phase 2) ou de nuit (20 % des participants et participantes de la phase 1 et 22 % de ceux de la phase 2), à la différence que pour ceux-ci, la confiance personnelle semble également avoir été négativement affectée. Bien que moins nombreux, les participants et participantes qui ont connu plusieurs changements de quart dans les deux semaines ayant précédé l'enquête (11 % des participants et participantes de la phase 1) affichent également des niveaux de confiance organisationnelle, personnelle et institutionnelle inférieurs à la moyenne du personnel et rapportent davantage une diminution de ces confiances.

Le deuxième constat a trait à l'auto-évaluation de l'état de santé mentale et physique. S'il est difficile d'établir avec précision la nature du lien de causalité entre cette auto-évaluation, les niveaux de confiance et la diminution de ceux-ci, il apparaît clairement que les perceptions négatives de l'état de santé mentale

et, dans une moindre mesure, de l'état de santé physique sont associées à des niveaux de confiance organisationnelle, personnelle et institutionnelle nettement plus faibles et à des diminutions plus importantes de ceux-ci. Ces résultats sont importants dans la mesure où plus du tiers des participants et participantes de la phase 1 et 2 (respectivement 38 % et 39 %) évaluaient négativement leur état de santé mentale et près d'un cinquième (19 % phase 1) – voire plus du quart (27 % phase 2) – évaluaient négativement leur état de santé physique. Ils le sont d'autant plus que les plus faibles niveaux de confiance et les plus fortes diminutions de ceux-ci s'observent chez les participants et participantes qui se sont absentés du travail au cours du mois ayant précédé l'enquête, une situation vécue par près d'une personne sur deux dans les deux phases de la recherche (respectivement 48 % et 46 %). Si l'enquête ne permet pas de connaître les raisons de ces absences, on peut supposer que celles-ci sont en partie liées à la santé physique et mentale des participants et participantes.

Le troisième constat a trait aux effectifs au travail et à la perception de la qualité des soins offerts aux patients. Concernant les effectifs au travail, il apparaît que les participants et participantes qui jugent que ces effectifs étaient inadéquats lors de leur dernier quart de travail (52 % des participants et participantes de la phase 1 et 62 % de ceux de la phase 2) affichent des niveaux de confiance organisationnelle, personnelle et institutionnelle inférieurs à ceux des personnes participantes les jugeant adéquats et rapportent davantage une diminution de ces confiances. En ce qui a trait à la perception de la qualité des soins offerts aux patients lors du dernier quart de travail, il apparaît que les participants et les participantes pour qui la qualité des soins offerts aux patients par leur équipe de travail était passable ou mauvaise (25 % des participants et participantes de la phase 1 et 31 % de ceux de la phase 2) de même que ceux qui portent un jugement semblable à propos de la qualité des soins qu'ils ont offerts aux patients (13 % des participants et participantes de la phase 1 et 16 % de ceux de la phase 2) affichent des niveaux de confiance organisationnelle, personnelle et institutionnelle plus faibles et rapportent davantage une diminution de ces confiances. Il en va de même des participants et des participantes qui ont le sentiment que la qualité des soins offerts aux patients s'est détériorée depuis le début de la pandémie, une perception partagée par près d'une personne sur deux lors de la phase 1 (46 %).

Le quatrième constat a trait au type d'emploi occupé et au lieu de travail. De manière générale, les niveaux de confiance organisationnelle et personnelle apparaissent plus faibles parmi le personnel infirmier, notamment chez les infirmiers cliniciens et infirmières cliniciennes, chez les infirmiers et infirmières ainsi que dans les centres hospitaliers et, dans une moindre mesure, les CHSLD. Le fait d'avoir été réaffecté à d'autres tâches, une autre installation ou un autre établissement depuis le début de la pandémie ne

semble toutefois pas avoir affecté les niveaux de confiance du personnel touché. En revanche, les participants et participantes qui ont travaillé en zone chaude, et dans une moindre mesure, en zone tiède affichent des niveaux de confiance organisationnelle et personnelle généralement plus faibles que ceux qui n'y ont pas travaillé et rapportent davantage une diminution de leur confiance personnelle. Il semble toutefois que ce soit le fait d'avoir travaillé dans les deux zones qui ait été le plus dommageable aux niveaux de confiance organisationnelle et personnelle.

Enfin, si nous observons assez peu de différences selon les caractéristiques sociodémographiques des participants et participantes, il ressort de ces données que le personnel âgé de 35 à 54 ans affiche des niveaux de confiance organisationnelle, personnelle et institutionnelle généralement plus faibles et rapporte davantage une diminution de leur confiance personnelle et de leur confiance organisationnelle verticale (employeur et supérieurs immédiats). C'est notamment dans ce groupe d'âge que la remise en question du choix de carrière et l'insatisfaction en emploi sont les plus présentes. Nous constatons également que les participants et participantes agissant comme proche aidant affichent un niveau de confiance plus faible à l'égard des supérieurs immédiats et se montrent plus inquiets de l'application des mesures sanitaires en milieu de travail. Notons que 13 % (phase 1) à 16 % (phase 2) des participants et participantes agissaient comme proche aidant.

Que ce soit lors des groupes de discussion, des entretiens individuels ou du questionnaire, les professionnels de la santé ayant participé à la présente recherche ont manifesté le souhait que des changements soient apportés dans leur milieu de travail afin d'accroître leurs niveaux de confiance. Mentionnés par les trois quarts des personnes ayant participé à la phase 2 du questionnaire, les changements dans les conditions d'emploi et de travail arrivent en tête de liste des changements souhaités. Essentiellement, les participants et participantes souhaitent un plus grand pouvoir décisionnel sur l'horaire de travail; une réduction, voire l'abolition, du temps supplémentaire obligatoire et des postes en rotation; une plus grande reconnaissance des enjeux liés à la conciliation travail-famille; un plus grand respect des demandes de congés et/ou de vacances; la possibilité de travailler à temps partiel ou des horaires comprimés; une diminution de la charge de travail par l'embauche de personnel; et la stabilisation des équipes de travail. En outre, ils veulent être davantage écoutés et respectés dans leurs choix et leurs besoins et souhaitent une plus grande équité salariale par rapport à d'autres professions – notamment les professions masculines – et des primes, ou la bonification de celles-ci, pour les horaires atypiques et le temps supplémentaire.

Les changements dans la structure organisationnelle et la gestion des établissements arrivent en deuxième place des changements souhaités, ceux-ci étant mentionnés par les deux tiers des participants et participantes. Les changements souhaités renvoient aux qualités des gestionnaires, à la gestion décentralisée et participative ainsi qu'à la cohérence et à la transparence. Concrètement, les participants et participantes souhaitent des gestionnaires plus proactifs et compétents ainsi que plus présents sur le plancher, et ce, sur les différents quarts de travail. En outre, ils souhaitent des rétroactions plus régulières et aimeraient une plus grande stabilité et imputabilité chez les gestionnaires. Ils sont par ailleurs très critiques par rapport à la taille des établissements, jugés trop grands, et souhaitent une gestion décentralisée, plus locale et plus proche des enjeux rencontrés sur le terrain. Ils désirent participer à la prise de décision ou, à tout le moins, être consultés. Enfin, ils aimeraient un meilleur partage des informations, une plus grande transparence et une plus grande clarté et cohérence des règles, consignes et procédures.

Mentionnés par un peu plus d'une personne participante sur deux, les changements dans le soutien offert au personnel et les changements dans le niveau d'autonomie et de latitude arrivent en troisième place des changements souhaités. Sur le plan du soutien, les changements souhaités ont trait à la reconnaissance de leur situation d'emploi difficile (sentiment d'écoute), à la bonification du soutien psychologique (services en temps opportun et en quantité suffisante), aux mesures d'accommodement (reconnaissance des enjeux de conciliation travail-famille), à la disponibilité des superviseurs (présence sur le plancher et disponibilité en cas de besoin sur tous les quarts de travail) et à la charge de travail (renfort pour prendre soins des patients). Les changements dans le niveau d'autonomie et de latitude renvoient pour leur part à l'autonomie et au respect des compétences ainsi qu'à la latitude décisionnelle. Les participants et participantes souhaitent exercer pleinement leur profession et gérer leur temps et leur charge de travail. Ils veulent également avoir accès à toute l'information pertinente pour mieux soigner les patients et être davantage écoutés et impliqués dans les décisions qui les concernent.

Enfin, une personne sur deux fait mention des changements dans le fonctionnement des équipes, qui se rapportent à la consolidation des équipes de travail, à l'accompagnement des recrues ainsi qu'à la collaboration et à la communication. On souhaite des équipes complètes et plus stables, un meilleur accompagnement des nouvelles recrues, une meilleure collaboration interprofessionnelle, davantage de rencontres d'équipes et un meilleur partage de l'information, tant entre supérieurs et subordonnés qu'entre collègues et professions.

Les changements souhaités par les participants et participantes sont liés aux niveaux de confiance mesurés en décembre 2022 lors de la deuxième phase du questionnaire. En effet, les niveaux de confiance personnelle et de confiance organisationnelle sont en effet plus faibles lorsque la personne participante a indiqué qu'un changement était nécessaire pour accroître sa confiance en milieu de travail. L'introduction de tels changements est donc susceptible d'accroître la confiance personnelle et organisationnelle du personnel et, par le fait même, d'accroître la résilience du système de santé québécois.

Les groupes de discussion avec les cadres intermédiaires ont permis à ces derniers d'identifier plusieurs raisons susceptibles d'expliquer les faibles niveaux de confiance personnelle et organisationnelle ainsi que l'affaiblissement de certains d'entre eux depuis le début de la pandémie. Ces raisons ont trait à la charge de travail de plus en plus lourde, aux horaires de travail contraints et peu flexibles, au manque de soutien du personnel et au roulement des cadres intermédiaires. Ces raisons rejoignent, dans une large mesure, celles qui ont été identifiées par le personnel soignant.

Les stratégies déployées par les cadres intermédiaires pour maintenir la confiance des membres de leur équipe sont nombreuses et vont parfois à l'encontre des consignes et directives qui leur ont été données. Elles visaient à : 1) améliorer les conditions de travail; 2) protéger le personnel des directives peu adaptées au milieu de travail et maintenir leur crédibilité au sein des équipes; 3) bonifier le soutien au personnel; 4) reconnaître l'expertise et les compétences des équipes; et 5) favoriser la cohésion d'équipe. Ces stratégies répondent, dans une certaine mesure, aux changements souhaités par le personnel soignant.

Les cadres intermédiaires ont toutefois fait état de nombreuses contraintes qui limitent leur pouvoir d'action en vue d'accroître les niveaux de confiance du personnel soignant. L'une de ces contraintes a trait à la main-d'œuvre. Vu les conditions de travail difficiles, les cadres intermédiaires doivent consacrer une part toujours plus grande de leur temps au recrutement et à la rétention du personnel, ce qui a pour effet de réduire le temps qu'ils peuvent consacrer à d'autres tâches. Le recours aux agences privées amène également son lot de défis (qualifications, équité). Il en va de même de la gestion de la nouvelle génération de professionnels, pour laquelle les gestionnaires disent avoir été peu préparés. Une autre contrainte concerne le mode de fonctionnement du réseau de la santé, très bureaucraté, et au caractère centralisé de la prise de décisions. Les cadres intermédiaires se plaignent notamment de ne pas être consultés sur les décisions qu'ils doivent appliquer dans leur milieu de travail. Ils disent devoir composer avec des directives plus ou moins adaptées à leur réalité, qui s'avèrent parfois incohérentes et souvent changeantes. En outre, ils sont souvent laissés à eux-mêmes dans un contexte où le roulement des cadres

est important et peuvent difficilement dénoncer les situations problématiques en raison de leur obligation de loyauté envers leur employeur, qui les tient au silence.

Les solutions qu'ils proposent s'inscrivent dans trois grands registres : l'offre de services, la gestion du personnel et la gestion des établissements. Concernant l'offre de services, les cadres intermédiaires saluent les innovations dans la façon d'offrir certains soins (visioconférences), mais s'interrogent sur la capacité du système de santé à maintenir la couverture des services actuelle et jugent nécessaire qu'une réflexion éthique soit faite à ce sujet. Sur le plan de la gestion du personnel, les recommandations invitent les parties prenantes à accroître le soutien psychologique au personnel, à mieux prendre en compte les spécificités des différents quarts de travail, à bonifier les mesures incitatives pour les quarts de travail défavorables et à mettre l'employé – plutôt que le patient – au cœur des priorités et des décisions pour améliorer la qualité des soins aux patients. Enfin, les recommandations visant la structure organisationnelle et la gestion des établissements préconisent une amélioration de la communication organisationnelle, une meilleure reconnaissance de l'expertise des cadres, une plus grande autonomie et latitude décisionnelle, une plus grande collaboration entre cadres intermédiaires des différents établissements et une dépolitisation du système de santé québécois.

INTRODUCTION

La crise sanitaire liée à la pandémie de COVID-19 invite les décideurs à s'interroger sur la capacité des systèmes de soins de santé à faire face à de telles situations, qu'elles soient actuelles ou futures. C'est en soi la capacité de résilience de l'organisation des soins de santé qui est au centre des préoccupations, c'est-à-dire la capacité du réseau à s'adapter dans un contexte de turbulences et de pression intense tout en maintenant son efficacité et la qualité des services de santé (Anderson et coll., 2020; Barasa, Mbau et Gilson, 2018; Somers, 2009). Sans préjuger de l'efficacité de l'approche adoptée par les gouvernements concernés et les responsables d'organisations, il importe de se rendre compte qu'une telle capacité d'adaptation ne peut être envisagée sans un regard sur les impacts de l'actuelle crise sur les travailleurs de la santé et sur le rapport qu'ils entretiennent avec l'ensemble des parties prenantes du réseau de la santé (Bureau et coll., 2022). En effet, les changements organisationnels implantés dans l'urgence, le sentiment d'insécurité induit par le manque d'information et de matériel de protection, mais aussi les traumatismes sur le terrain sont susceptibles d'avoir affaibli la relation de confiance des professionnels du système à l'égard de l'organisation, des collègues et des patients, ainsi que leur confiance en eux et en leur choix de carrière. Partant, les hypothèses théoriques sur la résilience organisationnelle nous amènent à envisager que les capacités de résilience des organisations du réseau de la santé, qui reposent bien souvent sur les capacités de collaboration au sein des équipes d'intervenants, ont été affectées négativement.

Au départ de ces considérations et en posant la confiance comme une condition nécessaire à la résilience (Koronis et Ponis, 2018; Lengnick-Hall et Beck, 2003; Lengnick-Hall, 2011; Rangachari et Woods, 2020; Sujana, Huang et Biggerstaff, 2019), ce projet s'intéresse aux différentes dimensions de la confiance auprès des intervenants les plus exposés, à savoir le personnel infirmier, les préposés et préposées aux bénéficiaires, les aides de services et les inhalothérapeutes, qui ont été fortement impactés par la présente

crise et qui sont au cœur du fonctionnement des services de soins de santé. L'objectif de cette recherche était de développer un outil pour mesurer ces différentes dimensions à deux reprises durant la crise sanitaire et mieux cerner les tenants et aboutissants de leur évolution. Les résultats de cette recherche contribuent à une meilleure compréhension des facteurs explicatifs des différentes dimensions de la confiance et permettent de mieux saisir dans quelle mesure le contexte de crise pandémique a influencé la dynamique de la confiance organisationnelle au sein du système de soins de santé.

Le rapport s'organise en 11 chapitres. Le premier chapitre expose le cadre théorique de la recherche. Le deuxième chapitre précise les objectifs de la recherche et définit les concepts de confiance organisationnelle, personnelle et institutionnelle. Le troisième chapitre présente la méthodologie de la recherche et dresse le profil des participants et participantes au projet de recherche. Les chapitres suivants font état des résultats de la recherche. Un portrait de la confiance et de son évolution depuis le début de la pandémie est d'abord dressé au chapitre 4. L'analyse approfondie des différentes dimensions de la confiance est ensuite réalisée : la confiance organisationnelle verticale et impersonnelle (chapitre 5), la confiance organisationnelle horizontale (chapitre 6), la confiance personnelle (chapitre 7) et la confiance institutionnelle (chapitre 8). Les résultats sont ensuite discutés à la lumière des propos tenus par des membres du personnel soignant lors de groupes de discussion ou d'entretiens individuels (chapitre 9). Les deux derniers chapitres portent respectivement sur les changements qui, de l'avis du personnel soignant, pourraient être apportés dans les milieux de travail afin d'accroître les niveaux de confiance (chapitre 10) et sur le point de vue des cadres intermédiaires à propos des niveaux de confiance de leur équipe et des stratégies pour assurer des niveaux de confiance élevés (chapitre 11).

CHAPITRE 1 : CADRE THÉORIQUE

1. Résilience des systèmes de soins de santé et résilience organisationnelle

Depuis quelques années, le concept de résilience est apparu massivement au niveau mondial dans les discours des décideurs chargés de l'organisation des soins de santé. Cette apparition est en grande partie reliée à l'épidémie d'Ebola qui a démontré dans plusieurs pays les difficultés pour les systèmes de soins de santé d'absorber de tels chocs épidémiques (Kruk et coll., 2015). Pour bon nombre d'observateurs, le développement des capacités de résilience permettrait de réduire la vulnérabilité des systèmes de soins de santé face à des crises majeures en garantissant leur adaptation et la qualité de leur réponse tout en maintenant leurs services quotidiens (Kieny et coll., 2014; Kruk et coll., 2015; Blanchet et coll., 2017; Barasa, Cloete et Gilson, 2017). La crise sanitaire actuelle a évidemment ravivé l'intérêt des chercheurs pour la résilience des systèmes de soins de santé (par ex., Bozdağ et Ergün, 2020; Heath, Sommerfield et von Ungern-Sternberg, 2020; Labrague, 2021; Rangachari et Woods, 2020; Tam et coll., 2021). Si cette littérature est encore bourgeonnante, elle s'appuie néanmoins sur la longue tradition des études réalisées en gestion de crises et catastrophes et emprunte largement aux notions théoriques développées dans le cadre de ce corpus sur la résilience organisationnelle.

La littérature en gestion de crises et catastrophes fait en effet régulièrement appel à la notion de résilience organisationnelle pour décrire la capacité d'une organisation à faire face à des crises ou des chocs externes importants (Paton et Johnson, 2001; Tierney, 2003; Weick, 1993; Weick et Sutcliffe, 2001; Weick, Sutcliffe et Obstfeld, 1999), voire à en tirer profit au point d'en accroître sa performance (Darkow, 2019; Hamel et Välikangas, 2003; Lengnick-Hall, 2005; Lengnick-Hall et Beck, 2003). Les organisations résilientes sont considérées comme des organisations à la fois capables de maintenir le cœur de leurs activités lors

d'événements perturbateurs majeurs et de transformer leurs pratiques en vue d'atteindre une performance plus élevée (Duchek, 2020; Lengnick-Hall et coll., 2011). Ces différentes capacités déterminent la capacité de résilience de l'organisation.

En tant que concept organisationnel, la capacité de résilience d'une organisation relève de la capacité des individus, des équipes et de la hiérarchie à être résilients (Besuner, 2017; Kuntz, Malinen et Näswall, 2017; Prayag et coll., 2020). Au-delà de la capacité des individus à quitter des modes de fonctionnement, des routines, et à « bricoler » des réponses efficaces dans des situations exceptionnelles, la capacité de résilience des organisations dépend également de la capacité des gestionnaires de proximité ou des chefs d'équipe ainsi que de la haute direction à soutenir et à valoriser de telles adaptations, à préparer l'organisation pour de futures crises et à mettre en œuvre les processus en vue d'incorporer les apprentissages des crises passées (Kantur et Iseri-Say, 2012). Partant, la capacité de résilience organisationnelle peut être envisagée comme : 1) une capacité de l'organisation à anticiper un événement disruptif (une crise); 2) une capacité de l'organisation à répondre adéquatement à cet événement avec un retour progressif à la normale; 3) une capacité de l'organisation à se renouveler en prenant appui sur les actions improvisées en réaction à l'événement disruptif (Kantur et Iseri-Say, 2012).

2. Résilience, apprentissage et confiance

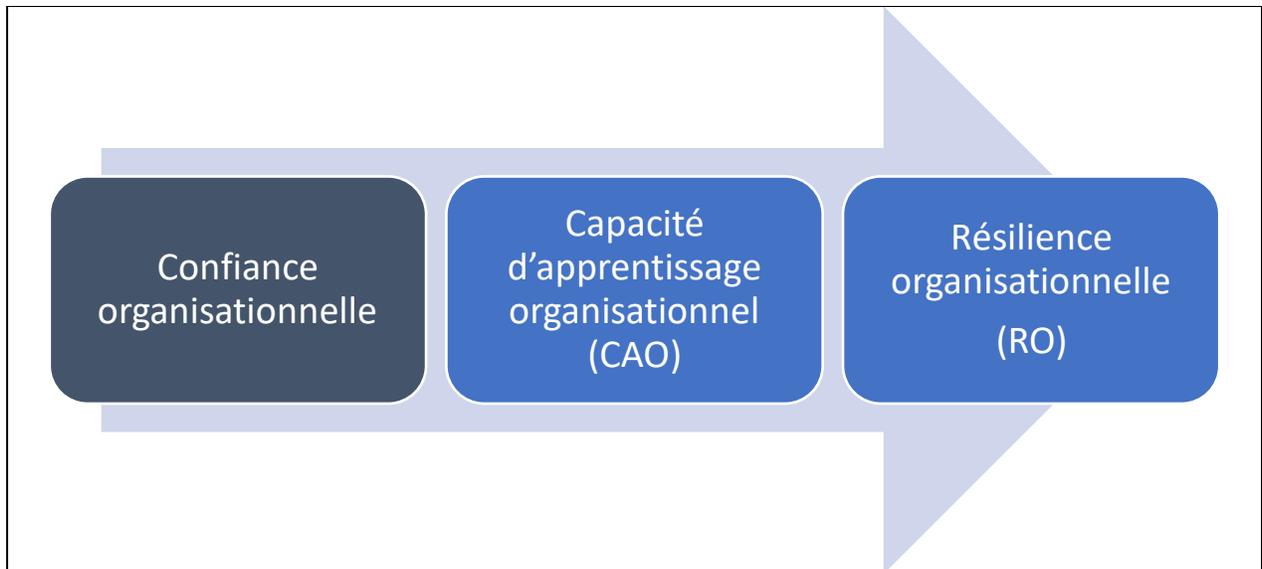
Les capacités de résilience organisationnelle sont intrinsèquement liées aux capacités d'apprentissage organisationnel (CAO). Ces dernières peuvent être définies comme des caractéristiques managériales et organisationnelles facilitant l'apprentissage organisationnel (Goh et Richards, 1997), c'est-à-dire favorisant la mise en œuvre de processus par lesquels les organisations changent ou modifient leurs modèles mentaux, leurs procédés ou leurs connaissances dans le but de maintenir ou d'améliorer leur performance (Argyris et Schön, 1978; Cyert et March, 1963; Dibella, Nevis et Gould, 1996). Ce processus implique un transfert de connaissance et d'expertise entre les différentes parties prenantes et est facilité par l'expérimentation, la prise de risque, les interactions avec l'environnement externe de l'organisation, le dialogue entre les parties prenantes et les processus de prise de décision participatifs (Chiva et Alegre, 2009; Chiva, Alegre et Lapedra, 2007).

La majorité des auteurs en théorie des organisations s'accordent pour dire que les capacités d'apprentissage organisationnel dépendent de la confiance organisationnelle. Cette dernière est généralement définie comme « la disposition favorable d'une partie à se rendre vulnérable aux actions d'une autre partie en se fondant sur l'attente que l'autre partie effectuera une action particulière et

importante en sa faveur, et ce même si elle n'a pas la capacité de surveiller ou de contrôler cette autre partie » [traduction libre] (Mayer, Davis et Schoorman, 1995 : 712). La confiance organisationnelle inclut à la fois une dimension interpersonnelle (c.-à-d., confiance envers des personnes) et une dimension impersonnelle (c.-à-d., confiance envers des facteurs structurant de l'organisation tels que la vision, la stratégie, la structure sociale, l'équité dans la distribution de ses ressources, etc.) La confiance interpersonnelle elle-même englobe à la fois la confiance des employés dans leurs rapports horizontaux (avec les collègues) et dans leurs rapports verticaux (avec les supérieurs) au sein de l'organisation (Costigan, Ilter et Berman, 1998; Fox, 1974; McCauley et Kuhnert, 1992; Vanhala et Ahteela, 2011).

Quand les membres d'une collectivité perçoivent qu'ils peuvent se faire confiance, ils sont plus enclins à prendre des risques relationnels (Mayer et coll., 1995) et plus la confiance entre collègues est élevée, plus leur propension à coopérer et à partager des connaissances entre eux est élevée (Dirks et Ferrin, 2001). Par ailleurs, un climat de confiance au sein de l'organisation favorise l'exploration, l'improvisation et l'expérimentation de nouvelles actions ou comportements (Hadida, Tarvainen et Rose, 2015; Spreitzer et coll., 2005; Weick, 1993). Également, la confiance organisationnelle facilite les processus de prise de décision, l'ouverture à l'expérience, l'émission d'idées et d'opinions divergentes (sources de créativité) et la prise de risque (Gibb, 1965; Costigan et coll., 1998; Nyhan et Marlowe, 1997). Partant, lorsqu'une partie d'une organisation a confiance dans une autre partie, elle est encline à tolérer le risque relationnel et est donc prédisposée à déléguer, participer, coopérer, expérimenter ou entrer en dialogue avec cette autre partie (Guinot, Chiva et Mallén, 2013). En somme, elle devient encline à participer activement à un processus d'apprentissage organisationnel; des niveaux de confiance élevés au sein de l'organisation favoriseront l'accroissement des capacités d'apprentissage organisationnel (Guinot et coll., 2013).

Figure 1 La résilience organisationnelle



Ainsi, si la capacité de résilience organisationnelle dépend des capacités d'improvisation et d'apprentissage organisationnels, ces dernières dépendent de la confiance organisationnelle. La confiance organisationnelle est donc une condition nécessaire à la résilience organisationnelle (Figure 1). C'est en se fondant sur cette prémisse que nous ancrons notre recherche.

CHAPITRE 2 : OBJECTIFS ET OPÉRATIONNALISATION

Comme suggéré ci-dessus, la confiance organisationnelle nous apparaît essentielle à la résilience des organisations de soins de santé en contexte de crise pandémique. La résilience organisationnelle étant à considérer comme un processus évolutif, il nous semble important d'analyser la manière dont la confiance organisationnelle a été impactée durant la crise sanitaire. Sur le plan scientifique, étant donné le caractère sans précédent de cette crise sanitaire dans notre histoire contemporaine, il existe actuellement très peu d'études empiriques sur lesquelles se baser pour analyser l'influence d'un tel contexte sur la dynamique de la confiance organisationnelle au sein des différentes organisations d'un système de soins de santé. Plus particulièrement, à notre connaissance, aucune donnée collectée en contexte québécois ne nous permet de répondre aux questions suivantes : 1) quels étaient les niveaux de confiance au sein des organisations du réseau de santé québécois durant la COVID-19 et comment se comparent-ils avec ceux qui l'ont précédée; 2) comment ces niveaux de confiance ont-ils évolué au fil du temps avec l'évolution de la crise et des mesures sanitaires; 3) quels sont les facteurs individuels, organisationnels, institutionnels et contextuels qui influent sur les niveaux de confiance et leur évolution dans le temps; 4) quels changements organisationnels permettraient d'assurer des niveaux de confiance élevés? De telles questions nous apparaissent essentielles afin d'éclairer les décideurs et les cadres sur les actions appropriées à mener en vue de soutenir cette confiance organisationnelle et, ultimement, la qualité des services offerts à la population.

La présente étude visait à fournir des réponses à ces questions grâce à un devis mixte longitudinal avec deux temps de mesure. Par son volet quantitatif, ce devis avait pour objectif d'analyser la dynamique de

la confiance organisationnelle durant la pandémie de la COVID-19 et de saisir les facteurs qui ont affecté les niveaux de confiance et leur évolution dans le temps. Le volet qualitatif visait quant à lui à appuyer et alimenter l'étude quantitative en donnant la parole à des membres du personnel et des cadres intermédiaires sur leurs perceptions des aspects saillants de l'expérience de travail en contexte de COVID-19 qui affectent la confiance. Ce volet qualitatif visait également à identifier des pistes d'action utiles à mettre en place pour soutenir la confiance au sein des organisations du réseau.

Notre étude s'appuie sur une conceptualisation englobante de la confiance organisationnelle incluant, comme expliqué ci-dessus, la confiance interpersonnelle tant horizontale que verticale (par ex., envers collègues, supérieurs, patients) et la confiance impersonnelle (par ex., envers les processus de prise de décision, les processus de communication, la répartition des ressources, etc.). Cependant, afin de fournir une perspective compréhensive, d'autres types de confiance ont également été considérés : la confiance des personnes interrogées envers elles-mêmes et leurs capacités (confiance personnelle) ainsi que la confiance accordée aux institutions (confiance institutionnelle). La confiance personnelle (par ex. en ses capacités, ses jugements, ses choix) est considérée, selon Bibb et Kourdi (2004), comme essentielle à l'établissement de relations de confiance avec autrui. C'est aussi un facteur de résilience individuel établi (Khoshouei, 2009; Pinar, Yildirim et Sayin, 2018). Il était plausible de croire que les traumatismes potentiels auxquels les travailleurs de la santé ont fait face dans le contexte de la crise de la COVID-19 et la perception de risque et d'insécurité ont influencé négativement leur confiance personnelle, et par ricochet leur capacité d'improviser et la confiance qu'ils portent à l'organisation. Un regard sur ces dynamiques de la confiance personnelle nous semblait dès lors important afin de mieux éclairer la dynamique de la confiance organisationnelle.

La confiance institutionnelle renvoie quant à elle à la confiance portée envers des institutions variées (par ex., les confiances envers les médias, les gouvernements, la science sont souvent mesurées) (Lee et Schachter, 2019; Roberts et coll., 2013; Tsfati et Ariely, 2014). Les organisations de soins de santé sont enchâssées dans un système sociétal plus large composé d'institutions diverses et, comme le suggère Nooteboom (2002), la confiance envers le système représente une partie du fondement de la confiance envers les organisations et les personnes qui en font partie. La crise de la COVID-19 a mis à l'avant-plan de nombreuses institutions publiques dont les décisions et les actions ont eu des retombées directes et indirectes sur le travail des travailleurs du réseau de la santé. Il nous semblait dès lors important d'examiner les conséquences éventuelles de ces actions sur la dynamique de la confiance institutionnelle des travailleurs et sur les dynamiques des confiances organisationnelle et personnelle (Figure 2).

Figure 2 Les composantes de la confiance



En optant pour une conceptualisation englobante de la confiance, joignant la confiance organisationnelle aux confiances personnelle et institutionnelle, l'étude souhaitait dresser un portrait global du système de confiance de ces travailleurs du réseau de la santé dans le contexte de la COVID-19.

CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE

La population visée par la présente étude se compose de l'ensemble du personnel infirmier, des préposés aux bénéficiaires, des auxiliaires aux services de santé et sociaux, des aides de services et des inhalothérapeutes travaillant dans le système de santé et des services sociaux du Québec et affiliés aux principales organisations syndicales que sont la Centrale des syndicats du Québec (CSQ), le Conseil provincial des affaires sociales (CPAS), la Fédération de la santé et des services sociaux (FSSS-CSN), la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ) et le Syndicat québécois des employées et employés de service (SQEES-FTQ). Par système de santé et des services sociaux, nous entendons les établissements publics ainsi que les établissements privés conventionnés et non conventionnés.

Le projet comportait deux phases et s'appuyait sur la collecte et l'analyse de données quantitatives et qualitatives.

1. Phase 1

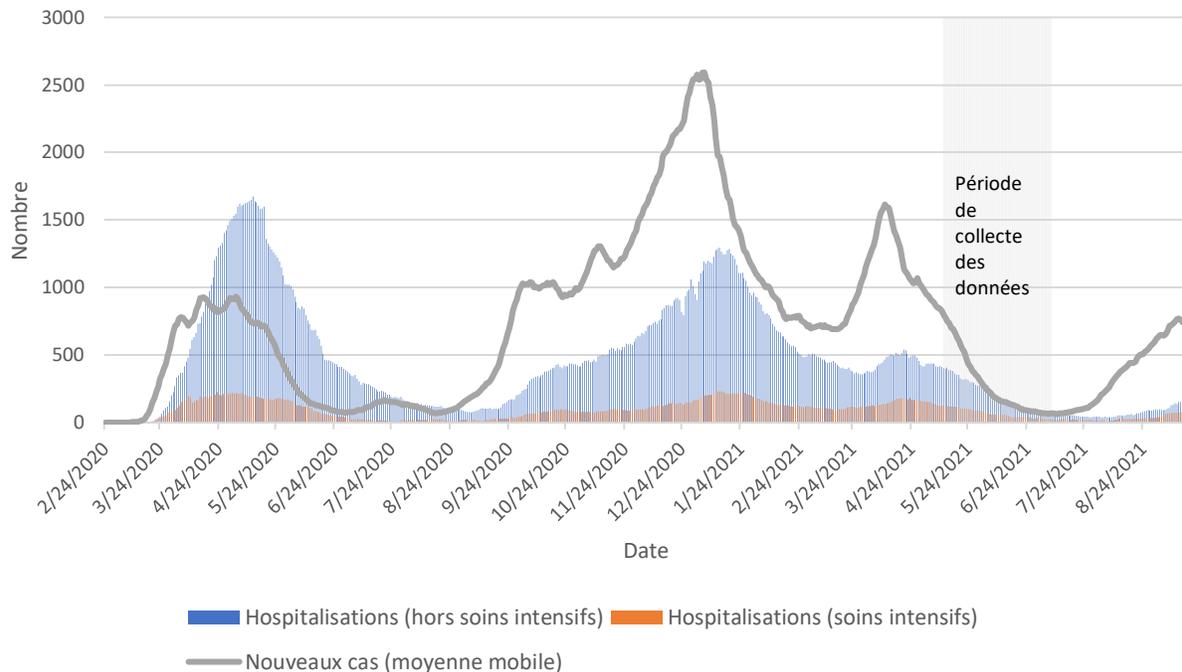
La première phase avait pour objectif de mesurer la confiance ainsi que des facteurs contextuels, organisationnels et interactionnels susceptibles d'être associés à la confiance afin d'analyser ces associations. Elle comportait deux principaux volets : 1) un questionnaire en ligne auprès de la population cible et 2) l'organisation de 5 groupes de discussion et 15 entretiens individuels avec des membres de la population cible.

1.1. Questionnaire

Le questionnaire avait pour but de mesurer la confiance auprès de la population cible. Il s'agissait plus spécifiquement de mesurer l'évolution de la confiance personnelle (capacités à bien faire son travail, choix de carrière), organisationnelle-interpersonnelle (employeur, supérieurs immédiats, collègues, personnel des agences, patients, familles et proches des patients), organisationnelle-impersonnelle (gestion de la sécurité en milieu de travail, accès et qualité de l'information) et institutionnelle (institutions liées à la gestion de la pandémie, médias) depuis le début de la pandémie.

La collecte des données s'est déroulée du 11 mai au 6 juillet 2021, une période d'accalmie sur le plan sanitaire après des mois particulièrement difficiles. Au cours de cette période, le Québec sortait en effet de la troisième vague pandémique et le nombre de nouveaux cas quotidiens et d'hospitalisations diminuait de manière soutenue, rejoignant des niveaux faibles qui n'avaient pas été observés depuis le mois d'octobre 2020 (Figure 3).

Figure 3 Évolution du nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 (moyenne mobile) et du nombre d'hospitalisations en cours liées à la COVID-19 selon le type de séjour, Québec



Source : INSPQ

Au total, 646 personnes ont répondu au questionnaire. Celles-ci ont été recrutées par l'intermédiaire des organisations syndicales et des réseaux sociaux (groupes Facebook professionnels). Le profil des participants et participantes est présenté à la section 3.

1.2. Groupes de discussion

Cinq groupes de discussions ont été créés avec des membres du personnel infirmier (3 groupes, 14 personnes, dont trois infirmières auxiliaires) et des préposés aux bénéficiaires (2 groupes, 7 personnes). Quinze entretiens individuels ont également été organisés avec sept préposés aux bénéficiaires, cinq infirmières auxiliaires, deux infirmières et une inhalothérapeute. Ces activités ont eu lieu entre novembre 2021 et juillet 2022. Lors de ces activités, les personnes participantes étaient invitées à réagir aux résultats du questionnaire quantitatif et à réfléchir à des changements opérés ou souhaités pour assurer des niveaux de confiance élevés ainsi qu'aux défis associés à la mise en place de ces changements. Le recrutement des participants s'est fait par l'intermédiaire du questionnaire quantitatif et le soutien de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ). Le Tableau 1 présente le nombre de personnes rencontrées par catégories d'emploi et selon le mode de collecte.

Tableau 1 Nombre de personnes ayant participé aux groupes de discussion et aux entretiens individuels par catégorie d'emploi

	Groupe de discussion	Entretien individuel	Total
Préposé.e.s aux bénéficiaires	7	7	14
Infirmier.ère.s auxiliaires	3	5	8
Infirmier.ère.s clinicien.ne.s	11	2	13
Inhalothérapeutes	0	1	1

2. Phase 2

Cette phase avait pour objectif de faire le bilan des répercussions de la crise sur la résilience du système et de mesurer l'ouverture au changement. Elle comportait deux volets : 1) un questionnaire en ligne auprès des participants et participantes de la phase 1, et 2) des groupes de discussion avec des gestionnaires.

2.1. Questionnaire

Le questionnaire a été proposé aux participants et participantes ayant répondu au questionnaire de la phase 1. Au total, 303 des 646 personnes ayant participé à la phase 1 ont rempli ce deuxième questionnaire. Outre les diverses dimensions de la confiance et certains facteurs contextuels, organisationnels et interactionnels qui ont été mesurés à nouveau, le questionnaire comprenait quelques questions sur les changements souhaités pour assurer des niveaux de confiance élevés. La passation du questionnaire a eu lieu en décembre 2022. Le profil des participants et participantes à cette seconde phase est présenté à la section 3.

2.2. Groupes de discussion

Cinq groupes de discussion ont été organisés avec des cadres intermédiaires à l'automne 2022. Ces groupes de discussion avaient pour objectif de discuter de l'évolution de la confiance organisationnelle, personnelle et institutionnelle dans le système québécois de santé et de services sociaux depuis le début de la pandémie de COVID-19, et plus spécifiquement de connaître leurs réactions à propos des principaux résultats de la phase 1, de réfléchir à des changements opérés et souhaités pour réduire les facteurs nuisant à la confiance et d'identifier les défis associés à la mise en place de ces changements. Les personnes participantes ont été recrutées avec la collaboration de l'Association des gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux (AGESSS) qui a transmis notre invitation à ses membres par le biais de son infolettre.

Le projet prévoyait également la réalisation de deux groupes de discussion avec des cadres supérieurs afin de les inviter à réagir aux résultats globaux de la recherche. La collecte et l'analyse des données ayant été plus longues que prévu, ce volet n'a pas été réalisé. Une présentation des résultats de la recherche auprès des membres de l'Association des cadres supérieurs de la santé et des services sociaux (ACSSSS) sera faite ultérieurement. Celle-ci nous donnera l'occasion de les entendre réagir aux grandes conclusions de la recherche et de réfléchir à des pistes d'action concrète en vue d'accroître la résilience du système de santé et des services sociaux.

3. Profil des participants aux questionnaires des phases 1 et 2

Au total, 646 personnes ont rempli le questionnaire de la phase 1, parmi lesquelles près de la moitié (303) ont également participé à la phase 2. Les sections suivantes présentent les profils sociodémographiques et professionnels des participants et participantes à chacune des phases quantitatives de la recherche.

3.1. Profil sociodémographique

Les personnes participantes de la phase 1 sont en majorité des femmes (92 %), nées au Canada (95 %) et vivant en couple (76 %) (Tableau 2). L'âge moyen est de 42 ans : 29 % des participants et participantes ont entre 18 et 34 ans, 57 % ont entre 35 et 54 ans et 14 % ont 55 ans ou plus. L'enjeu de la conciliation travail-famille est présent pour un bon nombre de participants et participantes : sept personnes sur dix (69 %) ont un conjoint actif ou une conjointe active sur le marché du travail, plus de quatre personnes sur dix (44 %) ont des enfants âgés de moins de 18 ans et un peu plus d'une personne sur dix (13 %) prend soin d'un proche ayant un problème de santé chronique ou un handicap.

Le profil des personnes ayant participé aux deux phases de l'enquête est très semblable à celui de celles n'ayant participé qu'à la phase 1. Nous constatons toutefois une attrition un peu plus forte chez les hommes et les personnes seules (voir phase 2, réponse phase 1 comparativement à phase 1). La situation des participants et participantes aux deux phases de l'enquête a quant à elle très peu changée entre les deux phases, si ce n'est que les proches aidants semblent proportionnellement un peu plus nombreux (voir phase 2, réponse phase 2 comparativement à phase 2, réponse phase 1).

Tableau 2 Profil sociodémographique des participants et participantes aux questionnaires

	Phase 1		Phase 2			
			Réponse phase 1		Réponse phase 2	
	N	%	N	%	N	%
Sexe						
Homme*	49	7,6	14	4,6	Non demandé	
Femme*	592	92,4	289	95,4		
Groupe d'âge						
18-24 ans	26	4,0	10	3,3	Non demandé	
25-34 ans	159	24,8	84	27,7		
35-44 ans	197	30,7	86	28,4		
45-54 ans	167	26,0	82	27,1		
55 ans et plus	93	14,5	41	13,5		
Lieu de naissance						
Au Canada	604	95,3	284	95,3	Non demandé	
À l'étranger	30	4,7	14	4,7		
Situation conjugale						
Sans conjoint	154	24,3	63	21,1	66	22,1
Avec conjoint non actif sur le marché du travail	43	6,8	22	7,4		
Avec conjoint actif dans le SSSS	73	11,5	30	10,1	233	77,9
Avec conjoint actif à l'extérieur du SSSS	365	57,5	183	61,4		
Situation familiale						
Personne seule*	113	18,0	45	15,3	49	14,6
En couple, sans enfant de moins de 18 ans	238	37,8	121	41,0	132	39,3
En couple, plus jeune enfant de 5 ans ou moins	86	13,7	37	12,5		
En couple, plus jeune enfant de 6 à 11 ans	80	12,7	33	11,2	132	39,3
En couple, plus jeune enfant de 12 à 17 ans	73	11,6	42	14,2		
Personne monoparentale, plus enfant de moins de 18 ans	39	6,2	17	5,8	23	6,8
Situation de proche aidance						
Oui	82	12,8	35	11,6	39	15,9
Non	558	87,2	266	88,4	206	84,1

* Le profil des personnes ayant participé aux deux phases de l'enquête est statistiquement différent de celui des personnes n'ayant participé qu'à la phase 1.

3.2. Caractéristiques de l'emploi principal

Parmi les participants et participantes au questionnaire de la phase 1, près des deux tiers (64 %) font partie du personnel infirmier, le quart (25 %) occupe un emploi de préposé ou préposée aux bénéficiaires, d'auxiliaire aux services de santé et sociaux ou d'aide de service, et près de 11 % sont inhalothérapeutes (Tableau 3). Près d'une personne participante sur deux (49 %) travaille habituellement dans un centre hospitalier et une sur quatre (26 %) dans un CHSLD. Les autres participants et participantes travaillent habituellement dans un CLSC (12 %), une clinique médicale ou un groupe de médecine familiale (3 %), un centre de réadaptation (2 %) ou un autre type d'installation (7 %). Le protocole de recrutement des participants et participantes s'est avéré peu adéquat pour joindre les personnes des établissements privés. Par conséquent, la très grande majorité des participants et participantes (95 %) travaillent dans un établissement public.

Toujours à la phase 1, une personne participante sur dix a commencé son emploi dans le système de la santé et des services sociaux après le début de la pandémie, c'est-à-dire en mars 2020 ou après. Le tiers des participants et participantes (34 %) ont plus de 15 ans d'ancienneté et les deux tiers (66 %) ont 15 ans ou moins d'ancienneté. Deux personnes participantes sur trois (66 %) occupent un poste permanent à temps plein, une sur quatre (25 %) un poste permanent à temps partiel et un peu moins d'une sur dix (9 %) occupe un poste non permanent. La très grande majorité des participants et participantes (95 %) offre des soins directs aux patients, usagers ou résidents, c'est-à-dire des soins et services de santé ou des soins et services liés à l'alimentation, l'hygiène ou la mobilité, et un peu plus d'une personne sur deux (52 %) doit superviser ou coordonner le travail d'autres personnes en plus de ses tâches principales.

Concernant la région de travail, à la phase 1, une personne participante sur quatre (25 %) travaille dans une région fortement touchée par la pandémie de COVID-19 (Montréal et Laval) et un peu plus d'une sur cinq (22 %) dans une région moyennement touchée (Capitale-Nationale, Chaudière-Appalaches et Lanaudière)¹. Les autres participants et participantes travaillent dans des régions plus faiblement

¹ Pour les fins de l'analyse, les régions sociosanitaires ont été classées en fonction de leur taux cumulatif de cas confirmés au 1^{er} juin 2020, disponibles sur le site Internet de l'INSPQ. Les régions à taux élevé sont les régions qui présentaient un taux supérieur ou égal à 5 000 cas par 100 000 habitants (Montréal et Laval). Les régions à taux moyennement élevé sont les régions qui présentaient un taux entre 4 000 et 4 999 cas par 100 000 habitants (Lanaudière, Chaudière-Appalaches et Capitale-Nationale). Les régions à taux moyennement faibles sont les régions qui présentaient un taux de 2 500 à 3 999 cas par 100 000 habitants (Saguenay—Lac-St-Jean, Montérégie, Laurentides, Outaouais, Estrie et Mauricie/Centre-du-Québec). Enfin, les régions à taux faibles comptaient moins de 2 500 cas par 100 000 habitants (Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, Bas-Saint-Laurent, Nord-du-Québec, Abitibi-Témiscamingue et Côte-Nord).

touchées : 42 % dans une région où le taux est moyennement faible (Mauricie/Centre-du-Québec, Estrie, Montérégie, Outaouais et Saguenay–Lac-Saint-Jean) et 12 % dans une région où le taux est faible (autres régions).

Le profil des personnes ayant participé aux deux phases de l'enquête est très semblable à celui de celles n'ayant participé qu'à la phase 1. Nous constatons toutefois une attrition un peu plus forte chez les préposés et préposées aux bénéficiaires et les personnes ayant 11 à 15 ans d'ancienneté (voir phase 2, réponse phase 1). En revanche, les personnes travaillant dans un centre hospitalier et celles ayant 6 à 10 ans d'ancienneté ont participé davantage aux deux phases de l'enquête. Quant aux changements observables entre les deux phases de l'enquête, nous observons une croissance du nombre d'infirmiers cliniciens et infirmières cliniciennes (28 % c. 21 %) ainsi qu'une diminution de la proportion de personnes travaillant dans un centre hospitalier (45 % c. 53 %) et de celles effectuant des tâches de supervision/coordination (50 % c. 54 %) (voir phase 2, réponse phase 2 comparativement à phase 2, réponse phase 1). La proportion de personnes offrant des soins directs, qui semble plus faible à la phase 2, n'est toutefois pas comparable d'une phase à l'autre.

Tableau 3 Caractéristiques de l'emploi principal des participants et participantes aux questionnaires

	Phase 1		Phase 2			
			Réponse phase 1		Réponse phase 2	
	N	%	N	%	N	%
Catégorie d'emploi						
Préposé.e.s aux bénéficiaires, auxiliaires et aides de services*	162	25,2	72	23,8	65	22,4
Infirmier.ère.s auxiliaires	105	16,4	53	17,5	43	14,8
Infirmier.ère.s	161	25,1	82	27,1	67	23,1
Infirmier.ère.s clinicien.ne.s	144	22,4	63	20,8	81	27,9
Inhalothérapeutes	70	10,9	33	10,9	34	11,7
Type d'installation						
CHSLD	165	25,7	71	23,4	68	23,0
Centre hospitalier (CH)*	316	49,2	160	52,8	133	44,9
CLSC	79	12,3	40	13,2	44	14,9
Clinique médicale/groupe médecine familiale	21	3,3	7	2,3	15	5,1
Centre de réadaptation	14	2,2	7	2,3	5	1,7
Autre	47	7,3	18	5,9	31	10,5
Statut de l'employeur						
Public	588	94,8	281	95,3	Non demandé	
Privé	32	5,2	14	4,7		
Ancienneté dans l'emploi actuel						
Depuis mars 2020 ou après	67	10,4	30	9,9	Non demandé	
Avant mars 2020, 5 ans et moins	105	16,4	53	17,5		
6 à 10 ans*	126	19,6	65	21,5		
11 à 15 ans*	127	19,8	52	17,2		
16 à 20 ans	89	13,9	47	15,5		
20 ans et plus	128	19,9	56	18,5		
Tâches de supervision/coordination						
Oui	328	51,7	161	54,2	144	49,5
Non	307	48,3	136	45,8	147	50,5
Soins directs aux patients, résidents, usagers						
Oui	607	94,8	287	94,7	191	78,9
Non	33	5,2	16	5,3	51	21,1
Statut d'emploi						
Permanent temps plein	420	66	197	65,7		

	Phase 1		Phase 2			
			Réponse phase 1		Réponse phase 2	
	N	%	N	%	N	%
Permanent temps partiel	156	24,5	73	24,3	Non demandé	
Non permanent	60	9,4	30	10,0		
Région de travail (selon le taux cumulé de cas confirmés)						
Région taux élevé (5 000 cas et plus/100 000 hab.)	159	24,8	80	26,4	80	27,0
Région taux moyennement élevé (4 000 à 4 999 cas/100 000 hab.)	140	21,8	64	21,1	63	21,3
Région taux moyennement faible (2 500 à 3 999 cas/100 000 hab.)	266	41,5	121	39,9	116	39,2
Région taux faible (moins de 2 500 cas/100 000 hab.)	76	11,9	38	12,5	37	12,5

* Le profil des personnes ayant participé aux deux phases de l'enquête est statistiquement différent de celui des personnes n'ayant participé qu'à la phase 1.

3.3. Réaffectations et travail en zone chaude ou tiède

Près de 15 % des personnes participantes de la phase 1 avaient été réaffectées à d'autres tâches, une autre installation ou un autre département depuis le début de la pandémie (Tableau 4). Parmi elles, 78 % ont connu cette réaffectation dans le mois ayant précédé l'enquête. Les personnes qui ont été réaffectées l'ont été à d'autres tâches (80 %), à un autre département (65 %) ou à une autre installation (48 %) (données non présentées). La moitié des personnes participantes réaffectées (49 %) disaient avoir été mal préparées pour accomplir ces nouvelles tâches ou pour intégrer ce nouveau département ou cette nouvelle installation (données non présentées).

Un peu plus de 15 % des participants et participantes avaient travaillé en zone chaude depuis le début de la pandémie, 22 % en zone tiède et 34 % dans les deux zones. Parmi les personnes qui ont travaillé en zone chaude ou tiède, la moitié (51 %) y a travaillé dans le mois ayant précédé l'enquête. Le profil des personnes ayant participé aux deux phases de l'enquête ne diffère pas de manière statistiquement significative de celui de celles n'ayant participé qu'à la phase 1.

Tableau 4 Réaffectations et travail en zone chaude ou tiède des participants et participantes aux questionnaires

	Phase 1		Phase 2			
			Réponse phase 1		Réponse phase 2	
	N	%	N	%	N	%
Réaffectation nouvelles tâches, autre installation ou département						
Oui	89	14,1	44	14,8	Non demandé	
Non	542	85,9	253	85,2		
Réaffectation nouvelles tâches, autre installation ou département, dernier mois						
Oui	69	77,5	32	72,7	Non demandé	
Non	20	22,5	12	27,3		
Travail en zone chaude ou tiède						
Non	181	28,2	86	28,4	Non demandé	
Oui, zone chaude	100	15,6	47	15,5		
Oui, zone tiède	143	22,3	67	22,1		
Oui, zones chaude et tiède	217	33,9	103	34		
Travail en zone chaude ou tiède, dernier mois						
Oui	232	50,5	103	47,7	Non demandé	
Non	227	49,5	113	52,3		

3.4. Caractéristiques de l'horaire de travail et absence du travail

Parmi les personnes participantes de la phase 1, la majorité (58 %) a travaillé entre 61 et 80 heures au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, 15 % ont travaillé 81 heures ou plus et 28 % ont travaillé 60 heures ou moins (Tableau 5). Près d'une personne participante sur deux (49 %) a travaillé des heures supplémentaires au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête de la phase 1. Parmi celles-ci, un peu moins d'une personne sur deux (45 %) a travaillé du temps supplémentaire obligatoire, ce qui représente 22 % de l'ensemble des participants et participantes.

Toujours en ce qui concerne les participants et les participantes de la phase 1, la majorité (68 %) a travaillé sur au moins un quart de jour durant les deux semaines ayant précédé l'enquête, un peu plus du tiers (36 %) ont travaillé sur au moins un quart de soir et une personne participante sur cinq (20 %) a travaillé sur au moins un quart de nuit. Parmi l'ensemble des personnes participantes de la phase 1, 20 % ont connu

au moins un changement de quart de travail au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, la moitié d'entre elles ayant changé de quart une seule fois et l'autre moitié deux fois ou plus. Parmi les participants et participantes ayant connu un changement de quart, un peu plus de la moitié (53 %) n'ont pas disposé d'un congé d'au moins 12 heures avant le changement de quart.

Enfin, près de la moitié des personnes participantes de la phase 1 (48 %) se sont absentes du travail au moins une fois au cours du mois ayant précédé l'enquête pour des raisons de santé ou des raisons familiales, personnelles ou autres.

Les personnes ayant participé aux deux phases de l'enquête travaillaient un peu plus d'heures à la phase 2 qu'à la phase 1, mais étaient moins susceptibles d'avoir travaillé des heures supplémentaires obligatoires, d'avoir travaillé sur des quarts de nuit et de s'être absentes du travail (voir phase 2, réponse phase 2 comparativement à phase 2, réponse phase 1).

Notons que le profil des personnes ayant participé aux deux phases de l'enquête est très semblable à celui des participants et participantes n'ayant participé qu'à la phase 1 (voir phase 2, réponse phase 1 comparativement à phase 1). Nous observons toutefois une attrition un peu plus grande chez les personnes ayant travaillé plus de 90 heures.

Tableau 5 Caractéristiques de l'horaire de travail et absence du travail des participants et participantes aux questionnaires

	Phase 1		Phase 2			
			Réponse phase 1		Réponse phase 2	
	N	%	N	%	N	%
Nombre d'heures de travail au cours des 2 dernières semaines						
Moins de 30 heures	37	5,9	17	5,7	7	3,0
30 à 60 heures	136	21,7	68	22,8	51	21,7
61 à 70 heures	159	25,3	88	29,5	49	20,9
71 à 80 heures	203	32,3	91	30,5	97	41,3
81 heures à 90 heures	64	10,2	25	8,4	21	8,9
Plus de 90 heures*	29	4,6	9	3,0	10	4,3
A effectué du temps supplémentaire au cours des 2 dernières semaines						
Non	302	51,5	155	55,4	124	53,9
Oui, mais pas de temps supplémentaire obligatoire	157	26,8	53	18,9	79	34,3
Oui, dont du temps supplémentaire obligatoire	127	21,7	72	25,7	27	11,7
A travaillé sur un quart de JOUR au cours des 2 dernières semaines						
Oui	439	68,4	202	66,7	166	66,9
Non	203	31,6	101	33,3	82	33,1
A travaillé sur un quart de SOIR au cours des 2 dernières semaines						
Oui	229	35,7	110	36,3	77	31,0
Non	413	64,3	193	63,7	171	69,0
A travaillé sur un quart de NUIT au cours des 2 dernières semaines						
Oui	129	20,1	62	20,5	54	21,8
Non	513	79,9	241	79,5	194	78,2
Nombre de changements de quart au cours des 2 dernières semaines						
Aucun	491	78,2	235	78,9		
Une seule fois	66	10,5	33	11,1		Non demandé
Deux fois ou plus	71	11,3	30	10,1		
Changements de quart toujours précédés d'un congé d'au moins 12 heures						
Oui	63	46,7	30	47,6		
Non	72	53,3	33	52,4		Non demandé
Absence du travail au cours du dernier mois						
Oui	309	48,4	154	51,2	101	46,1
Non	330	51,6	147	48,8	118	53,9

* Le profil des personnes ayant participé aux deux phases de l'enquête est statistiquement différent de celui des personnes n'ayant participé qu'à la phase 1.

3.5. Indicateurs de santé

Lors de la phase 1, près d'une personne participante sur cinq (19 %) a évalué plutôt négativement son état de santé physique : 14 % des personnes l'ont jugé passable et 5 % l'ont jugé mauvais (Tableau 6). Les participants et participantes de la phase 1 sont encore plus nombreux à avoir jugé plutôt négativement leur état de santé mentale : plus du tiers (38 %) l'ont jugé passable (29 %) ou mauvais (9 %). En outre, 17 % des participants et participantes de la phase 1 ont indiqué souffrir d'un problème de santé ayant été documenté comme les mettant à risque de développer des complications liées à la COVID-19 (immunosuppression, diabète, hypertension, maladie du cœur, etc.).

Par ailleurs, environ 14 % des personnes participantes de la phase 1 ont dit avoir reçu un test positif à la COVID-19 depuis le début de la pandémie et 90 % d'entre elles ont indiqué avoir été au moins partiellement vaccinés contre la COVID-19 au moment de l'enquête. De manière générale, les personnes participantes de la phase 1 ont indiqué craindre assez peu de contracter la COVID-19 : 41 % d'entre elles ont dit n'avoir aucune crainte et 37 % ont dit avoir une faible crainte, tandis que 22 % ont répondu éprouver une crainte moyenne ou élevée.

Chez les personnes ayant participé aux deux phases de l'enquête, l'état de santé physique et mentale est moins bien perçu à la phase 2 qu'à la phase 1, ce qui semble indiquer une dégradation de l'état de santé depuis la première phase de l'enquête (voir phase 2, réponse phase 2 comparativement à phase 2, réponse phase 1). Notons enfin que le profil des personnes ayant participé aux deux phases de l'enquête ne diffère pas de manière statistiquement significative de celui de celles n'ayant participé qu'à la phase 1.

Tableau 6 Indicateurs de santé des participants et participantes aux questionnaires

	Phase 1		Phase 2			
			Réponse phase 1		Réponse phase 2	
	N	%	N	%	N	%
Perception de l'état de santé physique						
Excellent	65	10,1	27	8,9	19	7,7
Très bon	206	32,1	96	31,7	57	23,2
Bon	252	39,3	121	39,9	104	42,3
Passable	90	14	45	14,9	43	17,5
Mauvais	29	4,5	14	4,6	23	9,4
Perception de l'état de santé mentale						
Excellent	47	7,4	19	6,3	11	4,5
Très bon	129	20,2	55	18,3	57	23,4
Bon	223	34,9	110	36,5	81	33,2
Passable	183	28,6	87	28,9	67	27,5
Mauvais	57	8,9	30	10,0	28	11,5
Présence problème de santé associé à risque de développer complications liées à la COVID-19						
Oui	106	16,6	52	17,3	Non demandé	
Non	533	83,4	249	82,7	Non demandé	
A reçu un test positif à la COVID-19						
Oui	84	13,7	34	11,8	Non demandé	
Non	529	86,3	255	88,2	Non demandé	
Craintes de contracter la COVID-19						
Oui, beaucoup	51	8,4	20	7,0	Non demandé	
Oui, moyennement	80	13,2	46	16		
Oui, un peu	227	37,3	105	36,6		
Non, pas du tout	250	41,1	116	40,4		
A reçu le vaccin contre la COVID-19						
Au moins partiellement vacciné.e	579	90,3	269	88,8	Non demandé	
Non vacciné.e	62	9,7	34	11,2	Non demandé	

3.6. Appréciation des effectifs au travail et de la qualité des soins offerts

Nous avons invité les personnes participantes offrant des soins directs aux patients à nous parler de leur expérience de soins durant leur dernier quart de travail. Nous leur avons demandé si elles jugeaient que le nombre de personnes au travail était adéquat et comment elles évaluaient la qualité des soins prodigués aux patients par les membres de leur équipe de travail et par elles-mêmes. Nous les avons également interrogées sur leur perception quant à l'évolution de la qualité des soins depuis le début de la pandémie.

Près de la moitié (48 %) des participants et participantes de la phase 1 offrant des soins directs aux patients ont jugé que le nombre de personnes au travail dans leur unité lors de leur dernier quart de travail n'était pas adéquat (Tableau 7). En outre, le quart des participants et participantes de la phase 1 (25 %) ont jugé plutôt négativement la qualité des soins offerts aux patients par les membres de leur équipe lors de leur dernier quart de travail : 20 % l'ont jugée passable et 5 % l'ont jugée pauvre. Les principales raisons évoquées par les participants et participantes ayant jugé plutôt négativement la qualité des soins offerts par leur équipe de travail sont, dans l'ordre, l'insuffisance de personnel (85 %), la fatigue des membres de l'équipe (82 %), le ratio patients/soignant trop élevé (64 %), le stress ou l'anxiété des membres de l'équipe (62 %) et la présence de personnel ayant peu d'expérience du milieu de travail (51 %).

L'évaluation s'est avérée un peu plus positive concernant la qualité des soins que les personnes participantes de la phase 1 ont elles-mêmes offerts aux patients lors de son dernier quart de travail. Il demeure néanmoins que 13 % d'entre elles l'ont jugé négativement : 11 % l'ont jugée passable et 2 % l'ont jugée mauvaise (Tableau 7). Les raisons évoquées par les personnes participantes ayant jugé plutôt négativement la qualité des soins qu'elles ont offerts sont similaires à celles évoquées concernant la qualité des soins offerts par l'équipe. Dans l'ordre, les principales raisons sont : le ratio patients/soignant trop élevé (71 %), la fatigue (68 %), le personnel insuffisant (61 %) et le stress ou l'anxiété (55 %).

Enfin, parmi les participants et participantes de la phase 1 qui étaient en emploi avant le début de la pandémie et qui offraient des soins directs aux patients, près de la moitié (46 %) ont jugé que la qualité des soins offerts aux patients dans leur lieu de travail s'était dégradée depuis le début de la pandémie. Pour les autres, la qualité des soins était restée sensiblement la même (42 %) ou s'était améliorée (9 %).

Chez les participants et participantes ayant participé aux deux phases de l'enquête, le sentiment que le nombre de personnes au travail dans leur unité lors de leur dernier quart de travail n'était pas adéquat

était ressenti plus vivement à la phase 2 qu'à la phase 1 (62 % c. 55 %) (voir phase 2, réponse phase 2 comparativement à phase 2, réponse phase 1). La qualité des soins offerts, par soi-même ou par son équipe, était jugée de manière similaire d'une phase à l'autre. Notons enfin que le profil des personnes ayant participé aux deux phases de l'enquête est très similaire à celui de celles n'ayant participé qu'à la phase 1. Nous notons toutefois une plus grande attrition chez les personnes qui trouvaient que la qualité des soins offerts aux patients s'était améliorée depuis le début de la pandémie (voir phase 2, réponse phase 1 comparativement à phase 1).

Tableau 7 Appréciation des effectifs au travail et de la qualité des soins offerts des participants et participantes aux questionnaires

	Phase 1		Phase 2			
			Réponse phase 1		Réponse phase 2	
	N	%	N	%	N	%
Sentiment que le nombre de personnes au travail était adéquat						
Oui	274	48,2	121	45,5	70	38,3
Non	295	51,8	145	54,5	113	61,7
Jugement à l'égard de la qualité des soins offerts par l'équipe de travail lors du dernier quart de travail						
Excellente	160	27,4	66	24,2	51	27,0
Bonne	266	45,5	126	46,2	75	39,7
Passable	117	20,0	55	20,1	49	25,9
Pauvre	31	5,3	20	7,3	9	4,8
Ne travaillait pas en équipe	11	1,9	6	2,2	5	2,6
Jugement à l'égard de la qualité des soins offerts par soi-même lors du dernier quart de travail						
Excellente	215	36,8	93	34,1	57	30,2
Bonne	294	50,3	141	51,6	101	53,4
Passable	66	11,3	33	12,1	28	14,8
Pauvre	10	1,7	6	2,2	3	1,6
Jugement à l'égard de l'évolution de la qualité des soins donnés aux patients depuis le début de la pandémie (phase 1)/depuis le printemps 2021 (phase 2)						
S'est améliorée*	45	8,7	17	7,1	21	11,3
Est restée la même	219	42,2	99	41,1	79	42,5
S'est détériorée	240	46,2	118	49,0	76	40,9
Ne sait pas	15	2,9	7	2,9	10	5,4

* Le profil des personnes ayant participé aux deux phases de l'enquête est statistiquement différent de celui des personnes n'ayant participé qu'à la phase 1.

CHAPITRE 4 : ÉVOLUTION DE LA CONFIANCE DEPUIS LE DÉBUT DE LA PANDÉMIE

Afin d'examiner l'évolution des différentes dimensions de la confiance, à la phase 1 du questionnaire, nous avons demandé aux participants de faire état de leur niveau de confiance envers différents items juste avant le début de la pandémie et au moment de l'enquête, soit au printemps 2021. La question était introduite ainsi :

La présente enquête a pour objectif de mesurer la confiance du personnel œuvrant dans des établissements du réseau de la santé et des services sociaux ou des établissements privés ou conventionnés. Quatre aspects de la confiance nous intéressent : la confiance personnelle, la confiance à l'égard des autres, la confiance à l'égard de l'organisation et la confiance à l'égard de certaines institutions.

Les questions suivantes mesurent certains aspects de cette confiance. Pour chaque item, nous aimerions que vous nous indiquiez votre niveau de confiance général a) juste avant le début de l'urgence sanitaire liée à la pandémie de COVID-19 (13 mars 2020) et b) au cours du dernier mois.

Les aspects qui étaient mesurés sont les suivants : a) vos patients, b) la famille et les proches qui visitent ou accompagnent vos patients, c) vos collègues de travail, d) votre employeur, e) votre ou vos supérieurs immédiats, f) le personnel des agences de placement, g) vos capacités à bien faire votre travail, et h) votre choix de carrière. Pour chaque item, les participants et participantes devaient préciser leur niveau de

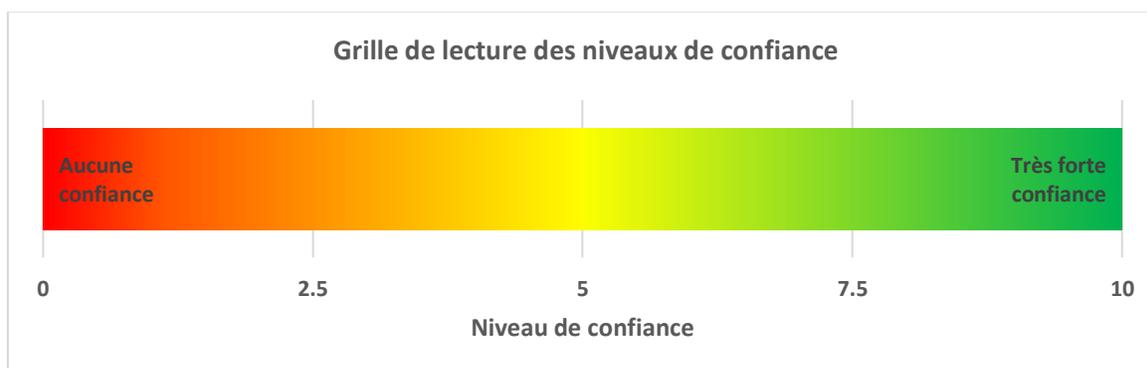
confiance. Les choix de réponse étaient les suivants : 1) aucune confiance, 2) faible confiance, 3) moyenne confiance, 4) grande confiance et 5) très grande confiance. Les personnes participantes pouvaient également indiquer qu'elles n'avaient pas d'opinion ou que la question ne s'appliquait pas à elles.

La même question a été posée au cours de la phase 2 du questionnaire, mais seulement la confiance au moment de l'enquête a été mesurée.

Pour les fins d'analyse, les réponses ont été recodées sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifie un très faible niveau de confiance et 10, un niveau de confiance très élevé². Les sections 1 et 2 présentent les résultats de la phase 1, c'est-à-dire les niveaux de confiance avant la pandémie (mesure rétrospective) et au printemps 2021. La section 3 présente les résultats de la phase 2 et les compare à ceux de la phase 1.

ENCADRÉ 1 - GRILLE DE LECTURE DES NIVEAUX DE CONFIANCE

Les niveaux de confiance ont été rapportés sur une échelle de 0 à 10 et sont représentés dans la figure ci-dessous. Il n'y a pas de confiance lorsque le niveau de confiance s'approche de 0 (zone rouge). Il y a une très forte confiance lorsqu'il s'approche de 10 (zone verte). Entre ces deux extrêmes, nous retrouvons différents niveaux de confiance : assez faible (zone orangée), moyenne (zone jaune) et assez forte (zone vert pomme).

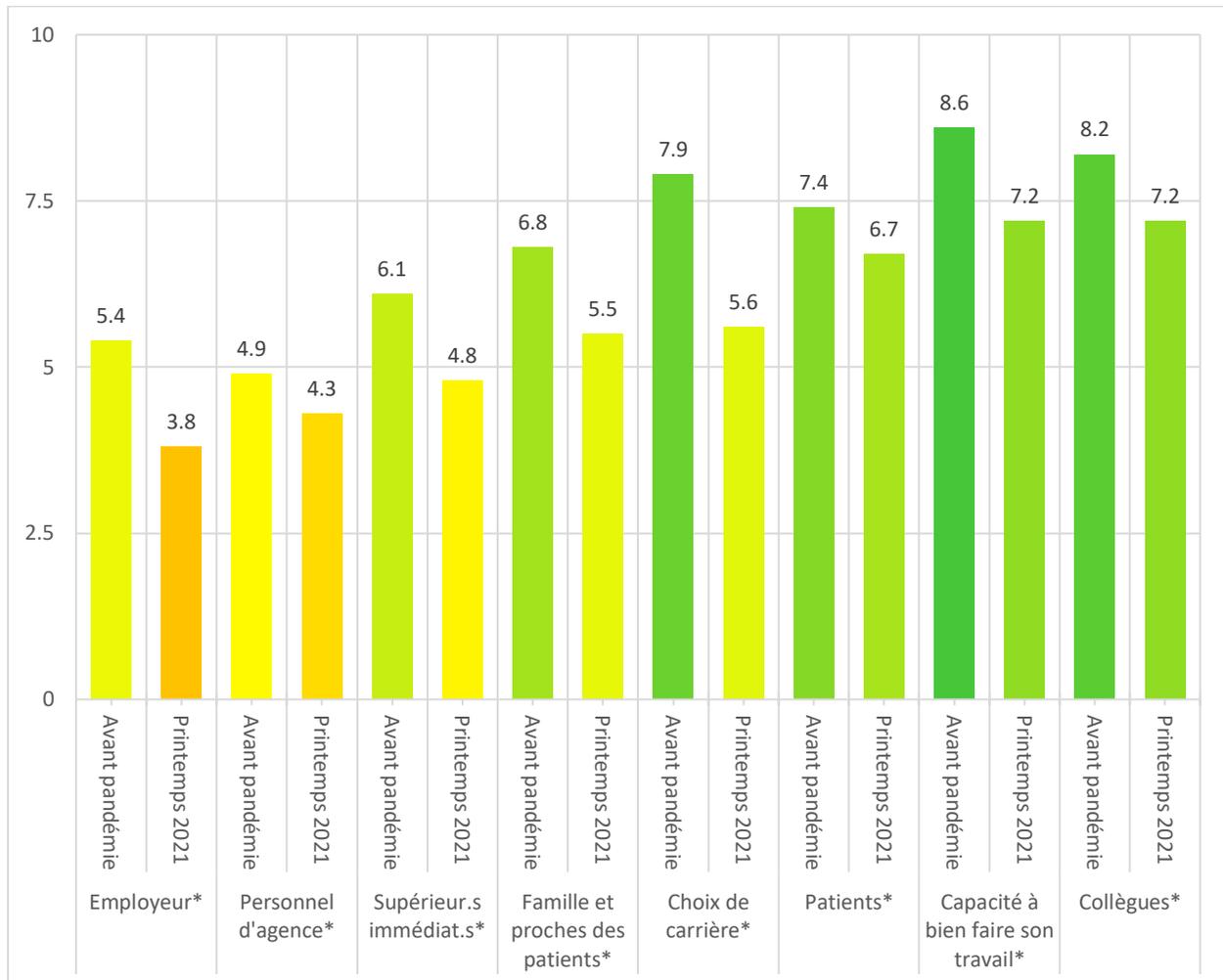


² Les réponses ont été codées ainsi : aucune confiance (score de 0), faible confiance (score de 2,5), moyenne confiance (score de 5), grande confiance (score de 7,5) et très grande confiance (10). Les réponses « sans opinion » et « ne s'applique pas » ont été déclarées manquantes.

1. La confiance a diminué pour tous les items mesurés

La Figure 4 présente les niveaux de confiance moyens avant le début de la pandémie et au printemps 2021³. Nous constatons d'entrée de jeu que tous les niveaux de confiance ont diminué par rapport à avant le début de la pandémie, mais certains davantage que d'autres.

Figure 4 Évolution des niveaux de confiance depuis le début de la pandémie



* Moyennes des deux périodes statistiquement différentes ($p < 0,05$).

³ Les questions portant sur la confiance avant le début de la pandémie ont été posées uniquement aux participants et participantes qui étaient effectivement en emploi avant le début de la pandémie. Aussi, les analyses présentées dans les sections 1 et 2 ne portent que sur ces personnes.

1.1. La confiance envers l'employeur semble encore plus problématique qu'avant la pandémie

Bien que le niveau de confiance vis-à-vis de l'employeur ait été un des plus faibles (5,4) avant le début de la pandémie, c'est un de ceux qui ont diminué le plus fortement au cours de la période étudiée. Au printemps 2021, ce niveau de confiance se situait à 3,8 sur l'échelle de 0 à 10, soit le plus faible de tous.

Certains propos tenus par les personnes participantes lors des groupes de discussion illustrent cette situation déjà problématique avant la pandémie.

Puis le lien avec les employés, ça a tout le temps été très difficile, mais pas nécessairement les chefs immédiats. Des fois, oui, des fois non. Mais la haute direction, la pandémie, ça a juste fait en sorte que... je pense que tout ce qui se disait avant puis tout ce qui était des non-dits, c'est comme si là, je pense que les gens se sont mis à parler plus puis à le dire un peu plus fort. Puis là, après, ça a juste concentré tout ça, c'est ça. Oui. (Infirmière)

Au niveau de l'employeur, par exemple, moi, ma confiance a vraiment diminué depuis le début de la pandémie. Elle était déjà quand même affectée avant, mais elle a encore plus diminué. (Infirmier)

Parmi les facteurs identifiés par les participants et participantes pour expliquer le faible niveau de confiance envers l'employeur, nous trouvons le non-respect des employés et de leurs compétences, le manque d'écoute et l'absence d'autocritique de la part des gestionnaires.

Moi, c'est plus une perte de confiance envers mon établissement. Dans le fond, le respect des compétences, le respect des droits de pratique, le respect des employés a vraiment, vraiment pris le bord. La non-volonté non plus d'essayer de maintenir les employés au travail malgré leur découragement. Tellement de démissions, du moins dans Lanaudière, quand tout allait mal. Je manque moi-même de respect envers les gens qui ont manqué de respect envers mes collègues. Parce que je me dis que ça n'a pas de bon sens. J'ai tellement perdu beaucoup de mes collègues qui auraient pu nous aider dans les deux dernières années. Mais il y a eu un manque complet de suivi des gens. Puis, bien, on se retrouve à être délestés nous dans les GMF, on y a goûté là. J'ai vu aller pallier ces démissions, ces départs ou ces maladies-là par ce manque au niveau de la gestion qui était immense. Le problème était immense, je le reconnais, mais il y a eu un manque d'écoute énorme, je pense, de la part des établissements et des supérieurs. (Infirmière)

Tsé, au début de la pandémie, avec le masque puis tout ça. Il y a beaucoup de monde qui critiquait d'avoir à travailler avec un masque. L'employeur disait : « Bien, nommez des solutions autres, apportez-nous des solutions », dans le sens qu'on est tous dans le même bateau. C'est tout nouveau pour nous. Mais quand on apportait les solutions, ou quand on apportait les pistes de solution, on n'était pas écoutés. Puis ce qu'on se faisait dire c'est : « C'est important de les nommer, c'est important de continuer à les nommer ». Mais quand ça

fait un an et demi que tu les nommes les choses, mais que tu sens que tu n'es pas écouté, à un moment donné, tu arrêtes de les nommer. Puis tu fais avec. Puis tu t'arranges avec ton équipe de travail. C'est ça qui arrive. Puis même au niveau de d'autres problématiques, qu'on n'arrive pas à nommer ou qu'on nomme, mais qui ne se rendent pas aux bonnes places, ou qui arrêtent vraiment à des paliers autres au niveau politique, genre soit la DSI de l'hôpital ou un peu plus haut, mais, on ne sait pas où ça s'arrête, mais on n'a pas l'impression que le message se rend où est-ce qu'il devrait se rendre. Puis on ne sait pas pourquoi. Moi, tsé, j'identifie plein de problématiques qui, j'ai bien beau soumettre des pistes de solution, mais ça ne change pas. Puis je n'ai pas de recours. Tsé, je n'ai pas de recours autre que de me référer à mon gestionnaire qui lui me dit : « Je ne peux rien faire. J'en ai parlé, mais je ne peux rien faire d'autre ». OK, mais ça ne bougera pas. Ça ne bougera pas. (Infirmier)

Puis, quand on a eu notre réunion avec la PDG, au mois de septembre, bien, tsé, la seule, tsé, une des choses qu'on aurait aimé sentir, c'est comme juste une petite affaire, un petit peu d'autocritique ou un petit peu de... puis il y en a eu zéro. Ça fait que, tsé, tu es comme : « OK, ils ne travaillent pas pour nous ». Ça confirme. C'est comme si ça avait confirmé des choses qui étaient là, nous autres, depuis très longtemps. (Infirmière)

Les directives qui changeaient régulièrement, couplées à la taille des établissements et au fait que plusieurs gestionnaires ne sont pas issus de la profession infirmière, sont également mentionnées.

J'ai été très méfiante envers l'employeur parce que, aujourd'hui, on dit ça. Demain, la version change. Tu poses... tu te fais dire de quoi le matin. Puis nous autres, notre gestionnaire, elle en a comme trop grand à couvrir. Ça fait que c'était difficile pour elle quand même de tout gérer ça. Parce que moi, c'est des URFI à l'hôpital, mais elle avait tout le reste des CHSLD qui sont éparpillés partout. Puis le CIUSSS MCQ, bien, il est grand. Ça fait que c'est ça. (Infirmière auxiliaire)

Moi, j'ai un gestionnaire qui me l'a dit carrément : « Moi, je fais du top-down ». Je dis : « Tu es dangereux. Tu ne te poses pas de questions à savoir si ce qui te dit si, quand on l'applique, c'est dangereux pour la clientèle ». Moi non plus, mes gestionnaires ne sont pas tous infirmiers, infirmières, donc ils ne sont pas tous au courant des mesures PCI et au courant de... Ça fait que ça, ça m'avait frappé. Ce qui en sorte que j'ai confiance à ma gestionnaire immédiate, mais c'est plus haut après ça. [...] Le problème, c'est qu'on n'a pas... c'est [participante] qui a dit ça, c'est que ça prend tellement de temps que ça déboule jusqu'au niveau plancher que c'est là le problème. C'est entre ces deux affaires-là qu'est le problème. Mais on ne sait pas où l'identifier parce que la machine est tellement grosse que ça bloque à quelque part, puis on ne se demande pas trop c'est où. On n'est pas capable de l'identifier parce qu'il y a trop de monde. (Infirmier)

Pour certaines personnes participantes, la confiance sera difficile à rétablir.

Moi, je vous dirais que pour ce qui est de l'organisation, au sens large, la confiance est rompue et il n'y a pas de retour en arrière. Je ne sais pas qu'est-ce que le gouvernement pourrait faire pour que moi, je pardonne qu'est-ce qui s'est passé puis que j'aie confiance à nouveau dans le système. (Infirmière)

1.2. La confiance envers le personnel d'agence demeure faible

La confiance envers le personnel d'agence affichait le plus faible niveau avant la pandémie (4,9). Elle a ensuite légèrement diminué, n'atteignant plus que 4,3 au printemps 2021. S'il s'agit de la plus faible diminution, il demeure que cette confiance est parmi les plus faibles de celles qui ont été mesurées.

Parmi les facteurs identifiés par les participants et participantes pour expliquer le faible niveau de confiance envers le personnel d'agence, nous trouvons le faible sentiment d'appartenance et le peu d'implication du personnel d'agence.

Souvent, ils ont zéro sentiment d'appartenance. Parce qu'ils sont parachutés par ici, par-là. Alors, tu dois leur dire où se trouvent les choses. S'ils sont très dévoués et ont le goût de travailler un petit peu. Mais sinon, ils font le strict minimum. (Préposé aux bénéficiaires)

En outre, la nécessité de former le personnel d'agence, qui change continuellement, a été dénoncée.

Ça fait que c'est arrivé souvent dans le dernier deux ans. Ce qui fait que ça affecte la confiance de l'équipe envers ces personnes-là. Dans le sens où tu as beau t'investir. Tsé, il faut s'investir quand on oriente. En tout cas, c'est la façon que je le fais quand j'oriente les gens. Mais à un moment donné, c'est fatigant de s'investir en disant : « Bien, cette personne-là va quitter ». (Infirmière)

Les personnes participantes reconnaissaient cependant que les expériences avec le personnel d'agence n'étaient pas toutes négatives, certaines soulignant même leur contribution nécessaire.

Tsé, les agences, c'est comme un coup de dé, soit que ça se passe bien, ou soit que ça se passe pas bien, fait que, je touche du bois, mais ça s'est quand même bien passé avec les agences. (Infirmière auxiliaire)

Mais oui ç'a bien été quand même, pis une chance qu'on les avait, c'est sûr. (Infirmière auxiliaire)

1.3. La confiance envers les supérieurs immédiats semble devenir problématique

Avant le début de la pandémie, la confiance vis-à-vis des supérieurs immédiats se situait à un niveau de 6,1 sur l'échelle de 0 à 10, soit plus près de la confiance que de la non-confiance. Ce niveau de confiance a ensuite diminué de manière importante après le début de la pandémie. Au printemps 2021, il se situait à 4,8. La confiance envers les supérieurs immédiats est donc passée d'un niveau relativement élevé à un niveau moyen, voire légèrement inférieur.

Le roulement des supérieurs immédiats semble être un facteur expliquant la situation.

Moi, j'ai mes gestionnaires qui changent à peu près aux six mois. Ça fait que tu commences à avoir confiance en quelqu'un, tu commences à être habituée à quelqu'un, puis finalement, oh, changée, partie ailleurs. Ça fait que ça a changé. Je pense qu'il a eu cinq ou six gestionnaires depuis que je suis arrivée, facilement. Donc, c'est difficile d'avoir confiance. (Infirmière)

Une participante souligne le fait que certains supérieurs immédiats sont plus proactifs que d'autres.

Puis le problème, c'est que la main gauche ne sait pas qu'est-ce que la main droite fait. Un gestionnaire à une place sait exactement comment gérer son département. Puis tu arrives sur un autre département, puis personne ne sait quoi faire. Le gestionnaire ne sait pas quoi faire. Le gestionnaire doit attendre que son boss l'appelle. Tandis que dans une autre place, le gestionnaire va être plus proactif. (Infirmière auxiliaire)

Fait intéressant, plusieurs personnes participantes soulignent la situation inconfortable dans laquelle se trouvent leurs supérieurs immédiats.

Mais comme on disait tantôt, la problématique, c'est en haut. Elle demande plein de choses. Elle demande de l'équipement qui nous manque. Elle demande plein d'affaires et, en haut, ça n'avance pas. Tant que ça, ça ne bouge pas, bien... Elle demande pour les délestées qu'est-ce qui se passe, ça ne bouge pas. Et moi, j'ai 100 % confiance en elle, mais ça stagne. Il faut qu'on se fâche. Il faut quasiment qu'on menace de s'en aller pour... qu'on dise qu'on va démissionner en gang pour qu'il se bouge de quoi puis qu'on a pu parler à la grande boss de Lanaudière. Pour nous faire répondre... Ah oui, elle nous a écoutés pendant deux heures, mais il n'y a rien qui a changé. Rien du tout. C'est pareil au même. Elle est venue. Elle a fait une réunion Zoom. On a toutes parlé de notre ras-le-bol. Mais c'est encore ras-le-bol. (Infirmière)

Puis nous autres, notre gestionnaire, elle en a comme trop grand à couvrir. Ça fait que c'était difficile pour elle quand même de tout gérer ça. Parce que moi, c'est des URFI à l'hôpital, mais elle avait tout le reste des CHSLD qui sont éparpillés partout. Puis le CIUSSS MCQ, bien, il est grand. Ça fait que c'est ça. (Infirmière)

Cette position inconfortable est rapportée par une infirmière, qui a des tâches de supervision.

Dans le fond de moi, dans mon contexte, c'était vraiment, je voulais dire la non-transparence puis c'est ça, je vous écoute puis c'était ça notre problématique en tant qu'assistant, c'était ça. On avait des consignes à donner aux intervenantes. [...] On a trouvé cela difficile, nous, à passer l'information. Mais je vous dirais, après quelques mois après de parler fort pour dire aux gestionnaires : « On voudrait être avec vous, travailler avec vous, ça veut dire être transparent avec nous. Ça veut dire être transparent avec nos employés. Sinon, on n'arrivera nulle part ». On avait la non-compliance. Chaque fois qu'on annonçait de quoi, comme si c'était nous et non pas la direction, c'était comme nous en tant qu'ASI. C'était nous en tant que chef, comme si c'était nous, on a pris les décisions qui étaient comme ça, que je me rends compte que, parfois, je comprends que tout le monde voit les décisions qui sont prises. C'est pour la, comment dire, pour le bon de tout le monde. Mais nous, malheureusement, il faut que ça soit transparent pour qu'on sache le pourquoi et qu'on puisse travailler. Parce que dernière minute, avoir des informations, pour l'avoir déjà vécu, ce n'est pas aidant. (Infirmière)

1.4. La confiance envers la famille et les proches des patients s'affaiblit, mais les participants et participantes font toujours relativement confiance aux patients

La confiance vis-à-vis de la famille et les proches des patients s'est affaiblie depuis le début de la pandémie, passant d'un niveau de 6,8 à 5,5 au printemps 2021. La confiance envers les patients eux-mêmes semble avoir été un peu moins affectée, le score de confiance n'ayant que faiblement diminué (7,4 à 6,7). En somme, si les personnes participantes faisaient toujours confiance aux patients au printemps 2021, elles semblaient faire de moins en moins confiance à la famille et aux proches des patients.

Le respect des mesures sanitaires par la famille et les proches des patients et la difficulté à contrôler le risque d'infection sont mentionnés par certaines personnes participantes comme facteur explicatif de la diminution de la confiance envers la famille et les proches des patients.

On acceptait les proches aidants. Oui, ils venaient, mais on ne sait pas. Ils n'ont pas eu de cours de salubrité, de comment se nettoyer les mains, tout ça. Ça fait que c'est d'eux que j'avais peur. [...] Ils disaient devant nous qu'ils ne croient pas à ça la COVID. Là, rendu là, je comprends ton point. Mais si moi, tu veux venir à m'obliger à être vaccinée, bien, je m'attends à ce que toi, les proches aidants aussi, tsé. (Préposée aux bénéficiaires)

À un moment donné, je ne sais même pas, moi. C'est facile de cocher sur la feuille : je n'en ai pas de symptômes. Tsé. Bien c'est bien facile quand ils veulent voir quelqu'un. Là, c'est expliqué au monde. C'est parce que vous ne pouvez pas attendre sur le bord de l'ascenseur. C'est une personne à la fois. Il faut que vous sortiez dehors de l'hôpital. Comment ça que le gardien en bas, il l'a laissé passer? Encore aujourd'hui, là, des fois, c'est quand même problématique. C'est beaucoup plus souple que c'était, mais c'est deux visiteurs maximum par personne hospitalisée. Des fois, on arrive dans la chambre, tu calcules ça, tu sais : « Hum, il y en a deux de trop! » Je suis tannée de jouer à la police! J'en ai jusque-là de jouer à la police. [...] Mais ils ne comprenaient pas, les familles. Beaucoup de misère à respecter les consignes, malgré qu'elles sont écrites grand comme ça sur un tableau à l'entrée. Le masque! « Oui, mais mon masque personnel. Le tien, je ne l'aime pas ». Je m'en fous. C'est celui-là que tu mets pareil. Des fois, ça joue sur l'humeur. (Infirmière auxiliaire)

Bien que la confiance envers les patients demeurait forte, elle s'avérait parfois problématique comme le rapporte une participante.

Moi, j'ai eu des menaces de mort au téléphone. Un patient qui voulait me faire exploser parce que je ne voulais pas signer son exemption de vaccin. [...] Puis de par mon refus, dans le fond, malgré les explications, puis j'ai été empathique, puis je lui ai expliqué ce qu'il en était et les recours qu'il avait. Puis j'ai quand même reçu : « Je vais te faire exploser, toi! ». (Infirmière)

1.5. Un choix de carrière fortement remis en question, mais la confiance en ses capacités à bien faire son travail demeure assez forte

La confiance envers son choix de carrière est celle qui a diminué le plus fortement depuis le début de la pandémie, passant d'un niveau de 7,9 à 5,6 sur l'échelle de 0 à 10. Il s'agit d'une diminution particulièrement importante, qui a fait passer cette confiance d'un niveau assez élevé à un niveau moyen. Si les personnes participantes remettaient de plus en plus en question leur choix de carrière, elles semblaient en revanche toujours faire confiance en leurs capacités à bien faire leur travail. Nous constatons néanmoins qu'au printemps 2021, cette confiance avait diminué de manière assez importante par rapport à avant la pandémie. Ce niveau de confiance est passé de 8,6, soit le plus haut score observé avant la pandémie, à 7,2 au printemps 2021.

Les réaffectations ont été mentionnées par certaines personnes participantes parmi les facteurs ayant contribué à affaiblir leur confiance en leurs capacités et à réviser leur choix de carrière.

Puis le délestage en CHSLD. Quand tu n'es pas habituée de travailler en CHSLD, on sait ce que c'est. Ce n'est pas une qualité de soins. C'est du travail à la chaîne. J'ai fait de l'écrasage de pilules à la journée longue. Puis en commençant ma journée, tu es déjà en retard. Puis tu ne connais pas les patients, etc. Ça a été horrible. Puis j'ai été juste délestée pendant deux semaines, parce que j'ai rappelé ma boss au bout de deux semaines, j'ai dit : « Tu me rapatries ou moi, je donne ma démission ». (Infirmière en réaffectation)

Mais tsé, la personne qui a le moins d'expertise là-dedans au monde fait ça. J'avais tellement l'impression d'être inappropriée à mon travail. (Infirmière en réaffectation)

Le conflit de valeurs ainsi que le sentiment de ne pas être écouté par l'employeur font également partie des facteurs explicatifs mentionnés par les participants et participantes pour expliquer la diminution de la confiance vis-à-vis de leur choix de carrière.

Puis l'autre partie, est-ce que moi, ça va affecter ma confiance ou en tout cas mon plan de carrière? Moi, je suis à la maîtrise depuis l'hiver 2021. J'ai commencé, dans le fond, en janvier, cette année. Puis en grosse partie à cause de la COVID. Puis en grosse partie à cause des choses qui ne fonctionnent pas. Donc oui, ça l'a affectée. [...] Avant de débiter ma maîtrise, honnêtement, j'ai pensé vraiment quitter la profession. Pourtant, je suis quelqu'un qui a aussi confiance en moi. Puis, je veux dire, je suis quelqu'un qui aime beaucoup former la relève. Puis à un moment donné, tsé, les valeurs ne sont tellement plus les mêmes que tu te dis : « Bien, est-ce que je vais continuer à travailler dans une machine comme ça qui n'est pas difficile à travailler, mais qui ne répond même plus aux valeurs auxquelles j'ai commencé à travailler avec ». (Infirmier)

Ça fait que là, nous, on a commencé à demander à l'employeur de ne pas envoyer les gens qui avaient la COVID. Surtout qu'on avait mobilisé les hôtels. On était comme c'est pas ça le choix

logique. Ça ne serait pas d'envoyer des gens vulnérables à la COVID. Ça fait que là, on a fait beaucoup, beaucoup de rencontres avec l'employeur. Puis quand on s'est rendu compte qu'il allait le faire pareil, moi, j'étais complètement insurgée. [...]. On était comme : « Ils vont faire un génocide, un géronticide. Il faut empêcher ça! ». Ça fait que, tsé, on a comme une grosse gang à essayer d'empêcher ça, sortir ça dans les nouvelles en disant : « Faites-le pas! Ça va être l'enfer! ». Ils l'ont fait pareil. Là, moi, j'ai eu une coupure un peu dans le sens où je ne pouvais plus travailler pour un employeur comme ça. (Infirmière)

Le désir de préserver sa santé physique et mentale, dans un contexte de manque d'effectifs, fait également partie des facteurs mentionnés pour expliquer la remise en question du choix de carrière.

Le fait que j'allais faire un burn-out, c'était imminent. Et le fait que, habituellement, on a droit à plus de jours de congé quand on est sur ce type d'unité là. C'est quand même physique. On fait des contentions. On donne des douches avec des straps toutes brisées dans les douches. On n'a pas des souliers, ça glisse à terre, tu peux tomber. Tu te fais frapper. Tu te fais cracher dessus. Tsé, je veux dire, c'est mentalement et physiquement demandant. [...] Je suis revenue au travail. Et puis là, j'ai vu vraiment une grosse différence de manque de personnel, mi-temps obligatoire, de rester après ton shift. Écoute, j'étais fatiguée. Je revenais de travailler, des fois, je pleurais parce que j'étais trop épuisée. Ça fait qu'à un moment donné, je me suis dit : « J'ai-tu fait le bon choix de revenir dans cette profession-là? ». (Préposée aux bénéficiaires)

1.6. La confiance à l'égard des collègues de travail demeure parmi les plus fortes

Les collègues de travail font partie de ceux pour lesquels les participants et participantes témoignaient la plus grande confiance au printemps 2021. Nous constatons néanmoins une légère diminution de cette confiance depuis le début de la pandémie, le score moyen étant passé de 8,2 à 7,2 au printemps 2021. Malgré cette diminution, la confiance envers les collègues de travail demeurait parmi les plus fortes.

Le risque de contamination et le respect des règles sanitaires font partie des facteurs mentionnés par les participants et participantes pour expliquer la diminution de la confiance personnelle.

Oui, oui. Quand je rentrais travailler, on avait toutes les mesures à prendre, tout ça. On allait se changer en bas. On montait en haut, mais j'avais tout le temps peur des autres collègues. Parce que, des fois, ils nous donnaient un meeting si tu veux. Quand on arrivait. Et puis, j'avais tout le temps peur des autres, qu'ils n'aient pas fait les consignes en dehors de la maison et que moi, j'arrivais que j'étais vraiment hyper prudente. Des fois, j'arrivais ici, là, puis je savais que je travaillais le lendemain. On était là-dedans, j'étais angoissée. (Préposée aux bénéficiaires)

Puis ce qui arrivait, là, c'est qu'admettons qu'il y avait quelque chose, qu'elle nous disait : « Bon, bien là, il faut changer de vêtements ». Elle nous l'avait dit. Mais je voyais tous mes collègues, il n'y en avait pas un qui le faisait. Je ne sais pas pourquoi. C'est comme si... même je lui avais dit. J'ai dit : « Tsé, tu parles dans le vide, là. Il n'y a personne qui le fait ». Tsé, c'était

comme drôle. Je me disais : « Voyons, c'est elle qui sait ça. Elle sait tout. Elle est bonne! ». Puis non, on ne l'écoute pas. Ça fait que ça, c'est un questionnement. (Préposée aux bénéficiaires)

Parce qu'on avait tout le temps peur... écoute, moi, je suis très peureuse. Je suivais à la lettre les recommandations sanitaires puis tout ça. J'avais tout le temps peur. J'entendais des collègues [...] parler, qui disaient : « Ah, nous autres, on s'est vus hier soir. On a eu un party! ». Ça me fait tellement peur. Mais tellement peur. (Préposée aux bénéficiaires)

Certaines des personnes participantes ont également fait état d'une méfiance envers les collègues plus anciens.

C'est la relation avec les anciens, qui est un petit peu plus difficile. Mais plus j'avancais, plus j'étais capable de dire : « Hé, là, regarde, fous-moi la paix. Je fais ma job, fais la tienne ». Il y a ça aussi, tsé. À un moment donné, il faut que tu fasses ta place, puis j'étais comme peut-être un petit peu trop fine. (Préposée aux bénéficiaires)

La confiance nous, on en avait plein. Si je compare... la confiance en nos moyens. Parce que ce qu'ils nous ont montré à l'école, c'était très technique, c'est sûr. Mais les gens qui étaient là, ils y allaient avec leur cœur aussi. C'est cette partie-là qu'on s'est aperçus, rendus là-bas, qu'il n'y avait pas. Et c'est ça qui a fait qu'on a perdu confiance. On a perdu confiance en ceux qui étaient déjà là. (Préposée aux bénéficiaires)

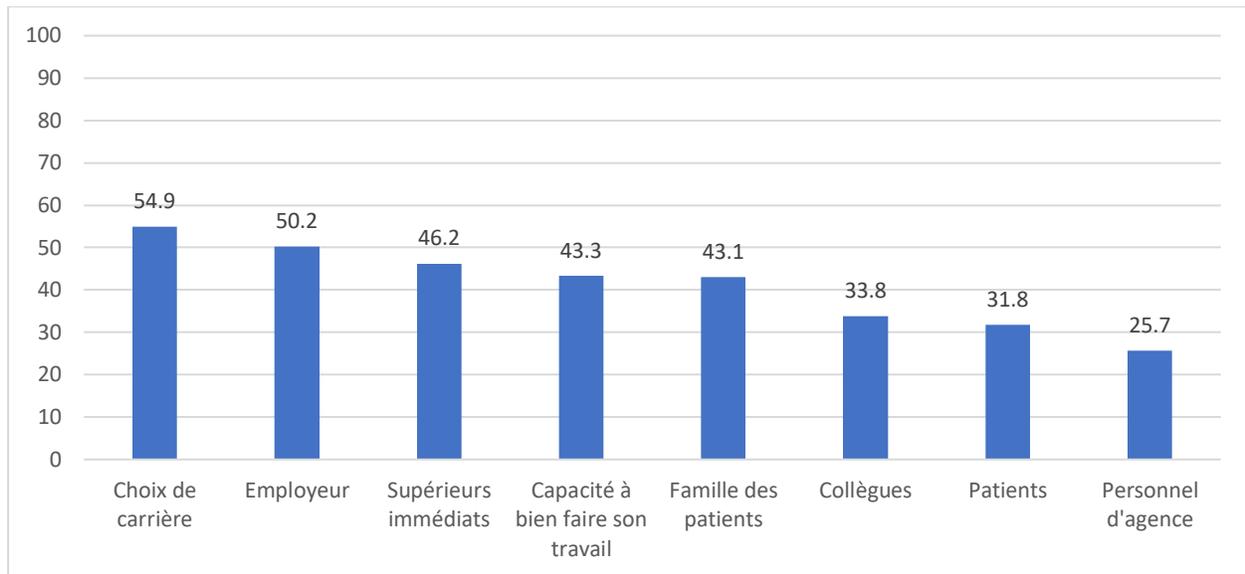
2. Analyse de la diminution des niveaux de confiance

La Figure 5 présente la proportion de participants et participantes qui, au printemps 2021, avaient indiqué une diminution de leur niveau de confiance depuis le début de la pandémie, et ce, pour chacun des items mesurés. Ceux-ci sont présentés en ordre décroissant selon la proportion de personnes participantes ayant indiqué que leur niveau de confiance au cours du mois ayant précédé l'enquête était inférieur à celui qui prévalait juste avant le début de l'urgence sanitaire.

La confiance envers son choix de carrière et la confiance envers son employeur sont les deux types de confiance qui présentent les plus fortes proportions de personnes participantes ayant indiqué une diminution de leur confiance : dans les deux cas, une personne sur deux, voire un peu plus, indique une diminution de son niveau de confiance. Suivent la confiance envers ses supérieurs immédiats, celle envers ses capacités à bien faire son travail et celle envers la famille et les proches des patients, lesquelles ont diminué respectivement pour 46 %, 43 % et 43 % des personnes participantes respectivement. Environ le tiers des participants et participantes indiquent une diminution de leur confiance envers leurs collègues de travail (34 %) et une proportion similaire fait état d'une diminution de leur confiance envers leurs patients (32 %). Enfin, un peu plus du quart des personnes participantes (26 %) font moins confiance au personnel des agences de placement qu'elles ne le faisaient avant le début de la pandémie. Les prochaines

sections examinent plus en détail les caractéristiques des personnes qui ont indiqué une diminution de leur confiance pour l'un ou l'autre des items mesurés.

Figure 5 Proportion de participants et participantes de la phase 1 ayant indiqué une diminution de leur confiance depuis le début de la pandémie, par items (en %)



2.1. Diminution de la confiance personnelle : choix de carrière et capacités

2.1.1. Selon les caractéristiques de l'emploi principal

Les infirmiers cliniciens et infirmières cliniciennes ainsi que le personnel occupant un emploi permanent à temps partiel sont proportionnellement plus nombreux à avoir rapporté une diminution de leur confiance envers leur choix de carrière et leur capacité à bien faire leur travail (Tableau 8). Il en va de même des participants et participantes qui travaillaient dans une région moyennement touchée par la pandémie de la COVID-19. Les préposés et préposées aux bénéficiaires, les auxiliaires et les aides de services ainsi que le personnel qui travaillaient dans une région faiblement touchée par la pandémie de COVID-19 font partie des groupes qui ont le moins rapporté une diminution de leur confiance en leur choix de carrière et en leur capacité à bien faire leur travail.

La diminution de la confiance envers son choix de carrière et ses capacités à bien faire son travail ne semble pas liée au type d'installation dans laquelle la personne participante travaille principalement, à l'ancienneté, au fait de donner des soins directs aux patients ni à celui d'accomplir des tâches de supervision/coordination.

Tableau 8 Proportion de participants et participantes de la phase 1 ayant indiqué une diminution de leur niveau de confiance personnelle depuis le début de la pandémie, selon l'objet de la confiance et les caractéristiques de l'emploi principal (en %)

	Choix de carrière	Capacité à bien faire son travail
Catégorie d'emploi	(p = 0,023)	(p = 0,004)
Préposé.e.s aux bénéficiaires, auxiliaires et aides de services	42,4	27,0
Infirmier.ère.s auxiliaires	57,1	45,8
Infirmier.ère.s	53,3	48,6
Infirmier.ère.s clinicien.ne.s	64,8	50,0
Inhalothérapeutes	53,0	40,3
Type d'installation	(p = 0,211)	(p = 0,168)
CHSLD	56,1	36,7
Centre hospitalier (CH)	55,5	46,1
CLSC	49,3	39,7
Clinique médicale/groupe de médecine familiale	81,3	66,7
Centre de réadaptation	54,5	46,2
Autre	42,9	37,9
Ancienneté dans l'emploi actuel	(p = 0,165)	(p = 0,456)
Avant mars 2020, 5 ans et moins	53,2	44,3
6 à 10 ans	63,0	50,4
11 à 15 ans	55,9	44,0
16 à 20 ans	57,1	37,8
20 ans et plus	45,0	38,5
Tâches de supervision/coordination	(p = 0,314)	(p = 0,466)
Oui	57,2	41,8
Non	52,7	44,9
Soins directs aux patients, résidents, usagers	(p = 0,759)	(p = 0,650)
Oui	54,6	43,7
Non	57,7	39,3
Statut d'emploi	(p = 0,038)	(p = 0,026)
Permanent temps plein	51,4	40,0
Permanent temps partiel	64,6	53,4
Non permanent	53,1	39,5
Région de travail	(p = 0,025)	(p = 0,053)
Région taux élevé	51,4	40,0
Région taux moyen	64,6	53,4
Région taux assez faible	53,1	39,5
Région taux faible	40,3	33,3

2.1.2. Selon les caractéristiques de l'horaire de travail et les absences de travail

Les personnes qui ont effectué du temps supplémentaire obligatoire au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête du printemps 2021 sont proportionnellement plus nombreuses à avoir indiqué que leur confiance envers leur choix de carrière avait diminué; c'est le cas de près des deux tiers d'entre elles comparativement à environ une sur deux dans les autres groupes (Tableau 9). Le fait d'avoir travaillé des

heures supplémentaires obligatoires ne semble toutefois pas lié à la baisse de la confiance envers ses capacités à bien faire son travail.

Les personnes qui ont travaillé sur des quarts de soir sont proportionnellement plus nombreuses à présenter une diminution de leur confiance personnelle, et ce, pour les deux items mesurés. Celles-ci ont indiqué à 63 % faire moins confiance à leur choix de carrière (comparativement à 50 % chez celles qui n'ont pas travaillé le soir) et à 50 % avoir moins confiance en leur capacité à bien faire leur travail (comparativement à 40 % pour celles qui n'ont pas travaillé sur des quarts de soir). Les nombreux changements de quarts semblent réduire la confiance personnelle des participants et participantes, en particulier la confiance envers leur choix de carrière. En effet, chez les personnes ayant connu au moins deux changements de quart au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, près de trois personnes sur quatre ont rapporté une diminution de leur confiance en leur choix de carrière, comparativement à environ une sur deux parmi les personnes qui ont changé de quart une seule fois ou qui n'ont pas changé de quart. Le fait d'avoir disposé (ou non) d'un congé d'au moins 12 heures avant un changement de quart ne semble pas, en revanche, lié à la diminution de la confiance personnelle.

Le nombre d'heures travaillées au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête ainsi que le fait de s'être absenté du travail au cours du mois ayant précédé l'enquête ne semblent pas liés à la diminution de la confiance personnelle.

Tableau 9 Proportion de participants et participantes de la phase 1 ayant indiqué une diminution de leur niveau de confiance personnelle depuis le début de la pandémie, selon l'objet de la confiance, les caractéristiques de l'horaire de travail et les absences de travail (en %)

	Choix de carrière	Capacité à bien faire son travail
Nombre d'heures de travail au cours des 2 dernières semaines	(p = 0,737)	(p = 0,512)
Moins de 30 heures	53,6	57,1
30 à 60 heures	61,3	47,3
61 à 70 heures	55,3	39,7
71 à 80 heures	51,2	41,5
81 heures à 90 heures	56,9	47,3
Plus de 90 heures	56,0	40,0
A effectué du temps supplémentaire au cours des 2 dernières semaines	(p = 0,080)	(p = 0,108)
Non	54,7	39,2
Oui, mais pas de temps supplémentaire obligatoire	50,0	44,9
Oui, dont du temps supplémentaire obligatoire	64,2	50,9
A travaillé sur un quart de JOUR au cours des 2 dernières semaines	(p = 0,143)	(p = 0,010)
Oui	52,7	39,6
Non	59,6	51,5
A travaillé sur un quart de SOIR au cours des 2 dernières semaines	(p = 0,006)	(p = 0,018)
Oui	62,8	50,3
Non	50,3	39,6
A travaillé sur un quart de NUIT au cours des 2 dernières semaines	(p = 0,550)	(p = 0,598)
Oui	57,4	45,5
Non	54,2	42,8
Nombre de changements de quart au cours des 2 dernières semaines	(p = 0,008)	(p = 0,519)
Aucun	53,1	42,6
Une seule fois	48,3	40,7
Deux fois ou plus	73,3	50,0
Changements de quart toujours précédés d'un congé d'au moins 12 heures	(p = 0,507)	(p = 0,062)
Oui	65,4	36,5
Non	59,4	54,0
Absence du travail au cours du dernier mois	(p = 0,366)	(p = 0,176)
Oui	57,0	46,4
Non	53,0	40,6

2.1.3. Selon les réaffectations et le travail en zone chaude ou tiède

La diminution de la confiance personnelle est liée au fait d'avoir travaillé en zone chaude ou tiède. Concernant la confiance envers le choix de carrière, nous observons que les personnes ayant travaillé dans les deux zones (64 %) et, dans une moindre mesure, celles qui ont travaillé en zone chaude (57 %) sont proportionnellement plus nombreuses à avoir rapporté une diminution de leur confiance envers leur choix de carrière (0).

Concernant la confiance envers les capacités à bien faire son travail, il appert que les personnes ayant travaillé en zone chaude ou dans les deux zones sont proportionnellement plus nombreuses à avoir indiqué une diminution de leur confiance en leur capacité à bien faire leur travail (50 % et 51 % contre 30 % pour celles n'ayant pas travaillé en zone chaude ou tiède). Par contre, le fait d'avoir travaillé dans l'une ou l'autre de ces deux zones au cours du dernier mois ou au cours du dernier quart de travail n'est pas lié à la diminution de la confiance personnelle chez les personnes ayant travaillé dans l'une ou l'autre de ces zones.

Nous constatons enfin que la réaffectation à de nouvelles tâches, une autre installation ou un autre département n'est pas liée à la diminution de la confiance personnelle.

Tableau 10 Proportion de participants et participantes de la phase 1 ayant indiqué une diminution de leur niveau de confiance personnelle depuis le début de la pandémie, selon l'objet de la confiance, les réaffectations et le travail en zone chaude ou tiède (en %)

	Choix de carrière	Capacité à bien faire son travail
Réaffectation nouvelles tâches, autre installation ou département	(p = 0,724)	(p = 0,851)
Oui	56,9	44,4
Non	54,7	43,3
Réaffectation nouvelles tâches, autre installation ou département, dernier mois	(p = 0,525)	(p = 0,949)
Oui	58,9	44,6
Non	50,0	43,8
Travail en zone chaude ou tiède	(p = 0,007)	(p = 0,001)
Non	44,6	29,6
Oui, zone chaude	57,3	51,3
Oui, zone tiède	52,7	46,2
Oui, zones chaude et tiède	63,5	49,7
Travail en zone chaude ou tiède, dernier mois	(p = 0,821)	(p = 0,890)
Oui	59,4	48,5
Non	58,2	49,2
Travail en zone chaude ou tiède, dernier quart de travail	(p = 0,685)	(p = 0,379)
Oui	58,0	51,5
Non	60,9	45,2

2.1.4. Selon l'appréciation des effectifs au travail et de la qualité des soins

Le jugement à l'égard de la qualité des soins offerts par soi-même et par son équipe de travail est lié à la diminution de la confiance personnelle : les personnes qui jugeaient négativement cette qualité des soins sont proportionnellement plus nombreuses à avoir rapporté une diminution de leur confiance envers leur choix de carrière et leur capacité à bien faire leur travail (Tableau 11). Il en va de même des personnes qui jugeaient que la qualité des soins donnés aux patients s'était détériorée depuis le début de la pandémie. Les personnes qui avaient le sentiment que le nombre de personnes au travail était inadéquat lors de leur dernier quart de travail sont également proportionnellement plus nombreuses à avoir rapporté une diminution de leur confiance envers leur choix de carrière. En revanche, il ne semble pas y avoir de lien entre ce sentiment et la diminution de la confiance envers ses capacités à bien faire son travail.

Tableau 11 Proportion de participants et participantes de la phase 1 ayant indiqué une diminution de leur niveau de confiance personnelle depuis le début de la pandémie, selon

l'objet de la confiance et l'appréciation des effectifs au travail et de la qualité des soins offerts (en %)

	Choix de carrière	Capacité à bien faire son travail
Sentiment que le nombre de personnes au travail était adéquat lors du dernier quart de travail	(p = 0,001)	(p = 0,146)
Oui	47,8	40,9
Non	63,8	47,5
Jugement à l'égard de la qualité des soins offerts par l'ÉQUIPE DE TRAVAIL lors du dernier quart de travail	(p = 0,004)	(p = 0,000)
Excellente	42,9	32,6
Bonne	56,9	42,5
Passable	68,4	58,3
Pauvre	59,1	65,2
Ne travaillait pas en équipe	50,0	57,1
Jugement à l'égard de la qualité des soins offerts par SOI-MÊME lors du dernier quart de travail	(p = 0,000)	(p = 0,000)
Excellente	44,9	32,8
Bonne	56,8	46,7
Passable	72,9	59,3
Pauvre	100,0	100,0
Jugement à l'égard de l'évolution de la qualité des soins donnés aux patients depuis le début de la pandémie	(p = 0,000)	(p = 0,000)
S'est améliorée	42,5	40,5
Est restée la même	40,4	30,1
S'est détériorée	71,2	57,9
Ne sait pas	50,0	33,3

2.1.5. Selon les indicateurs de santé

La diminution de la confiance personnelle est liée à la perception de l'état de santé mentale : les personnes qui évaluaient négativement cet état de santé au printemps 2021 sont proportionnellement plus nombreuses à avoir rapporté une diminution de leur confiance envers leur choix de carrière et envers leur capacité à bien faire leur travail (0). La perception de la santé physique est également liée à la diminution de la confiance personnelle, mais uniquement lorsqu'il s'agit de la confiance envers sa capacité à bien faire son travail. Les personnes qui jugeaient cet état de santé mauvais ont rapporté plus souvent une diminution de leur capacité à bien faire leur travail, étant deux fois et demie plus susceptibles de l'avoir fait que les personnes qui le jugeaient excellent. Le fait de présenter un problème de santé associé à un risque de développer des complications liées à la COVID-19 ne semble toutefois pas rattaché à la

diminution de la confiance personnelle. En revanche, le fait d'avoir reçu un test positif à la COVID-19 est lié à la diminution de cette confiance.

La diminution de la confiance personnelle ne semble pas liée aux craintes de contracter la COVID-19 ni au fait d'avoir reçu le vaccin contre la COVID-19.

Tableau 12 Proportion de participants et participantes de la phase 1 ayant indiqué une diminution de leur niveau de confiance personnelle depuis le début de la pandémie, selon l'objet de la confiance et les indicateurs de santé (en %)

	Choix de carrière	Capacité à bien faire son travail
Perception de l'état de santé physique	(p = 0,357)	(p = 0,006)
Excellent	42,6	30,0
Très bon	54,3	41,4
Bon	55,8	43,3
Passable	57,7	45,5
Mauvais	65,4	74,1
Perception de l'état de santé mentale	(p = 0,000)	(p = 0,000)
Excellent	28,1	19,4
Très bon	43,0	33,7
Bon	50,0	37,2
Passable	65,4	54,1
Mauvais	79,2	66,1
Présence d'un problème de santé à risque de développer complications liées à la COVID-19	(p = 0,945)	(p = 0,476)
Oui	54,7	40,0
Non	55,1	44,1
A reçu un test positif à la COVID-19	(p = 0,029)	(p = 0,049)
Oui	68,3	54,8
Non	53,4	41,6
Craintes de contracter la COVID-19	(p = 0,425)	(p = 0,895)
Oui, beaucoup	59,5	38,6
Oui, moyennement	64,1	45,1
Oui, un peu	53,2	44,3
Non, pas du tout	53,8	42,5
A reçu le vaccin contre la COVID-19	(p = 0,572)	(p = 0,933)
Au moins partiellement vacciné.e	55,4	43,5
Non vacciné.e	51,1	42,9

2.1.6. Selon les caractéristiques sociodémographiques

La diminution de la confiance personnelle est liée à l'âge et touche davantage les personnes âgées de 25 à 44 ans (Tableau 13). Elle est aussi partiellement liée à la situation conjugale et familiale, mais uniquement lorsqu'il s'agit de la confiance envers le choix de carrière. Il appert en effet que les personnes dont le conjoint était actif à l'extérieur du système de santé et des services sociaux ainsi que les personnes qui vivaient en couple et dont le plus jeune enfant était âgé de 6 à 11 ans ont davantage rapporté une

diminution de leur confiance. À l'inverse, les personnes dont le conjoint n'était pas actif sur le marché du travail, les personnes en situation de monoparentalité ainsi que les personnes qui vivaient en couple et dont le plus jeune enfant était âgé de 12 à 17 ans ont moins souvent rapporté une diminution de leur confiance envers leur choix de carrière. Le sexe, le lieu de naissance et le fait d'être proche aidant ne sont pas liés à la diminution de la confiance personnelle.

Tableau 13 Proportion de participants et participantes de la phase 1 ayant indiqué une diminution de leur niveau de confiance personnelle depuis le début de la pandémie, selon l'objet de la confiance et les caractéristiques sociodémographiques (en %)

	Choix de carrière	Capacité à bien faire son travail
Sexe	(p = 0,510)	(p = 0,688)
Homme	50,0	40,5
Femme	55,4	43,7
Groupe d'âge	(p = 0,009)	(p = 0,008)
18-24 ans	46,7	33,3
25-34 ans	62,9	52,3
35-44 ans	60,4	48,2
45-54 ans	48,9	37,8
55 ans et plus	40,6	30,4
Lieu de naissance	(p = 0,695)	(p = 0,915)
Au Canada	54,8	42,9
À l'étranger	59,1	44,0
Situation conjugale	(p = 0,033)	(p = 0,269)
Sans conjoint	50,4	38,7
Avec conjoint non actif sur le marché du travail	39,4	51,4
Avec conjoint actif dans le système de santé et des services sociaux	47,6	37,1
Avec conjoint actif à l'extérieur du système de santé et des services sociaux	60,1	46,1
Situation familiale	(p = 0,013)	(p = 0,157)
Personne seule	53,7	41,9
En couple, sans enfant de moins de 18 ans	53,0	44,4
En couple, plus jeune enfant de 5 ans ou moins	58,2	41,6
En couple, plus jeune enfant de 6 à 11 ans	74,6	58,1
En couple, plus jeune enfant de 12 à 17 ans	44,4	37,9
Personne monoparentale, plus enfant de moins de 18 ans	45,5	33,3
Situation de proche aidance	(p = 0,857)	(p = 0,907)
Oui	53,8	42,9
Non	55,0	43,6

2.2. Diminution de la confiance envers les supérieurs immédiats et l'employeur

2.2.1. Selon les caractéristiques de l'emploi principal

La diminution de la confiance envers les supérieurs immédiats et l'employeur semble très peu liée aux caractéristiques de l'emploi principal (0). Seule l'ancienneté présente une relation statistiquement significative avec cette diminution de la confiance, et uniquement lorsqu'il s'agit de l'employeur. Il appert en effet que les personnes qui avaient de 6 à 15 ans d'ancienneté ont rapporté davantage une diminution de cette confiance, alors que celles qui avaient le plus d'ancienneté sont celles qui ont le moins rapporté cette diminution. La catégorie d'emploi, le type d'installation, le fait de donner des soins directs aux patients ou d'avoir des tâches de supervision/coordination ainsi que le type de région de travail ne sont pas liés statistiquement au fait de rapporter une diminution de la confiance envers l'employeur et/ou les supérieurs immédiats.

Tableau 14 Proportion de participants et participantes de la phase 1 ayant indiqué une diminution de leur confiance envers l'employeur et les supérieurs immédiats depuis le début de la pandémie, selon l'objet de la confiance et les caractéristiques de l'emploi principal (en %)

	Employeur	Supérieurs immédiats
Catégorie d'emploi	(p = 0,109)	(p = 0,092)
Préposé.e.s aux bénéficiaires, auxiliaires et aides de services	43,9	37,7
Infirmier.ère.s auxiliaires	51,0	48,5
Infirmier.ère.s	46,2	45,1
Infirmier.ère.s clinicien.ne.s	59,6	54,8
Inhalothérapeutes	49,3	42,4
Type d'installation	(p = 0,924)	(p = 0,643)
CHSLD	52,0	45,5
Centre hospitalier (CH)	51,2	46,0
CLSC	46,8	43,4
Clinique médicale/groupe de médecine familiale	50,0	66,7
Centre de réadaptation	50,0	42,9
Autre	42,9	47,1
Ancienneté dans l'emploi actuel	(p = 0,023)	(p = 0,651)
Avant mars 2020, 5 ans et moins	51,5	46,5
6 à 10 ans	55,6	47,2
11 à 15 ans	56,1	52,1
16 à 20 ans	52,3	43,5
20 ans et plus	36,3	41,0
Tâches de supervision/coordination	(p = 0,355)	(p = 0,973)
Oui	52,2	46,3
Non	48,2	46,4
Soins directs aux patients, résidents, usagers	(p = 0,486)	(p = 0,085)
Oui	49,9	45,4
Non	56,3	61,3
Statut d'emploi	(p = 0,083)	(p = 0,250)
Permanent temps plein	48,7	44,7
Permanent temps partiel	58,1	52,6
Non permanent	41,5	42,5
Région de travail	(p = 0,086)	(p = 0,527)
Région taux élevé	50,0	44,7
Région taux moyen	60,0	52,1
Région taux assez faible	45,9	45,4
Région taux faible	47,0	42,4

2.2.2. Selon les caractéristiques de l'horaire de travail et les absences du travail

La diminution de la confiance envers l'employeur semble assez peu liée aux caractéristiques de l'horaire de travail au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête et aux absences du travail au cours du dernier mois ayant précédé l'enquête (Tableau 15). En fait, seul le fait d'avoir connu deux changements de quart ou plus au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête est lié à la diminution de la confiance envers l'employeur, celui-ci contribuant à réduire cette confiance. Les autres caractéristiques, qu'elles concernent les heures de travail (supplémentaires ou non), le type de quart travaillé, la durée du congé avant un changement de quart ou les absences du travail, ne sont pas liées à la diminution de la confiance envers l'employeur.

Le nombre d'heures et le type de quart travaillés au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête ne sont pas liés non plus à la diminution de la confiance envers les supérieurs immédiats. En revanche, nous constatons que les personnes qui ont travaillé du temps supplémentaire obligatoire au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête sont proportionnellement plus nombreuses à avoir rapporté une diminution de leur confiance envers leurs supérieurs immédiats (58 % contre 38 %). Il en va de même des personnes qui ont connu deux changements de quart de travail ou plus (61 % contre 44 % à 47 %) et de celles qui se sont absentes de leur travail au cours du mois ayant précédé l'enquête (51 % contre 42 %). Pour les personnes ayant connu un changement de quart, la durée du congé avant le changement de quart n'est pas liée à la diminution de la confiance envers les supérieurs immédiats.

Tableau 15 Proportion de participants et participantes de la phase 1 ayant indiqué une diminution de leur confiance envers l'employeur et les supérieurs immédiats depuis le début de la pandémie, selon l'objet de la confiance et les caractéristiques de l'horaire de travail et les absences du travail (en %)

	Employeur	Supérieurs immédiats
Nombre d'heures de travail au cours des 2 dernières semaines	(p = 0,787)	(p = 0,662)
Moins de 30 heures	44,8	55,6
30 à 60 heures	53,9	47,1
61 à 70 heures	46,1	46,4
71 à 80 heures	52,8	41,9
81 heures à 90 heures	49,2	50,0
Plus de 90 heures	50,0	53,8
A effectué du temps supplémentaire au cours des 2 dernières semaines	(p = 0,489)	(p = 0,005)
Non	48,4	43,9
Oui, mais pas de temps supplémentaire obligatoire	50,4	38,4
Oui, dont du temps supplémentaire obligatoire	55,1	58,0
A travaillé sur un quart de JOUR au cours des 2 dernières semaines	(p = 0,758)	(p = 0,785)
Oui	49,7	46,6
Non	51,1	45,3
A travaillé sur un quart de SOIR au cours des 2 dernières semaines	(p = 0,058)	(p = 0,227)
Oui	55,7	49,7
Non	47,3	44,4
A travaillé sur un quart de NUIT au cours des 2 dernières semaines	(p = 0,645)	(p = 0,262)
Oui	48,3	50,9
Non	50,7	45,0
Nombre de changements de quart au cours des 2 dernières semaines	(p = 0,034)	(p = 0,046)
Aucun	48,8	43,9
Une seule fois	44,8	46,6
Deux fois ou plus	65,6	61,0
Changements de quart toujours précédés d'un congé d'au moins 12 heures	(p = 0,532)	(p = 0,136)
Oui	59,6	61,5
Non	53,8	47,6
Absence du travail au cours du dernier mois	(p = 0,174)	(p = 0,025)
Oui	53,3	51,1
Non	47,6	41,6

2.2.3. Selon les réaffectations et le travail en zone chaude ou tiède

La réaffectation à de nouvelles tâches, une autre installation ou un autre département ainsi que le fait d'avoir travaillé en zone chaude ou tiède ne sont pas liés à la diminution de la confiance envers les supérieurs immédiats (Tableau 16). En revanche, parmi les personnes qui ont été réaffectées à de

nouvelles tâches, une autre installation ou un autre département, celles qui l'étaient au cours du mois ayant précédé l'enquête du printemps 2021 ont rapporté davantage une diminution de leur confiance envers leur employeur que celles qui ne l'étaient plus (49 % contre 18 %). De même, les personnes qui ont travaillé en zones chaude et tiède ont rapporté davantage une diminution de leur confiance envers leur employeur (59 %) que celles qui n'y ont pas travaillé (42 %) ou qui ont travaillé exclusivement dans l'une ou l'autre des deux zones (48 %). Le fait d'y avoir travaillé au cours du mois ayant précédé l'enquête ou lors du dernier quart de travail ne semble toutefois pas lié à la diminution de cette confiance.

Tableau 16 Proportion de participants et participantes de la phase 1 ayant indiqué une diminution de leur confiance envers l'employeur et les supérieurs immédiats depuis le début de la pandémie, selon l'objet de la confiance, et les réaffectations et le travail en zone chaude ou tiède (en %)

	Employeur	Supérieurs immédiats
Réaffectation nouvelles tâches, autre installation ou département	(p = 0,124)	(p = 0,544)
Oui	42,5	49,4
Non	51,8	45,7
Réaffectation nouvelles tâches, autre installation ou département, dernier mois	(p = 0,019)	(p = 0,190)
Oui	49,2	53,2
Non	17,6	35,3
Travail en zone chaude ou tiède	(p = 0,011)	(p = 0,167)
Non	41,6	41,0
Oui, zone chaude	48,1	50,0
Oui, zone tiède	48,4	41,9
Oui, zones chaude et tiède	59,2	51,3
Travail en zone chaude ou tiède, dernier mois	(p = 0,421)	(p = 0,256)
Oui	55,3	50,7
Non	51,3	45,0
Travail en zone chaude ou tiède, dernier quart de travail	(p = 0,658)	(p = 0,449)
Oui	56,8	53,2
Non	53,7	47,9

2.2.4. Selon l'appréciation des effectifs au travail et de la qualité des soins offerts

La diminution de la confiance envers l'employeur et les supérieurs immédiats est liée à l'appréciation de la qualité des soins offerts par soi-même ou par l'équipe de travail lors du dernier quart de travail (0). Les personnes qui jugeaient négativement la qualité de ces soins ont rapporté davantage une diminution de la confiance envers l'employeur et envers les supérieurs immédiats que celles qui la jugeaient plus

positivement. Il en va de même des personnes qui jugeaient que la qualité des soins offerts aux patients s'était détériorée depuis le début de la pandémie. Le sentiment que le nombre de personnes au travail était inadéquat lors du dernier quart de travail est lié à la diminution de la confiance envers les supérieurs immédiats, mais pas à celle envers l'employeur. Les personnes qui jugeaient que les effectifs n'étaient pas adéquats ont davantage rapporté une diminution de la confiance envers leurs supérieurs immédiats que celles qui les jugeaient adéquats (52 % contre 41 %).

Tableau 17 Proportion de participants et participantes de la phase 1 ayant indiqué une diminution de leur confiance envers l'employeur et les supérieurs immédiats depuis le début de la pandémie, selon l'objet de la confiance et l'appréciation des effectifs au travail et de la qualité des soins offerts (en %)

	Employeur	Supérieurs immédiats
Sentiment que le nombre de personnes au travail était adéquat lors du dernier quart de travail	(p = 0,212)	(p = 0,021)
Oui	47,9	41,4
Non	53,5	51,8
Jugement à l'égard de la qualité des soins offerts par l'ÉQUIPE DE TRAVAIL lors du dernier quart de travail	(p = 0,013)	(p = 0,029)
Excellente	40,8	35,5
Bonne	52,2	51,8
Passable	58,3	46,5
Pauvre	72,0	57,7
Ne travaillait pas en équipe	44,4	50,0
Jugement à l'égard de la qualité des soins offerts par SOI-MÊME lors du dernier quart de travail	(p = 0,005)	(p = 0,007)
Excellente	42,8	36,9
Bonne	52,3	51,8
Passable	67,7	48,4
Pauvre	66,7	75,0
Jugement à l'égard de l'évolution de la qualité des soins donnés aux patients depuis le début de la pandémie	(p = 0,000)	(p = 0,000)
S'est améliorée	50,0	27,9
Est restée la même	37,9	36,5
S'est détériorée	63,7	58,5
Ne sait pas	35,7	38,5

2.2.5. Selon les indicateurs de santé

Les personnes qui percevaient négativement leur état de santé mentale ont rapporté davantage une diminution de la confiance envers leur employeur et leurs supérieurs immédiats que celles qui la percevaient plus positivement (Tableau 18). En revanche, la perception de l'état de santé physique, de même que la présence d'un problème de santé associé à un risque de développer des complications liées à la COVID-19 ne semblent pas liées à la diminution de ces confiances. Les faits d'avoir reçu un test positif à la COVID-19, d'avoir peur de contracter le virus ou d'avoir reçu un vaccin contre ce virus ne présentent pas non plus de différences statistiquement significatives avec la diminution de ces confiances.

Tableau 18 Proportion de participants et participantes de la phase 1 ayant indiqué une diminution de leur confiance envers l'employeur et les supérieurs immédiats depuis le début de la pandémie, selon l'objet de la confiance et les indicateurs de santé (en %)

	Employeur	Supérieurs immédiats
Perception de l'état de santé physique	(p = 0,664)	(p = 0,212)
Excellent	45,6	31,6
Très bon	48,9	49,1
Bon	50,7	46,6
Passable	50,6	49,4
Mauvais	63,0	46,2
Perception de l'état de santé mentale	(p = 0,016)	(p = 0,036)
Excellent	44,7	29,7
Très bon	44,1	39,6
Bon	45,6	45,8
Passable	54,7	51,2
Mauvais	68,5	57,4
Présence d'un problème de santé associé à risque de développer complications liées à la COVID-19	(p = 0,953)	(p = 0,966)
Oui	50,5	46,7
Non	50,2	46,4
A reçu un test positif à la COVID-19	(p = 0,724)	(p = 0,573)
Oui	52,2	49,3
Non	49,9	45,7
Craintes de contracter la COVID-19	(p = 0,882)	(p = 0,198)
Oui, beaucoup	45,5	43,2
Oui, moyennement	50,0	56,2
Oui, un peu	51,9	47,5
Non, pas du tout	49,8	42,0
A reçu le vaccin contre la COVID-19	(p = 0,576)	(p = 0,373)
Au moins partiellement vacciné.e	49,7	45,5
Non vacciné.e	53,7	51,9

2.2.6. Selon les caractéristiques sociodémographiques

Les personnes âgées de 35 à 44 ans au printemps 2021 et, dans une moindre mesure, celles âgées de 25 à 34 ans, ont rapporté davantage une diminution de leur confiance envers leur employeur et envers leurs supérieurs immédiats que les autres groupes d'âge (Tableau 19). Ce sont les personnes âgées de 55 ans ou plus qui ont le moins rapporté une diminution de ces confiances. Les diminutions de la confiance envers l'employeur et envers les supérieurs immédiats semblent indépendantes du sexe, du lieu de naissance, des situations conjugale et familiale et du fait d'être en situation de proche aidance.

Tableau 19 Proportion de participants et participantes de la phase 1 ayant indiqué une diminution de leur confiance envers l'employeur et les supérieurs immédiats depuis le début de la pandémie, selon l'objet de la confiance et les caractéristiques sociodémographiques (en %)

	Employeur	Supérieurs immédiats
Sexe	(p = 0,608)	(p = 0,355)
Homme	46,5	39,5
Femme	50,6	46,9
Groupe d'âge	(p = 0,000)	(p = 0,009)
18-24 ans	50,0	31,3
25-34 ans	52,9	50,0
35-44 ans	59,2	51,2
45-54 ans	48,7	47,9
55 ans et plus	29,3	29,3
Lieu de naissance	(p = 0,573)	(p = 0,334)
Au Canada	50,0	46,5
À l'étranger	55,6	37,0
Situation conjugale	(p = 0,176)	(p = 0,925)
Sans conjoint	42,3	44,1
Avec conjoint non actif sur le marché du travail	47,4	43,2
Avec conjoint actif dans le système de santé et des services sociaux	52,2	46,3
Avec conjoint actif à l'extérieur du système de santé et des services sociaux	53,6	47,2
Situation familiale	(p = 0,057)	(p = 0,375)
Personne seule	42,2	43,2
En couple, sans enfant de moins de 18 ans	47,8	44,8
En couple, plus jeune enfant de 5 ans ou moins	51,9	45,7
En couple, plus jeune enfant de 6 à 11 ans	66,2	58,2
En couple, plus jeune enfant de 12 à 17 ans	54,4	40,6
Personne monoparentale, plus enfant de moins de 18 ans	44,7	48,6
Situation de proche aidance	(p = 0,552)	(p = 0,487)
Oui	53,4	50,0
Non	49,7	45,6

2.3. Diminution de la confiance envers les collègues et le personnel d'agence

2.3.1. Selon les caractéristiques de l'emploi principal

La diminution de la confiance envers les collègues de travail et le personnel d'agence ne semble pas liée aux caractéristiques de l'emploi principal (0). En effet, aucun écart statistiquement significatif n'apparaît selon la catégorie d'emploi, le type d'installation, l'ancienneté, le statut d'emploi, la région de travail et le fait de donner des soins directs aux patients et/ou d'avoir des tâches de coordination/supervision.

Rappelons que ces deux niveaux de confiance sont parmi ceux qui ont le moins diminué depuis le début de la pandémie.

Tableau 20 Proportion de participants et participantes de la phase 1 ayant indiqué une diminution de leur confiance envers leurs collègues et le personnel d'agence depuis le début de la pandémie, selon l'objet de la confiance et les caractéristiques de l'emploi principal (en %)

	Collègues	Personnel d'agence
Catégorie d'emploi	(p = 0,451)	(p = 0,621)
Préposé.e.s aux bénéficiaires, auxiliaires et aides de services	30,3	26,8
Infirmier.ère.s auxiliaires	40,0	29,7
Infirmier.ère.s	33,8	25,8
Infirmier.ère.s clinicien.ne.s	35,1	25,0
Inhalothérapeutes	27,3	15,2
Type d'installation	(p = 0,898)	(p = 0,483)
CHSLD	32,2	25,0
Centre hospitalier (CH)	32,6	23,7
CLSC	35,1	33,3
Clinique médicale/groupe de médecine familiale	41,2	22,2
Centre de réadaptation	35,7	9,1
Autre	41,2	32,1
Ancienneté dans l'emploi actuel	(p = 0,637)	(p = 0,527)
Avant mars 2020, 5 ans et moins	31,2	25,0
6 à 10 ans	29,8	27,3
11 à 15 ans	39,3	33,3
16 à 20 ans	36,0	23,4
20 ans et plus	32,2	20,2
Tâches de supervision/coordination	(p = 0,676)	(p = 0,463)
Oui	34,4	24,0
Non	32,7	27,3
Soins directs aux patients, résidents, usagers	(p = 0,939)	(p = 0,939)
Oui	33,8	25,8
Non	34,5	25,0
Statut d'emploi	(p = 0,391)	(p = 0,688)
Permanent temps plein	34,6	25,0
Permanent temps partiel	34,6	29,2
Non permanent	23,7	23,1
Région de travail	(p = 0,323)	(p = 0,971)
Région taux élevé	34,6	25,0
Région taux moyen	34,6	29,2
Région taux assez faible	23,7	23,1
Région taux faible	38,2	23,1

2.3.2. Selon les caractéristiques de l'horaire de travail et les absences du travail

Les diminutions des confiances envers les collègues de travail et le personnel d'agence sont également peu liées aux caractéristiques de l'horaire de travail et aux absences du travail (Tableau 21). En fait, les seules relations statistiquement significatives observables ont trait au fait d'avoir travaillé des heures supplémentaires et de s'être absenté du travail. Concernant les heures supplémentaires, nous constatons que les personnes qui ont travaillé des heures supplémentaires (obligatoires ou non) ont rapporté davantage une diminution de leur confiance envers le personnel d'agence que celles qui n'ont pas travaillé d'heures supplémentaires. Il en va de même pour la confiance envers les collègues, mais seulement lorsque la personne a travaillé des heures supplémentaires obligatoires. En ce qui a trait aux absences du travail, il apparaît que les personnes qui se sont absentes du travail au cours du mois ayant précédé l'enquête ont rapporté davantage une diminution de cette confiance que celles qui ne se sont pas absentes. Les absences du travail ne sont toutefois pas liées à la confiance envers le personnel d'agence.

Tableau 21 Proportion de participants et participantes de la phase 1 ayant indiqué une diminution de leur confiance envers leurs collègues et le personnel d'agence depuis le début de la pandémie, selon l'objet de la confiance et les caractéristiques de l'horaire de travail et les absences du travail (en %)

	Collègues	Personnel d'agence
Nombre d'heures de travail au cours des 2 dernières semaines	(p = 0,476)	(p = 0,612)
Moins de 30 heures	44,4	36,4
30 à 60 heures	28,9	29,5
61 à 70 heures	35,0	24,5
71 à 80 heures	34,1	24,3
81 heures à 90 heures	31,6	27,8
Plus de 90 heures	46,2	12,5
A effectué du temps supplémentaire au cours des 2 dernières semaines	(p = 0,066)	(p = 0,003)
Non	31,6	21,1
Oui, mais pas de temps supplémentaire obligatoire	31,4	23,7
Oui, dont du temps supplémentaire obligatoire	43,4	41,3
A travaillé sur un quart de JOUR au cours des 2 dernières semaines	(p = 0,737)	(p = 0,304)
Oui	34,2	24,1
Non	32,7	29,0
A travaillé sur un quart de SOIR au cours des 2 dernières semaines	(p = 0,239)	(p = 0,068)
Oui	37,0	31,5
Non	32,0	22,8
A travaillé sur un quart de NUIT au cours des 2 dernières semaines	(p = 0,393)	(p = 0,410)
Oui	30,4	29,6
Non	34,6	24,8
Nombre de changements de quart au cours des 2 dernières semaines	(p = 0,503)	(p = 0,407)
Aucun	33,5	24,2
Une seule fois	39,0	30,3
Deux fois ou plus	28,8	33,3
Changements de quart toujours précédés d'un congé d'au moins 12 heures	(p = 0,838)	(p = 0,697)
Oui	34,6	33,3
Non	32,8	28,9
Absence du travail au cours du dernier mois	(p = 0,038)	(p = 0,071)
Oui	38,1	29,7
Non	29,7	21,6

2.3.3. Selon les réaffectations et le travail en zone chaude ou tiède

La diminution des niveaux de confiance envers les collègues et le personnel d'agence ne semble pas s'expliquer par la réaffectation à de nouvelles tâches, une autre installation ou un autre département ou le travail en zone chaude ou tiède (Tableau 22). En fait, le seul écart statistiquement significatif s'observe

chez les personnes qui ont été réaffectées. Parmi elles, celles qui l'étaient au cours du mois ayant précédé l'enquête ont rapporté davantage une diminution de leur confiance envers leurs collègues de travail et le personnel d'agence que celles qui ne l'étaient plus.

Tableau 22 Proportion de participants et participantes de la phase 1 ayant indiqué une diminution de leur confiance envers leurs collègues et le personnel d'agence depuis le début de la pandémie, selon l'objet de la confiance, les réaffectations et le travail en zone chaude ou tiède (en %)

	Collègues	Personnel d'agence
Réaffectation nouvelles tâches, autre installation ou département	(p = 0,776)	(p = 0,127)
Oui	35,1	34,6
Non	33,4	24,6
Réaffectation nouvelles tâches, autre installation ou département dernier mois	(p = 0,023)	(p = 0,016)
Oui	41,7	41,9
Non	11,8	0,0
Travail en zone chaude ou tiède	(p = 0,484)	(p = 0,815)
Non	29,9	26,7
Oui, zone chaude	40,0	29,3
Oui, zone tiède	33,9	25,3
Oui, zones chaude et tiède	34,4	23,0
Travail en zone chaude ou tiède, dernier mois	(p = 0,352)	(p = 0,781)
Oui	37,7	25,9
Non	33,2	24,4
Travail en zone chaude ou tiède, dernier quart de travail	(p = 0,924)	(p = 0,609)
Oui	37,4	27,6
Non	38,0	23,8

2.3.4. Selon l'appréciation des effectifs au travail et la qualité des soins offerts

La diminution de la confiance envers les collègues de travail est liée à l'appréciation de la qualité des soins offerts par soi-même et par l'équipe de travail lors du dernier quart de travail : plus ce jugement est négatif, plus la proportion de participants et participantes rapportant une diminution de cette confiance est élevée (Tableau 23). Il en va de même de la perception selon laquelle la qualité des soins offerts aux patients se serait détériorée depuis le début de la pandémie. En outre, les personnes qui avaient le sentiment que le nombre de personnes au travail était inadéquat ont également rapporté une diminution de leur confiance envers leurs collègues dans une plus grande proportion que celles qui avaient le sentiment inverse.

Les personnes qui jugeaient négativement la qualité des soins offerts par leur équipe de travail lors du quart ayant précédé l'enquête ont rapporté davantage une diminution de leur confiance envers le personnel d'agence que celles qui la jugeaient positivement. En revanche, la diminution de cette confiance n'est pas liée au sentiment que le nombre de personnes au travail était inadéquat et au jugement négatif sur la qualité des soins offerts par soi-même lors du dernier quart de travail. Elle est faiblement liée à la perception selon laquelle la qualité des soins s'est détériorée depuis le début de la pandémie.

Tableau 23 Proportion de participants et participantes de la phase 1 ayant indiqué une diminution de leur confiance envers leurs collègues et le personnel d'agence depuis le début de la pandémie, selon l'objet de la confiance et l'appréciation des effectifs au travail et de la qualité des soins offerts (en %)

	Collègues	Personnel d'agence
Sentiment que le nombre de personnes au travail était adéquat	(p = 0,023)	(p = 0,483)
Oui	29,1	24,7
Non	38,9	28,1
Jugement à l'égard de la qualité des soins offerts par l'ÉQUIPE DE TRAVAIL lors du dernier quart de travail	(p = 0,005)	(p = 0,024)
Excellente	21,4	15,1
Bonne	37,5	26,5
Passable	41,4	32,9
Pauvre	44,0	45,0
Ne travaillait pas en équipe	42,9	40,0
Jugement à l'égard de la qualité des soins offerts par SOI-MÊME lors du dernier quart de travail	(p = 0,001)	(p = 0,162)
Excellente	24,2	22,3
Bonne	37,8	25,1
Passable	43,1	37,5
Pauvre	75,0	42,9
Jugement à l'égard de l'évolution de la qualité des soins donnés aux patients depuis le début de la pandémie	(p = 0,000)	(p = 0,076)
S'est améliorée	25,0	14,3
Est restée la même	26,1	22,2
S'est détériorée	44,5	32,3
Ne sait pas	0,0	30,0

2.3.5. Selon les indicateurs de santé

Les personnes qui évaluaient négativement leur état de santé physique ou mentale sont proportionnellement plus nombreuses à avoir rapporté une diminution de leur confiance envers leurs

collègues de travail que celles qui les évaluaient plus positivement (0). Le fait de rapporter un problème de santé associé à un risque de développer des complications liées à la COVID-19, d'avoir reçu un test positif à la COVID-19, de craindre de contracter le virus ou d'avoir reçu un vaccin contre ce virus n'est pas lié à cette confiance.

La diminution de la confiance envers le personnel d'agence n'est liée qu'à l'auto-évaluation de l'état de santé mentale : les personnes qui jugeaient le plus négativement le personnel d'agence ont rapporté davantage une diminution de leur confiance envers celui-ci.

Tableau 24 Proportion de participants et participantes de la phase 1 ayant indiqué une diminution de leur confiance envers leurs collègues et le personnel d'agence depuis le début de la pandémie, selon l'objet de la confiance et les indicateurs de santé (en %)

	Collègues	Personnel d'agence
Perception de l'état de santé physique	(p = 0,035)	(p = 0,482)
Excellent	30,2	25,0
Très bon	26,5	22,4
Bon	37,3	26,0
Passable	35,4	27,3
Mauvais	53,8	43,8
Perception de l'état de santé mentale	(p = 0,000)	(p = 0,048)
Excellent	34,3	30,8
Très bon	24,0	21,1
Bon	25,8	19,7
Passable	43,1	29,0
Mauvais	51,9	42,1
Présence d'un problème de santé associé à risque de développer complications liées à la COVID-19	(p = 0,662)	(p = 0,121)
Oui	36,0	33,9
Non	33,6	24,3
A reçu un test positif à la COVID-19	(p = 0,668)	(p = 0,731)
Oui	31,3	28,3
Non	34,0	25,9
Craintes de contracter la COVID-19	(p = 0,190)	(p = 0,204)
Oui, beaucoup	38,6	29,7
Oui, moyennement	40,8	38,1
Oui, un peu	34,8	26,3
Non, pas du tout	28,4	22,0
A reçu le vaccin contre la COVID-19	(p = 0,876)	(p = 0,276)
Au moins partiellement vacciné.e	33,5	24,9
Non vacciné.e	34,6	32,6

2.3.6. Selon les caractéristiques sociodémographiques

Les personnes qui vivaient en couple et dont le plus jeune enfant était âgé de 6 à 12 ans ont rapporté davantage que les autres une diminution de leur confiance envers leurs collègues de travail (Tableau 25). Les parents dont le plus jeune enfant était âgé de 5 ans ou moins ainsi que les personnes en situation de monoparentalité ont moins souvent rapporté cette diminution. Les autres variables ne sont pas liées à cette diminution.

Les femmes ont rapporté davantage que les hommes une diminution de leur confiance envers le personnel d'agence. Il en va de même des personnes qui vivaient en couple et dont le plus jeune enfant était âgé de 12 à 17 ans. Il s'agit des seules caractéristiques sociodémographiques qui sont liées à la diminution de la confiance envers le personnel d'agence.

Tableau 25 Proportion de participants et participantes de la phase 1 ayant indiqué une diminution de leur confiance envers leurs collègues et le personnel d'agence depuis le début de la pandémie, selon l'objet de la confiance et les caractéristiques sociodémographiques (en %)

	Collègues	Personnel d'agence
Sexe	(p = 0,276)	(p = 0,019)
Homme	26,2	7,1
Femme	34,5	27,3
Groupe d'âge	(p = 0,533)	(p = 0,805)
18-24 ans	15,4	18,2
25-34 ans	30,8	28,4
35-44 ans	34,9	25,2
45-54 ans	36,7	28,0
55 ans et plus	33,8	21,2
Lieu de naissance	(p = 0,125)	(p = 0,540)
Au Canada	33,1	25,3
À l'étranger	48,0	31,6
Situation conjugale	(p = 0,587)	(p = 0,902)
Sans conjoint	29,7	27,7
Avec conjoint non actif sur le marché du travail	31,4	25,8
Avec conjoint actif dans le système de santé et des services sociaux	32,3	21,4
Avec conjoint actif à l'extérieur du système de santé et des services sociaux	36,2	25,8
Situation familiale	(p = 0,033)	(p = 0,095)
Personne seule	33,0	32,2
En couple, sans enfant de moins de 18 ans	37,6	26,8
En couple, plus jeune enfant de 5 ans ou moins	21,3	16,7
En couple, plus jeune enfant de 6 à 11 ans	44,6	18,6
En couple, plus jeune enfant de 12 à 17 ans	36,4	37,0
Personne monoparentale, plus enfant de moins de 18 ans	23,7	16,7
Situation de proche aidance	(p = 0,668)	(p = 0,325)
Oui	36,1	20,4
Non	33,5	26,7

2.4. Diminution de la confiance envers les patients, leur famille et leurs proches

2.4.1. Selon les caractéristiques de l'emploi principal

Les infirmiers cliniciens et infirmières cliniciennes et les inhalothérapeutes ont rapporté davantage que les autres catégories d'emploi une diminution de la confiance envers leurs patients (0). Il en va de même des personnes qui travaillaient dans une clinique médicale ou un groupe de médecine de famille. Les infirmiers et infirmières auxiliaires, les préposés et préposées aux bénéficiaires, les auxiliaires et aides de services ainsi que les personnes qui travaillaient dans un centre de réadaptation ou un CHSLD ont moins souvent rapporté cette diminution. Ces variables ne semblent pas liées à la diminution de la confiance envers la famille et les proches des patients.

Les autres variables (ancienneté, statut d'emploi, tâches de supervision/coordination, soins directs, région de travail) ne sont pas liées à la diminution de la confiance envers les patients ni à celle envers la famille et les proches des patients.

Tableau 26 Proportion de participants et participantes de la phase 1 ayant indiqué une diminution de leur confiance envers les patients et leur famille/proches depuis le début de la pandémie, selon l'objet de la confiance et les caractéristiques de l'emploi principal (en %)

	Patients	Famille ou proches des patients
Catégorie d'emploi	(p = 0,043)	(p = 0,470)
Préposé.e.s aux bénéficiaires, auxiliaires et aides de services	25,5	40,0
Infirmier.ère.s auxiliaires	22,0	50,0
Infirmier.ère.s	33,9	40,9
Infirmier.ère.s clinicien.ne.s	39,2	45,5
Inhalothérapeutes	37,7	37,7
Type d'installation	(p = 0,000)	(p = 0,294)
CHSLD	17,0	50,9
Centre hospitalier (CH)	37,4	40,4
CLSC	35,6	45,9
Clinique médicale/groupe de médecine familiale	43,8	41,2
Centre de réadaptation	0,0	23,1
Autre	35,5	40,6
Ancienneté dans l'emploi actuel	(p = 0,978)	(p = 0,633)
Avant mars 2020, 5 ans et moins	30,5	50,5
6 à 10 ans	30,9	41,2
11 à 15 ans	30,7	44,9
16 à 20 ans	32,4	40,5
20 ans et plus	34,2	38,9
Tâches de supervision/coordination	(p = 0,607)	(p = 0,069)
Oui	32,4	46,6
Non	30,3	38,7
Soins directs aux patients, résidents, usagers	(p = 0,243)	(p = 0,756)
Oui	31,3	43,1
Non	42,3	46,2
Statut d'emploi	(p = 0,593)	(p = 0,254)
Permanent temps plein	30,7	42,8
Permanent temps partiel	35,1	47,6
Non permanent	36,1	32,4
Région de travail	(p = 0,354)	(p = 0,593)
Région taux élevé	30,7	42,8
Région taux moyen	35,1	47,6
Région taux assez faible	36,1	32,4
Région taux faible	28,3	46,0

2.4.2. Selon les caractéristiques de l'horaire de travail et les absences du travail

La diminution de la confiance envers les patients n'est liée à aucune des caractéristiques de l'horaire de travail (0). Elle n'est pas non plus liée aux absences du travail au cours du mois ayant précédé l'enquête. Similairement, peu de caractéristiques de l'horaire de travail sont liées à la diminution de la confiance envers la famille et les proches des patients. Seul le fait d'avoir travaillé sur un quart de soir durant les deux semaines ayant précédé l'enquête est associé à la diminution de cette confiance.

Tableau 27 Proportion de participants et participantes de la phase 1 ayant indiqué une diminution de leur confiance envers les patients et leur famille/proches depuis le début de la pandémie, selon l'objet de la confiance, les caractéristiques de l'horaire de travail et les absences du travail (en %)

	Patients	Famille des patients
Nombre d'heures de travail au cours des 2 dernières semaines	(p = 0,324)	(p = 0,183)
Moins de 30 heures	46,4	57,1
30 à 60 heures	27,5	36,4
61 à 70 heures	34,6	47,3
71 à 80 heures	29,1	42,6
81 heures à 90 heures	30,8	37,9
Plus de 90 heures	42,9	56,5
A effectué du temps supplémentaire au cours des 2 dernières semaines	(p = 0,247)	(p = 0,317)
Non	30,1	43,6
Oui, mais pas de temps supplémentaire obligatoire	32,8	38,4
Oui, dont du temps supplémentaire obligatoire	39,4	48,2
A travaillé sur un quart de JOUR au cours des 2 dernières semaines	(p = 0,634)	(p = 0,444)
Oui	31,2	42,0
Non	33,3	45,6
A travaillé sur un quart de SOIR au cours des 2 dernières semaines	(p = 0,710)	(p = 0,031)
Oui	32,9	49,7
Non	31,3	39,8
A travaillé sur un quart de NUIT au cours des 2 dernières semaines	(p = 0,051)	(p = 0,757)
Oui	39,8	44,4
Non	29,7	42,8
Nombre de changements de quart au cours des 2 dernières semaines	(p = 0,354)	(p = 0,076)
Aucun	30,2	41,2
Une seule fois	34,0	41,5
Deux fois ou plus	39,6	57,4
Changements de quart toujours précédés d'un congé d'au moins 12 heures	(p = 0,951)	(p = 0,372)
Oui	37,0	44,7
Non	36,4	53,4
Absence du travail au cours du dernier mois	(p = 0,069)	(p = 0,085)
Oui	35,7	47,0
Non	28,1	39,5

2.4.3. Selon les réaffectations et le travail en zone chaude ou tiède

Les personnes qui ont travaillé en zone chaude ont rapporté davantage une diminution de la confiance envers leurs patients que celles qui n'y ont pas travaillé (Tableau 28). Parmi les personnes ayant travaillé en zone chaude, le fait d'avoir travaillé dans cette zone au cours du mois ayant précédé l'enquête ou au cours du dernier quart de travail n'est toutefois pas lié à la diminution de cette confiance. Les personnes réaffectées à de nouvelles tâches, une autre installation ou un autre département ne semblaient pas plus

enclines à rapporter une diminution de leur confiance envers leurs patients. Aucune de ces variables n'est liée à la diminution de la confiance envers la famille et les proches des patients.

Tableau 28 Proportion de participants et participantes de la phase 1 ayant indiqué une diminution de leur confiance envers les patients et leur famille/proches depuis le début de la pandémie, selon l'objet de la confiance, les réaffectations et le travail en zone chaude ou tiède (en %)

	Patients	Famille des patients
Réaffectation nouvelles tâches, autre installation ou département	(p = 0,190)	(p = 0,640)
Oui	38,6	40,8
Non	30,7	43,8
Réaffectation nouvelles tâches, autre installation ou département dernier mois	(p = 0,806)	(p = 0,099)
Oui	39,3	45,6
Non	35,7	21,4
Travail en zone chaude ou tiède	(p = 0,009)	(p = 0,174)
Non	23,8	38,1
Oui, zone chaude	42,9	52,6
Oui, zone tiède	27,1	40,2
Oui, zones chaude et tiède	37,2	44,8
Travail en zone chaude ou tiède, dernier mois	(p = 0,218)	(p = 0,940)
Oui	38,3	45,0
Non	31,8	44,6
Travail en zone chaude ou tiède, dernier quart de travail	(p = 0,420)	(p = 0,252)
Oui	35,6	41,2
Non	41,5	49,4

2.4.4. Selon l'appréciation des effectifs au travail et de la qualité des soins offerts

Les personnes qui jugeaient que la qualité des soins s'était détériorée depuis le début de la pandémie étaient proportionnellement plus nombreuses à rapporter une diminution de la confiance envers les patients (Tableau 29). En revanche, cette diminution n'est pas liée au sentiment que le nombre de personnes au travail était inadéquat et à la perception de la qualité des soins offerts par soi-même ou par l'équipe de travail lors du dernier quart de travail. Par contre, toutes ces variables sont liées à la diminution de la confiance envers la famille et les proches des patients : les personnes qui avaient le sentiment que les effectifs étaient inadéquats, celles qui jugeaient passable la qualité des soins offerts par leur équipe de travail, celles qui jugeaient passable ou pauvre la qualité des soins offerts par elles-mêmes ainsi que celles qui jugeaient que la qualité des soins offerts aux patients s'était détériorée depuis le début de la pandémie

ont rapporté dans une plus forte proportion une diminution de leur confiance envers la famille et les proches des patients.

Tableau 29 Proportion de participants et participantes de la phase 1 ayant indiqué une diminution de leur confiance envers les patients et leur famille/proches depuis le début de la pandémie, selon l'objet de la confiance et l'appréciation des effectifs au travail et de la qualité des soins offerts (en %)

	Patients	Famille des patients
Sentiment que le nombre de personnes au travail était adéquat	(p = 0,081)	(p = 0,019)
Oui	28,0	38,9
Non	35,8	49,8
Jugement à l'égard de la qualité des soins offerts par l'ÉQUIPE DE TRAVAIL lors du dernier quart de travail	(p = 0,081)	(p = 0,010)
Excellente	24,2	33,3
Bonne	30,8	44,8
Passable	41,9	57,1
Pauvre	33,3	38,5
Ne travaillait pas en équipe	44,4	50,0
Jugement à l'égard de la qualité des soins offerts par SOI-MÊME lors du dernier quart de travail	(p = 0,147)	(p = 0,003)
Excellente	27,4	35,4
Bonne	31,5	46,3
Passable	39,6	50,0
Pauvre	55,6	88,9
Jugement à l'égard de l'évolution de la qualité des soins donnés aux patients depuis le début de la pandémie	(p = 0,000)	(p = 0,012)
S'est améliorée	15,4	34,1
Est restée la même	22,0	36,7
S'est détériorée	42,0	51,4
Ne sait pas	40,0	35,7

2.4.5. Selon les indicateurs de santé

Les personnes qui percevaient négativement leur état de santé mentale au printemps 2021 ont rapporté davantage une diminution de leur confiance envers leurs patients et la famille et les proches de ceux-ci (0). Il en va de même des personnes qui craignaient beaucoup de contracter la COVID-19. Les autres variables ne sont pas liées à la diminution de la confiance envers les patients, leurs familles et leurs proches. Nous constatons néanmoins que les personnes qui jugeaient leur état de santé physique mauvais ont rapporté davantage une diminution de la confiance envers les patients que celles qui jugeaient cet

état de santé plus positivement. Cela ne s'observe toutefois pas dans le cas de la diminution de la confiance envers la famille et les proches des patients.

Tableau 30 Proportion de participants et participantes de la phase 1 ayant indiqué une diminution de leur confiance envers les patients et leur famille/proches depuis le début de la pandémie, selon l'objet de la confiance et les indicateurs de santé (en %)

	Patients	Famille des patients
Perception de l'état de santé physique	(p = 0,119)	(p = 0,727)
Excellent	30,0	36,5
Très bon	30,8	41,4
Bon	31,4	44,2
Passable	28,2	46,5
Mauvais	56,0	50,0
Perception de l'état de santé mentale	(p = 0,002)	(p = 0,009)
Excellent	23,5	30,6
Très bon	23,2	33,7
Bon	26,2	42,2
Passable	43,0	48,3
Mauvais	42,6	60,4
Présence d'un problème de santé associé à risque de développer complications liées à la COVID-19	(p = 0,979)	(p = 0,405)
Oui	32,1	47,6
Non	32,0	42,6
A reçu un test positif à la COVID-19	(p = 0,608)	(p = 0,993)
Oui	34,5	43,5
Non	31,1	43,5
Craintes de contracter la COVID-19	(p = 0,002)	(p = 0,012)
Oui, beaucoup	56,1	61,5
Oui, moyennement	37,9	52,2
Oui, un peu	29,5	43,9
Non, pas du tout	26,1	36,7
A reçu le vaccin contre la COVID-19	(p = 0,597)	(p = 0,990)
Au moins partiellement vacciné.e	32,3	43,2
Non vacciné.e	28,6	43,1

2.4.6. Selon les caractéristiques sociodémographiques

La diminution de la confiance envers les patients, leurs familles et leurs proches n'est liée à aucune des caractéristiques sociodémographiques mesurées (Tableau 31).

Tableau 31 Proportion de participants et participantes de la phase 1 ayant indiqué une diminution de leur confiance envers les patients et leur famille/proches depuis le début de la pandémie, selon l'objet de la confiance et les caractéristiques sociodémographiques (en %)

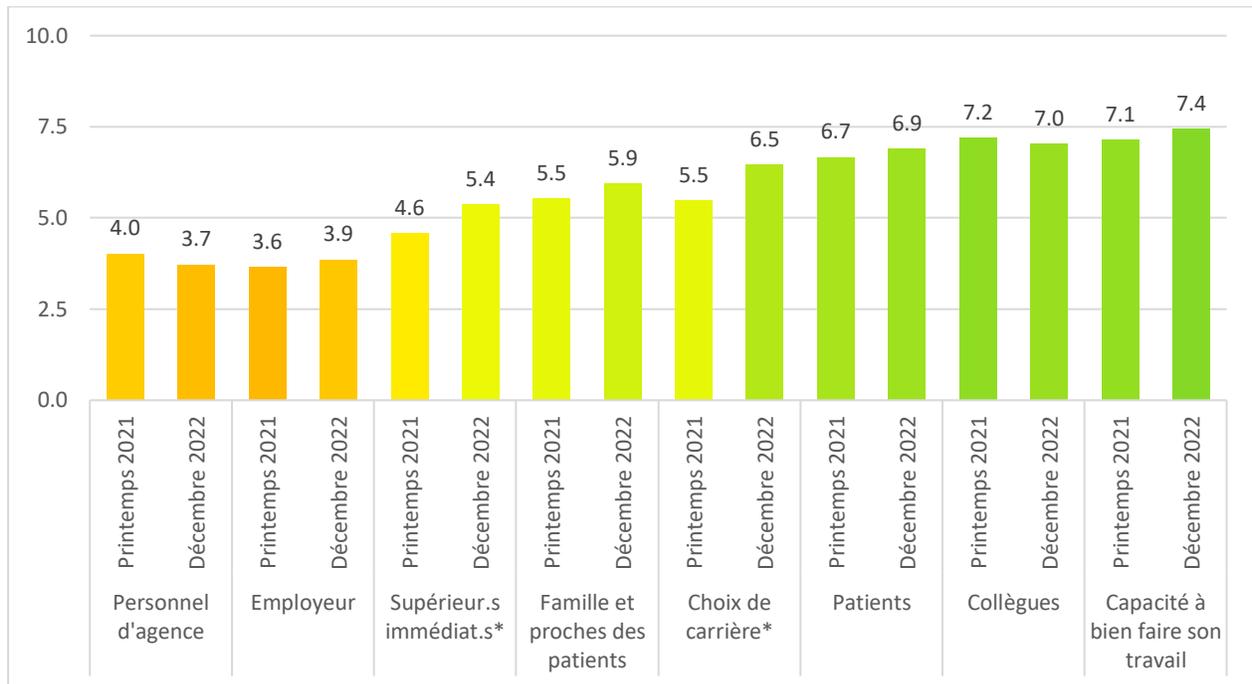
	Patients	Famille des patients
Sexe	(p = 0,332)	(p = 0,081)
Homme	25,0	30,0
Femme	32,5	44,2
Groupe d'âge	(p = 0,519)	(p = 0,546)
18-24 ans	23,1	28,6
25-34 ans	29,4	42,2
35-44 ans	36,3	45,7
45-54 ans	32,6	45,6
55 ans et plus	26,4	37,3
Lieu de naissance	(p = 0,436)	(p = 0,837)
Au Canada	31,7	43,2
À l'étranger	40,0	45,5
Situation conjugale	(p = 0,344)	(p = 0,544)
Sans conjoint	27,2	43,9
Avec conjoint non actif sur le marché du travail	43,8	54,5
Avec conjoint actif dans le système de santé et des services sociaux	30,6	40,3
Avec conjoint actif à l'extérieur du système de santé et des services sociaux	32,5	42,0
Situation familiale	(p = 0,082)	(p = 0,564)
Personne seule	30,4	47,1
En couple, sans enfant de moins de 18 ans	37,5	45,5
En couple, plus jeune enfant de 5 ans ou moins	24,7	34,2
En couple, plus jeune enfant de 6 à 11 ans	41,8	45,2
En couple, plus jeune enfant de 12 à 17 ans	25,4	45,8
Personne monoparentale, plus enfant de moins de 18 ans	21,2	38,9
Situation de proche aidance	(p = 0,469)	(p = 0,327)
Oui	35,7	48,6
Non	31,4	42,4

3. État de la confiance en décembre 2022

La Figure 6 présente les niveaux de confiance au printemps 2021 et en décembre 2022. Si une légère augmentation des niveaux de confiance semble s'observer entre les deux temps de collecte pour l'ensemble des confiances, seulement deux de celles-ci ont connu une augmentation statistiquement significative : la confiance envers les supérieurs immédiats (4,6 c. 5,4) et la confiance envers le choix de

carrière (5,5 c. 6,5). En somme, en décembre 2022, les personnes qui ont participé aux deux phases de la recherche faisaient davantage confiance à leurs supérieurs immédiats et remettaient moins en question leur choix de carrière qu’elles ne le faisaient au printemps 2021.

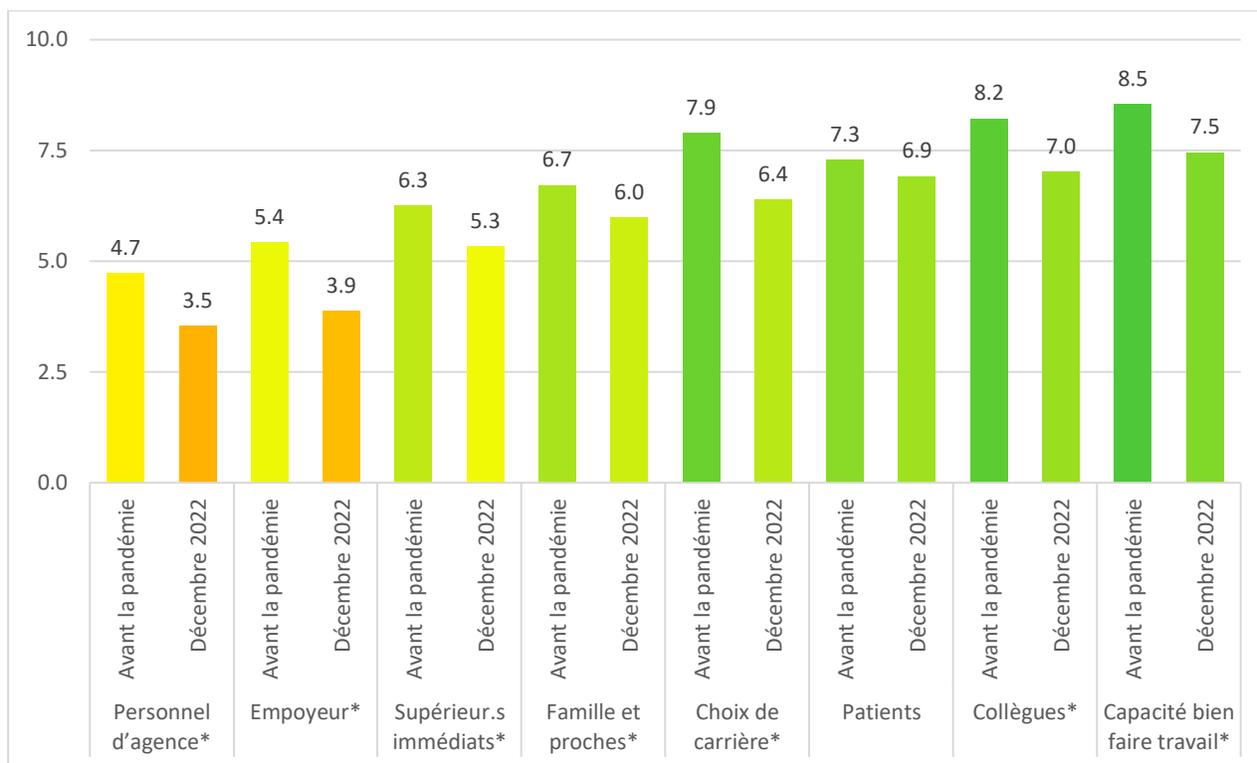
Figure 6 Niveaux de confiance au printemps 2021 et en décembre 2022 des participants et participantes de la phase 2



* Moyennes des deux périodes statistiquement différentes ($p < 0,05$).

Chez les participants et participantes aux deux phases de l’enquête qui étaient en emploi avant le début de la pandémie, l’ensemble des niveaux de confiance observés en décembre 2022 étaient statistiquement plus faibles qu’avant le début de la pandémie, à l’exception de la confiance envers les patients, qui affichait un niveau similaire (Figure 7).

Figure 7 Niveaux de confiance avant le début de la pandémie et en décembre 2022 des participants et participantes de la phase 2 en emploi avant le début de la pandémie



* Moyennes des deux périodes statistiquement différentes ($p < 0,05$).

Les prochaines sous-sections examinent plus en détail les caractéristiques des personnes qui ont indiqué une augmentation de leur confiance envers leurs supérieurs immédiats et envers leur choix de carrière entre le printemps 2021 et décembre 2022.

3.1. Augmentation de la confiance envers les supérieurs immédiats

Parmi les personnes ayant participé aux deux phases de l'enquête, 49 % d'entre elles ont indiqué une augmentation de leur confiance envers leurs supérieurs immédiats entre le printemps 2021 et décembre 2022. Le profil de ces personnes est examiné dans cette sous-section. En raison de la taille limitée de l'échantillon concerné, nous commentons aussi certains résultats qui nous semblent importants même s'ils ne sont pas statistiquement significatifs ($p \geq 0,05$).

3.1.1. Selon les caractéristiques de l'emploi principal

L'augmentation de la confiance envers les supérieurs immédiats entre le printemps 2021 et décembre 2022 n'est pas liée de manière significative aux caractéristiques de l'emploi principal (0). Bien

que les différences ne soient pas statistiquement significatives, en partie en raison de la taille de l'échantillon, une augmentation de la confiance pourrait toutefois s'observer davantage chez les préposés et préposées aux bénéficiaires (57 %), le personnel travaillant en CHSLD (53 %) ou dans un centre hospitalier (52 %) ainsi que celui travaillant dans une région à taux assez faible (56 %). En revanche, les infirmiers et infirmières auxiliaires (41 %) et le personnel travaillant dans une région à taux moyen (40 %) semblent avoir moins déclaré une augmentation de cette confiance.

Tableau 32 Proportion de participants et participantes aux deux phases de l'enquête ayant indiqué une augmentation de leur confiance envers leurs supérieurs immédiats entre le printemps 2021 et décembre 2022 selon les caractéristiques de l'emploi principal (en %)

	Déclaration d'une augmentation de la confiance
Catégorie d'emploi (phase 2)	(p = 0,537)
Préposé.e.s aux bénéficiaires, auxiliaires et aides de services	56,7
Infirmier.ère.s auxiliaires	40,5
Infirmier.ère.s	50,8
Infirmier.ère.s clinicien.ne.s	44,6
Inhalothérapeutes	48,3
Type d'installation (phase 2)	(p = 0,605)
CHSLD	52,5
Centre hospitalier (CH)	52,1
CLSC	42,9
Clinique médicale/groupe de médecine familiale	42,9
Autre	40,0
Ancienneté dans l'emploi actuel (phase 1)	(p = 0,910)
Depuis mars 2020 ou après	53,8
Avant mars 2020, 5 ans et moins	51,0
6 à 15 ans	48,0
16 ans et plus	46,7
Tâches de supervision/coordination (phase 2)	(p = 0,583)
Oui	49,6
Non	46,3
Soins directs aux patients, résidents, usagers dernier quart de travail (phase 2)	(p = 0,491)
Oui	49,4
Non	54,9
Région de travail (phase 2)	(p = 0,203)
Région taux élevé	45,1
Région taux moyen	39,7
Région taux assez faible	56,1
Région taux faible	48,6

3.1.2. Selon les caractéristiques de l'horaire de travail

L'augmentation de la confiance envers les supérieurs immédiats entre le printemps 2021 et décembre 2022 n'est pas liée de manière significative aux caractéristiques de l'horaire de travail (Tableau 33). Bien que la différence ne soit pas statistiquement significative, en partie en raison de la taille de l'échantillon, il se pourrait que les personnes qui ont travaillé de nuit au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête de 2022 rapportent moins une augmentation de leur confiance que celles qui n'ont pas travaillé de nuit (48 % c. 60 %).

Tableau 33 Proportion de participants et participantes aux deux phases de l'enquête ayant indiqué une augmentation de leur confiance envers leurs supérieurs immédiats entre le printemps 2021 et décembre 2022 selon les caractéristiques de l'horaire de travail (en %)

	Déclaration d'une augmentation de la confiance
Nombre d'heures de travail au cours des 2 dernières semaines (phase 2)	(p = 0,954)
60 heures et moins	51,8
61 à 80 heures	50,7
Plus de 80 heures	48,3
A effectué du temps supplémentaire au cours des 2 dernières semaines (phase 2)	(p = 0,812)
Non	51,3
Oui, mais pas de temps supplémentaire obligatoire	48,7
Oui, dont du temps supplémentaire obligatoire	56,0
A travaillé sur un quart de jour au cours des 2 dernières semaines (phase 2)	(p = 0,640)
Oui	52,6
Non	49,4
A travaillé sur un quart de soir au cours des 2 dernières semaines (phase 2)	(p = 0,607)
Oui	51,6
Non	47,9
A travaillé sur un quart de nuit au cours des 2 dernières semaines (phase 2)	(p = 0,099)
Oui	47,5
Non	60,4
Absence du travail au cours du dernier mois (phase 2)	(p = 0,446)
Oui	47,4
Non	52,7

3.1.3. Selon l'appréciation des effectifs au travail et de la qualité des soins offerts

L'augmentation de la confiance envers les supérieurs immédiats entre le printemps 2021 et décembre 2022 est liée de manière significative à l'évolution perçue de la qualité des soins depuis le début de la pandémie (Tableau 34). En décembre 2022, les personnes qui considéraient que la qualité des soins offerts s'était améliorée depuis le printemps 2021 ont davantage indiqué une augmentation de leur confiance que celles qui considéraient, au contraire, qu'elle s'était détériorée (62 % c. 39 %). Des différences similaires semblent s'observer en ce qui a trait à l'appréciation perçue de la qualité des soins offerts par l'équipe de travail et, dans une moindre mesure, par soi-même, mais celles-ci ne sont pas statistiquement significatives.

Tableau 34 Proportion de participants et participantes aux deux phases de l'enquête ayant indiqué une augmentation de leur confiance envers leurs supérieurs immédiats entre le printemps 2021 et décembre 2022 selon l'appréciation des effectifs au travail et de la qualité des soins offerts (en %)

	Déclaration d'une augmentation de la confiance
Sentiment que le nombre de personnes au travail était adéquat (phase 2)	(p = 0,260)
Oui	54,7
Non	45,8
Jugement à l'égard de la qualité des soins offerts par l'ÉQUIPE DE TRAVAIL lors du dernier quart de travail (phase 2)	(p = 0,060)
Excellente	59,2
Bonne	52,8
Passable ou pauvre	36,5
Jugement à l'égard de la qualité des soins offerts par SOI-MÊME lors du dernier quart de travail (phase 2)	(p = 0,231)
Excellente	59,3
Bonne	46,3
Passable ou pauvre	42,9
Jugement à l'égard de l'évolution de la qualité des soins donnés aux patients depuis le printemps 2021 (phase 2)	(p = 0,041)
S'est améliorée	61,9
Est restée la même	58,1
S'est détériorée	39,1

3.1.4. Selon les indicateurs de santé

L'augmentation de la confiance envers les supérieurs immédiats entre le printemps 2021 et décembre 2022 est liée de manière significative à l'état perçu de santé physique et mentale (Tableau 35). Les personnes qui évaluaient négativement leur état de santé physique en décembre 2022 sont proportionnellement moins nombreuses à avoir indiqué une augmentation de leur confiance que celles qui l'évaluaient plus positivement (26 % c. 64 %). Il en va de même pour la santé mentale (39 % c. 69 %).

Tableau 35 Proportion de participants et participantes aux deux phases de l'enquête ayant indiqué une augmentation de leur confiance envers leurs supérieurs immédiats entre le printemps 2021 et décembre 2022 selon les indicateurs de santé (en %)

	Déclaration d'une augmentation de la confiance
Perception de l'état de santé physique (phase 2)	($p = 0,000$)
Excellent/très bon	63,5
Bon	56,3
Passable/mauvais	26,2
Perception de l'état de santé mentale (phase 2)	($p = 0,001$)
Excellent/très bon	68,8
Bon	50,6
Passable/mauvais	38,6

3.1.5. Selon les caractéristiques sociodémographiques

L'augmentation de la confiance envers les supérieurs immédiats entre le printemps 2021 et décembre 2022 n'est pas liée de manière significative aux caractéristiques sociodémographiques (Tableau 36). Bien que les différences ne soient pas statistiquement significatives, en partie en raison de la taille de l'échantillon, une augmentation de la confiance pourrait toutefois s'observer davantage chez les hommes (67 %), les personnes qui étaient âgées de 35 à 44 ans à la phase 2 (59 %) et les proches aidants (58 %). En revanche, les personnes vivant seules (39 %) ou sans conjoint (41 %) semblent avoir moins rapporté une augmentation de leur confiance envers leurs supérieurs immédiats.

Tableau 36 Proportion de participants et participantes aux deux phases de l'enquête ayant indiqué une augmentation de leur confiance envers leurs supérieurs immédiats entre le printemps 2021 et décembre 2022 selon les caractéristiques sociodémographiques (en %)

	Déclaration d'une augmentation de la confiance
Sexe (phase 1)	(<i>p</i> = 0,203)
Homme	66,7
Femme	47,9
Groupe d'âge (phase 1)	(<i>p</i> = 0,180)
18-34 ans	46,6
35-44 ans	58,9
45-54 ans	41,1
55 ans et plus	48,6
Lieu de naissance (phase 1)	(<i>p</i> = 0,936)
Au Canada	48,8
À l'étranger	50,0
Situation conjugale (phase 2)	(<i>p</i> = 0,163)
Sans conjoint	40,7
Avec conjoint	51,0
Situation familiale (phase 2)	(<i>p</i> = 0,347)
Personne seule	39,0
En couple, sans enfant de moins de 18 ans	46,8
En couple, enfant de moins de 18 ans	55,0
Personne monoparentale, plus enfant de moins de 18 ans	47,1
Situation de proche aidance (phase 2)	(<i>p</i> = 0,287)
Oui	58,1
Non	47,9

3.2. Augmentation de la confiance envers le choix de carrière

Parmi les personnes ayant participé aux deux phases de l'enquête, 48 % d'entre elles ont indiqué une augmentation de leur confiance envers leur choix de carrière entre le printemps 2021 et décembre 2022. Le profil de ces personnes est examiné dans cette sous-section. En raison de la taille limitée de l'échantillon concerné, nous commentons aussi certains résultats qui nous semblent importants même s'ils ne sont pas statistiquement significatifs ($p \geq 0,05$).

3.2.1. Selon les caractéristiques de l'emploi principal

L'augmentation de la confiance envers le choix de carrière entre le printemps 2021 et décembre 2022 est liée de manière significative au type d'installation dans laquelle la personne participante travaillait en décembre 2022, étant plus fréquente chez les personnes qui travaillaient dans une clinique médicale ou

un groupe de médecine familiale (92 %) (Tableau 37). Bien que les différences ne soient pas statistiquement significatives, les préposés et préposées aux bénéficiaires (57 %) et les infirmiers et infirmières auxiliaires (56 %) semblent également avoir rapporté davantage une augmentation de leur confiance en leur choix de carrière. À l'inverse, les inhalothérapeutes semblent avoir moins souvent rapporté cette augmentation.

Tableau 37 Proportion de participants et participantes aux deux phases de l'enquête ayant indiqué une augmentation de leur confiance envers leur choix de carrière entre le printemps 2021 et décembre 2022 selon les caractéristiques de l'emploi principal (en %)

	Déclaration d'une augmentation de la confiance
Catégorie d'emploi (phase 2)	(p = 0,181)
Préposé.e.s aux bénéficiaires, auxiliaires et aides de services	56,9
Infirmier.ère.s auxiliaires	55,9
Infirmier.ère.s	42,6
Infirmier.ère.s clinicien.ne.s	46,7
Inhalothérapeutes	32,1
Type d'installation (phase 2)	(p = 0,024)
CHSLD	47,5
Centre hospitalier (CH)	44,0
CLSC	47,5
Clinique médicale/groupe de médecine familiale	92,3
Autre	43,8
Ancienneté dans l'emploi actuel (phase 1)	(p = 0,597)
Depuis mars 2020 ou après	38,5
Avant mars 2020, 5 ans et moins	50,0
6 à 15 ans	51,5
16 ans et plus	44,7
Tâches de supervision/coordination (phase 2)	(p = 0,287)
Oui	44,5
Non	51,1
Soins directs aux patients, résidents, usagers, dernier quart de travail (phase 2)	(p = 0,549)
Oui	48,3
Non	53,2
Région de travail (phase 2)	(p = 0,694)
Région taux élevé	46,5
Région taux moyen	41,5
Région taux assez faible	51,5
Région taux faible	48,6

3.2.2. Selon les caractéristiques de l’horaire de travail

L’augmentation de la confiance envers le choix de carrière entre le printemps 2021 et décembre 2022 est liée de manière significative au fait de s’être absenté du travail au cours du mois ayant précédé l’enquête, les personnes qui se sont absentes étant moins susceptibles de rapporter une augmentation de cette confiance que celles qui ne se sont pas absentes (Tableau 38). Les autres caractéristiques de l’horaire de travail ne sont pas liées de manière significative à l’augmentation de cette confiance.

Tableau 38 Proportion de participants et participantes aux deux phases de l’enquête ayant indiqué une augmentation de leur confiance envers leur choix de carrière entre le printemps 2021 et décembre 2022 selon les caractéristiques de l’horaire de travail (en %)

	Déclaration d’une augmentation de la confiance
Nombre d’heures de travail au cours des 2 dernières semaines (phase 2)	($p = 0,942$)
60 heures et moins	50,0
61 à 80 heures	49,6
Plus de 80 heures	46,2
A effectué du temps supplémentaire au cours des 2 dernières semaines (phase 2)	($p = 0,117$)
Non	54,8
Oui, mais pas de temps supplémentaire obligatoire	39,1
Oui, dont du temps supplémentaire obligatoire	46,2
A travaillé sur un quart de jour au cours des 2 dernières semaines (phase 2)	($p = 0,274$)
Oui	54,8
Non	47,0
A travaillé sur un quart de soir au cours des 2 dernières semaines (phase 2)	($p = 0,224$)
Oui	52,3
Non	43,5
A travaillé sur un quart de nuit au cours des 2 dernières semaines (phase 2)	($p = 0,803$)
Oui	50,0
Non	48,0
Absence du travail au cours du dernier mois (phase 2)	($p = 0,012$)
Oui	40,0
Non	57,8

3.2.3. Selon l’appréciation des effectifs au travail et de la qualité des soins offerts

L’augmentation de la confiance envers le choix de carrière entre le printemps 2021 et décembre 2022 est liée de manière significative à l’appréciation des effectifs au travail lors du dernier quart de travail, les personnes qui jugeaient ces effectifs inadéquats ayant moins rapporté cette augmentation que les personnes qui les jugeaient adéquats (Tableau 39). Il semble également que les personnes qui jugeaient négativement la qualité des soins offerts – par leur équipe ou par elles-mêmes – soient

proportionnellement moins nombreuses à rapporter une augmentation de cette confiance, mais les écarts ne sont pas statistiquement significatifs. Il en va de même des personnes qui jugeaient que la qualité des soins s'était détériorée depuis le printemps 2021.

Tableau 39 Proportion de participants et participantes aux deux phases de l'enquête ayant indiqué une augmentation de leur confiance envers leur choix de carrière entre le printemps 2021 et décembre 2022 selon l'appréciation des effectifs au travail et de la qualité des soins offerts (en %)

	Déclaration d'une augmentation de la confiance
Sentiment que le nombre de personnes au travail était adéquat (phase 2)	(p = 0,037)
Oui	58,1
Non	41,3
Jugement à l'égard de la qualité des soins offerts par l'ÉQUIPE DE TRAVAIL lors du dernier quart de travail (phase 2)	(p = 0,278)
Excellente	57,8
Bonne	45,6
Passable ou pauvre	42,3
Jugement à l'égard de la qualité des soins offerts par SOI-MÊME lors du dernier quart de travail (phase 2)	(p = 0,059)
Excellente	60,8
Bonne	45,6
Passable ou pauvre	34,5
Jugement à l'égard de l'évolution de la qualité des soins donnés aux patients depuis le printemps 2021 (phase 2)	(p = 0,116)
S'est améliorée	63,2
Est restée la même	54,2
S'est détériorée	40,3

3.2.4. Selon les indicateurs de santé

L'augmentation de la confiance envers le choix de carrière entre le printemps 2021 et décembre 2022 est liée de manière significative à l'état perçu de santé physique et mentale (Tableau 40). Les personnes qui évaluaient négativement leur état de santé physique en décembre 2022 sont proportionnellement moins nombreuses à avoir indiqué une augmentation de leur confiance que celles qui l'évaluaient plus positivement (24 % c. 60 %). Il en va de même pour la santé mentale (40 % c. 64 %).

Tableau 40 Proportion de participants et participantes aux deux phases de l'enquête ayant indiqué une augmentation de leur confiance envers leur choix de carrière entre le printemps 2021 et décembre 2022 selon les indicateurs de santé (en %)

	Déclaration d'une augmentation de la confiance
Perception de l'état de santé physique	($p = 0,000$)
Excellent/très bon	60,0
Bon	58,7
Passable/mauvais	23,7
Perception de l'état de santé mentale	($p = 0,017$)
Excellent/très bon	63,9
Bon	49,3
Passable/mauvais	40,0

3.2.5. Selon les caractéristiques sociodémographiques

L'augmentation de la confiance envers le choix de carrière entre le printemps 2021 et décembre 2022 n'est pas liée de manière significative aux caractéristiques sociodémographiques (Tableau 41). Bien que les différences ne soient pas statistiquement significatives, en partie en raison de la taille de l'échantillon, une augmentation de la confiance pourrait toutefois s'observer davantage chez les hommes (57 %) et les personnes en situation de proche aidance (57 %). En revanche, les personnes vivant seules (45 %), sans conjoint (39 %) ou en situation de monoparentalité (25 %) ainsi que celles âgées de 45 à 54 ans (38 %) lors de la phase 1 semblent avoir moins rapporté une augmentation de leur confiance envers leur choix de carrière.

Tableau 41 Proportion de participants et participantes aux deux phases de l'enquête ayant indiqué une augmentation de leur confiance envers leur choix de carrière entre le printemps 2021 et décembre 2022 selon les caractéristiques sociodémographiques (en %)

	Déclaration d'une augmentation de la confiance
Sexe (phase 1)	(p = 0,468)
Homme	57,1
Femme	47,2
Groupe d'âge (phase 1)	(p = 0,200)
18-34 ans	54,7
35-44 ans	47,2
45-54 ans	37,7
55 ans et plus	51,4
Lieu de naissance (phase 1)	(p = 0,657)
Au Canada	47,5
À l'étranger	53,8
Situation conjugale (phase 2)	(p = 0,120)
Sans conjoint	39,0
Avec conjoint	50,5
Situation familiale (phase 2)	(p = 0,244)
Personne seule	45,2
En couple, sans enfant de moins de 18 ans	50,0
En couple, enfant de moins de 18 ans	51,5
Personne monoparentale, plus enfant de moins de 18 ans	25,0
Situation de proche aidance (phase 2)	(p = 0,295)
Oui	56,7
Non	46,5

4. Synthèse

Ce chapitre a révélé que les niveaux de confiance organisationnelle et personnelle ont diminué depuis le début de la pandémie et que les niveaux de confiance antérieurs n'avaient toujours pas été récupérés en décembre 2022, soit près de 3 ans après le début de la pandémie. La confiance envers l'employeur, déjà problématique avant le début de la pandémie, et la confiance envers les supérieurs immédiats sont les confiances organisationnelles qui ont été les plus affectées. Dans le cas de la confiance envers les supérieurs immédiats, nous avons toutefois pu constater une récupération partielle entre le printemps 2021 et décembre 2022. En outre, malgré une récupération sensible entre le printemps 2021 et décembre 2022, le personnel de la santé interrogé remet davantage en question son choix de carrière qu'il ne le faisait avant le début de la pandémie. Bien qu'elles aient également diminué, les confiances envers les collègues de travail, les patients et les capacités à bien faire son travail sont demeurées

relativement fortes. La confiance envers le personnel d'agence demeure toutefois faible et une plus grande méfiance est observée à l'égard de la famille et des proches des patients.

L'examen de la diminution des niveaux de confiance organisationnelle et personnelle a permis de constater que la diminution des niveaux de confiance est liée aux caractéristiques de l'horaire de travail, et plus particulièrement au temps supplémentaire obligatoire (confiance organisationnelle), aux horaires de soir (confiance organisationnelle), aux horaires de nuit (confiance organisationnelle et personnelle) et aux changements de quarts (confiance organisationnelle et personnelle). Elle est également liée à l'auto-évaluation de l'état de santé mentale et physique et aux absences de travail, l'auto-évaluation négative et les absences étant associées à une diminution plus fréquente des deux types de confiance. De même, la diminution de ces confiances est apparue plus fréquente chez les personnes évaluant négativement la qualité des soins offerts et les effectifs au travail. La réaffectation à d'autres tâches, une autre installation ou un autre établissement depuis le début de la pandémie ne semble pas avoir affecté les niveaux de confiance du personnel touché, mais les personnes qui ont travaillé en zone chaude et, dans une moindre mesure, en zone tiède ont davantage rapporté une diminution de leur confiance personnelle. Enfin, si assez peu de différences ont été observées selon les caractéristiques sociodémographiques des participants et participantes, il est apparu que le personnel âgé de 35 à 54 ans a rapporté davantage une diminution de sa confiance personnelle et de sa confiance organisationnelle.

L'augmentation de la confiance envers les supérieurs immédiats observée en décembre 2022 semble assez généralisée ou, du moins, n'a pas révélé beaucoup de différences statistiquement significatives selon les différentes variables examinées. Il a toutefois été possible de noter que cette augmentation est moins fréquente chez les personnes évaluant négativement leur état de santé (physique ou mentale) et celles posant un jugement négatif sur l'évolution de la qualité des soins offerts aux patients depuis le printemps 2021. Quant à l'augmentation de la confiance envers le choix de carrière, observable peu importe les caractéristiques des participants, elle a semblé un peu plus fréquente chez les personnes qui travaillaient dans une clinique médicale ou un groupe de médecine de famille en décembre 2022. En revanche, cette augmentation semble moins fréquente lorsque l'état de santé physique ou mentale est jugé négativement, lorsqu'on s'est absenté du travail ou lorsqu'on juge que les effectifs au travail étaient inadéquats lors de notre dernier quart de travail.

CHAPITRE 5 : CONFIANCE ORGANISATIONNELLE VERTICALE ET IMPERSONNELLE

1. La confiance envers la direction

La confiance envers la direction est une composante de la confiance organisationnelle et se rattache à la confiance interpersonnelle verticale (Costigan, Ilter et Berman, 1998; Fox, 1974; McCauley et Kuhnert, 1992; Vanhala et Ahteela, 2011). Selon Neveu (2004), la confiance envers les dirigeants de l'organisation doit être distinguée de celle envers les supérieurs directs. « L'activité des supérieurs immédiats se rattache [...] davantage aux problèmes quotidiens (activité de supervision, gestion de la performance), alors que les cadres dirigeants occupent des fonctions plus stratégiques (allocation de ressources dans les départements, communication des objectifs de l'organisation) » (Neveu, 2004 : 15). La confiance placée dans les dirigeants ne prendrait dès lors pas les mêmes formes que celle placée dans son supérieur immédiat, la première étant moins affective que la seconde. La mesure de la confiance envers la direction utilisée ici s'inspire des travaux de Vanhala, Puumalainen et Blomqvist (2011) et inclut plusieurs sous-dimensions : l'organisation des activités, la stabilité et la prévisibilité de l'environnement opérationnel, la gestion de l'entreprise et des personnes, la fiabilité technologique de l'organisation, la gestion des ressources humaines, l'équité/justice et la communication.

1.1. La mesure

Afin de mesurer les différentes facettes de la confiance envers la direction, nous avons posé la question suivante aux participants et participantes lors de la phase 1 du questionnaire :

Les prochaines questions portent sur la confiance envers la direction dans le lieu physique de travail où vous avez travaillé le plus d'heures au cours du dernier mois.

Par direction, nous entendons les cadres et les directeurs responsables des orientations et des politiques de gestion dans ce lieu de travail. Ces personnes peuvent être responsables de plusieurs lieux physiques de travail.

Pour chaque énoncé, indiquez votre niveau d'accord ou de désaccord en pensant à votre expérience dans ce lieu de travail au cours du dernier mois.

Les énoncés étaient les suivants :

Énoncés	Noms courts	Composantes
La direction était capable de s'adapter à des conditions changeantes.	Capacité d'adaptation	Organisation des activités
La direction utilisait pleinement l'expertise de chaque membre du personnel.	Utilisation de l'expertise	Organisation des activités
Le travail était bien organisé par la direction.	Travail bien organisé	Organisation des activités
Je considérais que des changements devaient être apportés au sein de la direction pour que les activités de soins fonctionnent bien.	Changements nécessaires [polarité inversée]	Stabilité de l'environnement
J'avais le sentiment que la direction orientait l'organisation dans la bonne direction.	Bonne orientation	Gestion de l'entreprise et des personnes
La direction prenait des décisions qui mettaient en danger les opérations dans ce lieu de travail.	Décisions dangereuses [polarité inversée]	Gestion de l'entreprise et des personnes
J'avais accès à tous les outils dont j'avais besoin pour faire mon travail et ceux-ci fonctionnaient correctement.	Outils disponibles et adéquats	Fiabilité technologique
Ce lieu de travail m'offrait des possibilités de me former et de m'épanouir dans mon emploi.	Lieu épanouissant	Gestion des ressources humaines
Il y avait un opportunisme (les gens tiraient profit des circonstances du moment pour leurs propres intérêts) qui nuisait au bon fonctionnement de ce lieu de travail.	Opportunisme nuisible [polarité inversée]	Équité/justice

Énoncés	Noms courts	Composantes
La direction s'assurait d'avoir suffisamment de personnel dans les équipes de travail pour dispenser les soins requis aux patients, résidents ou usagers.	Effectifs suffisants	Gestion des ressources humaines
Je trouvais que j'étais injustement payé.e par rapport à d'autres employés qui faisaient un travail similaire au mien.	Salaire injuste [polarité inversée]	Gestion des ressources humaines
Je devais faire des compromis sur mes principes et mes standards professionnels.	Compromis sur principes et standards [polarité inversée]	Équité/justice
Il y avait des problèmes de communication interne dans ce lieu de travail.	Communication problématique [polarité inversée]	Communication
Dans ce lieu de travail, on pouvait parler ouvertement de ses erreurs.	Parler de ses erreurs	Communication
J'avais accès à du soutien clinique et professionnel incluant des formations adéquates.	Soutien disponible	Communication

Pour chaque item, les personnes participantes étaient invitées à indiquer leur niveau d'accord sur une échelle de Likert à 5 niveaux : 1) fortement en désaccord, 2) en désaccord, 3) ni en accord, ni en désaccord, 4) en accord et 5) fortement en accord.

Les scores ont été rapportés sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifie un très faible niveau de confiance et 10, un niveau de confiance très élevé. La polarité des énoncés « changements nécessaires », « décisions dangereuses », « opportunisme nuisible », « salaire injuste », « compromis sur principes et standards » et « communication problématique » a été inversée de façon qu'un score élevé traduise un haut niveau de confiance.

Le Tableau 42 présente les statistiques descriptives de chacun des items mesurés. Nous observons que les scores moyens de confiance varient de 2,9 à 5,3 sur l'échelle de 0 à 10 et que les écarts-types sont assez similaires, variant de 2,8 à 3,3. Les niveaux de confiance semblent plus faibles lorsqu'il s'agit des effectifs suffisants (2,9), de l'utilisation de l'expertise (3,3), du travail bien organisé (3,3), des changements nécessaires (3,5), de la communication problématique (3,5) et des compromis sur principes et standards (3,8).

Tableau 42 Statistiques descriptives des items mesurant la confiance envers les supérieurs immédiats (phase 1)

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart-type
Capacité d'adaptation	641	0,0	10,0	4,5	2,9
Utilisation de l'expertise	640	0,0	10,0	3,3	2,9
Travail bien organisé	640	0,0	10,0	3,3	2,8
Changements nécessaires [polarité inversée]	637	0,0	10,0	3,5	2,9
Bonne orientation	637	0,0	10,0	4,0	2,8
Décisions dangereuses [polarité inversée]	637	0,0	10,0	4,8	3,1
Outils disponibles et adéquats	638	0,0	10,0	4,3	2,9
Lieu épanouissant	638	0,0	10,0	4,0	3,0
Opportunisme nuisible [polarité inversée]	636	0,0	10,0	5,3	3,0
Effectifs suffisants	637	0,0	10,0	2,9	3,1
Salaire injuste [polarité inversée]	636	0,0	10,0	4,4	3,3
Compromis sur principes et standards [polarité inversée]	638	0,0	10,0	3,8	2,9
Communication problématique [polarité inversée]	636	0,0	10,0	3,5	3,0
Parler de ses erreurs	639	0,0	10,0	4,7	2,9
Soutien disponible	638	0,0	10,0	4,3	3,0

Les différents items ont fait l'objet d'analyses factorielles en composantes principales en vue d'élaborer un indicateur synthétique. Les premières analyses ont révélé que les items « changements nécessaires », « opportunisme nuisible », « salaire injuste » et « parler de ses erreurs » étaient peu corrélés avec les autres items et ont donc été retirés des analyses subséquentes. Une fois ces items retirés, l'analyse a permis d'identifier deux facteurs (Tableau 43). Le premier facteur semble mesurer explicitement la confiance envers la gestion de l'organisation; les items contributifs sont, dans l'ordre, le « travail bien organisé », l'« utilisation de l'expertise », la « bonne orientation », la « capacité d'adaptation », les « outils disponibles et adéquats », le « lieu épanouissant », le « soutien disponible » et les « effectifs suffisants ». Le second facteur semble pour sa part mesurer la perception critique de la gestion de l'organisation et regroupe, dans l'ordre, les items liés aux « compromis sur principes et standards », à la « communication problématique » et aux « décisions dangereuses ». Le premier facteur présente une très bonne consistance interne ($\alpha = 0,888$); le second, une consistance interne plutôt moyenne, explicable en partie par le petit nombre d'indicateurs le composant ($\alpha = 0,673$).

Tableau 43 Analyse en composantes principales des questions sur la confiance envers la direction (phase 1)

		Facteur 1	Facteur 2
Items	Travail bien organisé	0,845	
	Utilisation de l'expertise	0,829	
	Bonne orientation	0,826	
	Capacité d'adaptation	0,777	
	Outils disponibles et adéquats	0,741	
	Lieu épanouissant	0,685	
	Soutien disponible	0,681	
	Effectifs suffisants	0,484	
	Compromis sur principes et standards		0,877
	Communication problématique		0,776
	Décisions dangereuses		0,640
% de variance expliquée		48,4	9,6
KMO		0,916	
Alpha de Cronbach		0,888	0,673

Deux échelles ont ainsi été créées par sommation simple. La première, que nous avons nommée « confiance envers la gestion de l'organisation », mesure la confiance à l'égard de la gestion de l'organisation et regroupe les items identifiés plus haut. Les scores de cette échelle ont été rapportés sur une échelle de 0 à 10, où 0 indique le niveau de confiance le plus faible et 10, le niveau de confiance le plus élevé. La seconde échelle mesure l'intensité de la « perception critique de la gestion de l'organisation » et regroupe les trois items liés aux « compromis sur les principes et standards », à la « communication problématique » et aux « décisions dangereuses ». Les scores de cette échelle ont été rapportés sur une échelle de 0 à 10, où 0 indique une faible perception critique de la gestion de l'organisation et 10, une perception critique élevée de cette gestion. Le Tableau 44 présente les statistiques descriptives de ces deux échelles. La première, l'échelle de confiance à l'égard de la gestion de l'organisation, présente une moyenne de 3,8 et un écart-type de 2,2, ce qui indique un niveau de confiance relativement faible à l'égard de cette gestion. Ce score est identique au score moyen obtenu avec la question unique portant sur la confiance envers l'employeur (voir chapitre 4) et y est d'ailleurs fortement corrélé ($r = 0,604$). La seconde échelle, l'échelle de la perception critique de la gestion de l'organisation, présente une moyenne de 6,0 et un écart-type de 2,3. Elle est plus faiblement corrélée à la mesure unique de la confiance envers l'employeur ($r = -0,441$) et modérément corrélée à l'échelle de confiance envers la gestion de l'organisation ($r = -0,579$).

Tableau 44 Statistiques descriptives de l'échelle de confiance envers la gestion de l'organisation et de l'échelle de perception critique de la gestion de l'organisation (phase 1)

	Confiance envers la gestion de l'organisation	Perception critique de la gestion de l'organisation
Moyenne	3,8	6,0
Écart-type	2,2	2,3
Minimum	0,0	0,0
Maximum	10,0	10,0
N	630	634

Les prochaines sous-sections examinent les corrélations entre ces deux échelles et : 1) les caractéristiques de l'emploi principal; 2) les caractéristiques de l'horaire de travail et les absences du travail; 3) les réaffectations ou le travail en zone chaude ou tiède; 4) l'appréciation des effectifs au travail et la qualité des soins offerts; 5) quelques indicateurs de santé; 6) diverses caractéristiques sociodémographiques. Les corrélations sont jugées significatives lorsque $p < 0,05$.

1.2. Niveaux de confiance et de perception critique envers la gestion de l'organisation

1.2.1. Selon les caractéristiques de l'emploi principal

Tant la confiance que la perception critique envers la gestion de l'organisation sont liées à la catégorie d'emploi et au type d'installation. La confiance est plus faible et la perception critique plus élevée chez le personnel infirmier, en particulier les infirmiers et infirmières (3,5 et 6,4), et dans les centres hospitaliers (3,5 et 6,3) et les CHSLD (3,8 et 6,1) (Tableau 45). Le personnel ayant des tâches de supervision et de coordination a également une perception critique significativement plus élevée que le personnel qui n'a pas de telles tâches (6,2 contre 5,8), mais leur niveau de confiance envers la gestion de l'organisation ne diffère pas de manière statistiquement significative. La confiance et la perception critique envers la gestion de l'organisation ne semblent pas liées de manière significative à l'ancienneté, au statut d'emploi, à la région de travail et au fait d'offrir des soins directs aux patients. Concernant cette dernière variable, cependant, il faut rappeler que la majorité des participants et participantes à l'enquête offrent de tels soins, ce qui pourrait expliquer le caractère non significatif de la relation. Nous observons en effet des écarts relativement importants entre les personnes qui offrent de tels soins et celles qui n'en offrent pas, les premières semblant afficher un niveau de confiance plus faible (3,8 contre 4,2) et une perception critique plus élevée (6,0 contre 5,3) que les secondes.

Tableau 45 Niveaux de confiance et de perception critique envers la gestion de l'organisation selon les caractéristiques de l'emploi principal (phase 1)

	Confiance gestion de la direction			Perception critique de la gestion		
	Moyenne	Int. de confiance (95 %)		Moyenne	Int. De confiance (95 %)	
		Lim. inf.	Lim. sup.		Lim. inf.	Lim. sup.
Catégorie d'emploi		(p = 0,013)			(p = 0,025)	
Préposé.e.s aux bénéficiaires, auxiliaires et aides de services	4,2	3,8	4,6	5,8	5,4	6,2
Infirmier.ère.s auxiliaires	3,5	3,1	4,0	6,0	5,5	6,4
Infirmier.ère.s	3,5	3,2	3,8	6,4	6,1	6,7
Infirmier.ère.s clinicien.ne.s	3,7	3,3	4,1	5,9	5,6	6,3
Inhalothérapeutes	4,2	3,7	4,7	5,5	5,0	6,0
Type d'installation		(p = 0,008)			(p = 0,000)	
CHSLD	3,8	3,5	4,1	6,1	5,7	6,5
Centre hospitalier (CH)	3,5	3,3	3,7	6,3	6,1	6,5
CLSC	4,3	3,8	4,8	5,7	5,1	6,2
Clinique médicale/groupe de médecine familiale	4,6	3,3	5,8	4,3	3,2	5,4
Centre de réadaptation	3,9	2,3	5,5	4,8	3,6	6,1
Autre	4,3	3,6	5,1	5,1	4,5	5,8
Ancienneté dans l'emploi actuel		(p = 0,275)			(p = 0,531)	
Depuis mars 2020 ou après	4,4	3,8	5,0	5,8	5,2	6,4
Avant mars 2020, 5 ans et moins	3,8	3,4	4,2	5,9	5,4	6,4
6 à 10 ans	3,6	3,2	4,0	6,3	5,9	6,8
11 à 15 ans	3,8	3,4	4,2	5,9	5,4	6,3
16 à 20 ans	3,6	3,2	4,0	5,9	5,4	6,3
20 ans et plus	3,8	3,4	4,2	6,0	5,6	6,3
Tâches de supervision/coordination		(p = 0,081)			(p = 0,026)	
Oui	3,7	3,4	3,9	6,2	5,9	6,4
Non	4,0	3,7	4,2	5,8	5,5	6,0
Soins directs aux patients, résidents, usagers		(p = 0,327)			(p = 0,072)	
Oui	3,8	3,6	3,9	6,0	5,8	6,2
Non	4,2	3,3	5,0	5,3	4,6	6,0

	Confiance gestion de la direction			Perception critique de la gestion		
	Moyenne	Int. de confiance (95 %)		Moyenne	Int. De confiance (95 %)	
		Lim. inf.	Lim. sup.		Lim. inf.	Lim. sup.
Statut d'emploi		(p = 0,876)			(p = 0,126)	
Permanent temps plein	3,8	3,6	4,0	5,9	5,6	6,1
Permanent temps partiel	3,7	3,4	4,0	6,3	5,9	6,7
Non permanent	3,8	3,2	4,4	6,0	5,4	6,6
Région de travail		(p = 0,912)			(p = 0,721)	
Région taux élevé	3,9	3,6	4,2	5,8	5,5	6,2
Région taux moyen	3,8	3,4	4,1	5,9	5,5	6,3
Région taux assez faible	3,8	3,5	4,0	6,0	5,8	6,3
Région taux faible	3,8	3,3	4,3	6,2	5,7	6,7

1.2.2. Selon les caractéristiques de l'horaire de travail et les absences du travail

L'analyse des niveaux de confiance et de perception critique envers la gestion de l'organisation révèle des résultats similaires selon les caractéristiques de l'horaire de travail, bien que davantage de relations statistiquement significatives s'observent lorsque l'analyse porte sur le niveau de confiance (Tableau 46). Concrètement, nous observons que le niveau de confiance envers la gestion de l'organisation est plus faible parmi les personnes qui, au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, ont travaillé plus de 90 heures (2,5), ont travaillé des heures supplémentaires obligatoires (3,2), ont travaillé sur des quarts de soir (3,5) ou de nuit (3,3), ont connu deux changements de quart ou plus (3,1). En outre, parmi celles qui ont connu au moins un changement de quart, celles qui n'ont pas toujours eu un congé d'au moins 12 heures avant ce changement de quart présentent un niveau de confiance plus faible (3,2). La perception critique semble également plus élevée parmi l'ensemble de ces groupes, mais seuls les indicateurs liés aux heures supplémentaires et au type de quart de travail présentent des relations statistiquement significatives au seuil de 0,05. Notons enfin que les personnes qui se sont absentées du travail au cours du mois ayant précédé l'enquête présentent un niveau de confiance plus faible (3,5) et ont une perception critique de la gestion de l'organisation plus élevée (6,3) que celles qui ne se sont pas absentées (4,1 et 5,7).

Tableau 46 Niveaux de confiance et de perception critique envers la gestion de l'organisation selon les caractéristiques de l'horaire de travail et les absences du travail (phase 1)

	Confiance gestion de la direction			Perception critique de la gestion		
	Moyenne	Int. de confiance (95 %)		Moyenne	Int. de confiance (95 %)	
		Lim. inf.	Lim. sup.		Lim. inf.	Lim. sup.
Heures travaillées au cours des 2 dernières semaines		(p = 0,023)			(p = 0,204)	
Moins de 30 heures	3,5	2,8	4,2	6,4	5,7	7,2
30 à 60 heures	3,7	3,3	4,1	6,2	5,7	6,6
61 à 70 heures	4,0	3,6	4,3	5,7	5,4	6,1
71 à 80 heures	4,0	3,7	4,3	5,8	5,4	6,1
81 à 90 heures	3,8	3,3	4,3	6,3	5,7	6,9
Plus de 90 heures	2,5	1,8	3,3	6,3	5,4	7,2
A effectué du temps supplémentaire au cours des 2 dernières semaines		(p = 0,002)			(p = 0,004)	
Non	4,0	3,8	4,3	5,7	5,4	5,9
Oui, mais pas de temps supplémentaire obligatoire	3,9	3,5	4,2	6,0	5,6	6,3
Oui, dont du temps supplémentaire obligatoire	3,2	2,8	3,6	6,5	6,1	6,9
A travaillé sur un quart de JOUR au cours des 2 dernières semaines		(p = 0,000)			(p = 0,016)	
Oui	4,0	3,8	4,2	5,8	5,6	6,0
Non	3,3	3,0	3,6	6,3	6,0	6,6
A travaillé sur un quart de SOIR au cours des 2 dernières semaines		(p = 0,018)			(p = 0,033)	
Oui	3,5	3,3	3,8	6,2	6,0	6,5
Non	4,0	3,7	4,2	5,8	5,6	6,1
A travaillé sur un quart de NUIT au cours des 2 dernières semaines		(p = 0,003)			(p = 0,044)	
Oui	3,3	2,9	3,6	6,3	6,0	6,7
Non	3,9	3,7	4,1	5,9	5,7	6,1
Nombre de changements de quart au cours des 2 dernières semaines		(p = 0,015)			(p = 0,054)	
Aucun	3,9	3,7	4,1	5,9	5,7	6,1
Une seule fois	4,1	3,6	4,6	5,8	5,3	6,4
Deux fois ou plus	3,1	2,7	3,6	6,6	6,1	7,1

	Confiance gestion de la direction			Perception critique de la gestion		
	Moyenne	Int. de confiance (95 %)		Moyenne	Int. de confiance (95 %)	
		Lim. inf.	Lim. sup.		Lim. inf.	Lim. sup.
Changements de quart de travail toujours précédés d'un congé d'au moins 12 heures		(p = 0,019)			(p = 0,064)	
Oui	4,0	3,5	4,6	5,9	5,3	6,4
Non	3,2	2,8	3,7	6,5	6,1	7,0
Absence du travail au cours du dernier mois		(p = 0,002)			(p = 0,002)	
Oui	3,5	3,3	3,8	6,3	6,0	6,5
Non	4,1	3,8	4,3	5,7	5,4	5,9

1.2.3. Selon les réaffectations et le travail en zone chaude ou tiède

Les personnes qui ont travaillé en zone chaude et, dans une moindre mesure, en zone tiède depuis le début de la pandémie et au cours du dernier mois affichent un niveau de confiance plus faible envers la gestion de l'organisation (3,4 à 3,9) et une perception plus critique (6,1 à 6,2) que celles qui n'y ont pas travaillé (4,3 et 4,5) (Tableau 47). Le fait d'avoir travaillé dans l'une de ces zones au cours du dernier quart de travail ne semble toutefois pas lié à ces deux échelles. Il en va de même des réaffectations à de nouvelles tâches, une autre installation ou un autre département (depuis le début de la pandémie ou au cours du dernier mois) : les réaffectations ne semblent pas liées à la confiance et à la perception critique envers la gestion de l'organisation.

Tableau 47 Niveaux de confiance et de perception critique envers la gestion de l'organisation selon les réaffectations et le travail en zone chaude ou tiède (phase 1)

	Confiance gestion de la direction			Perception critique de la gestion		
	Moyenne	Int. de confiance (95 %)		Moyenne	Int. de confiance (95 %)	
		Lim. inf.	Lim. sup.		Lim. inf.	Lim. sup.
Réaffectation nouvelles tâches, autre installation ou département		($p = 0,817$)			($p = 0,660$)	
Oui	3,8	3,3	4,2	6,1	5,6	6,5
Non	3,8	3,6	4,0	5,9	5,7	6,1
Réaffectation nouvelles tâches, autre installation ou département dernier mois		($p = 0,534$)			($p = 0,529$)	
Oui	3,6	3,1	4,2	6,1	5,5	6,7
Non	3,8	3,6	4,0	5,9	5,7	6,1
Travail en zone chaude ou tiède		($p = 0,001$)			($p = 0,012$)	
Non	4,3	4,0	4,6	5,5	5,2	5,8
Oui, zone chaude	3,6	3,2	4,1	6,2	5,7	6,7
Oui, zone tiède	3,9	3,5	4,2	6,1	5,7	6,5
Oui, zones chaude et tiède	3,4	3,1	3,7	6,2	5,9	6,5
Travail en zone chaude ou tiède, dernier mois		($p = 0,041$)			($p = 0,027$)	
Oui	3,4	3,2	3,7	6,4	6,1	6,7
Non	3,8	3,5	4,1	5,9	5,6	6,2
Travail en zone chaude ou tiède, dernier quart de travail		($p = 0,969$)			($p = 0,931$)	
Oui	3,4	3,0	3,8	6,4	6,0	6,8
Non	3,4	3,0	3,8	6,4	6,0	6,8

1.2.4. Selon l'appréciation des effectifs au travail et de la qualité des soins offerts

La confiance et la perception critique à l'égard de la gestion de l'organisation sont liées significativement à l'expérience de travail au cours du dernier quart de travail (Tableau 48). De manière générale, les personnes qui jugent que le nombre de personnes au travail n'était pas adéquat (3,1 et 6,7), celles qui jugent que la qualité des soins offerts par l'équipe était pauvre (2,2 et 7,4) ou passable (2,7 et 6,9) ainsi que celles qui jugent que la qualité des soins qu'elles ont offerts était pauvre (1,8 et 7,8) ou passable (2,2 et 7,8) affichent un niveau de confiance plus faible et sont plus critiques envers la gestion de l'organisation. Il en va de même des personnes qui jugent que la qualité des soins offerts aux patients s'est détériorée depuis le début de la pandémie (2,7 et 7,0).

Tableau 48 Niveaux de confiance et de perception critique envers la gestion de l'organisation selon l'appréciation des effectifs au travail et de la qualité des soins offerts (phase 1)

	Confiance gestion de la direction			Perception critique de la gestion		
	Moyenne	Int. de confiance (95 %)		Moyenne	Int. de confiance (95 %)	
		Lim. inf.	Lim. sup.		Lim. inf.	Lim. sup.
Sentiment que le nombre de personnes au travail était adéquat lors du dernier quart de travail		(p = 0,000)			(p = 0,000)	
Oui	4,5	4,2	4,7	5,3	5,0	5,6
Non	3,1	2,8	3,3	6,7	6,4	7,0
Jugement à l'égard de la qualité des soins offerts par l'ÉQUIPE DE TRAVAIL lors du dernier quart de travail		(p = 0,000)			(p = 0,000)	
Excellente	4,8	4,4	5,1	5,1	4,7	5,4
Bonne	3,7	3,5	4,0	6,1	5,8	6,3
Passable	2,7	2,4	3,0	6,9	6,5	7,3
Pauvre	2,2	1,5	2,9	7,4	6,5	8,2
Ne travaillait pas en équipe	4,1	2,3	6,0	5,8	4,1	7,6
Jugement à l'égard de la qualité des soins offerts par SOI-MÊME lors du dernier quart de travail		(p = 0,000)			(p = 0,000)	
Excellente	4,5	4,2	4,8	5,3	4,9	5,6
Bonne	3,6	3,4	3,8	6,1	5,9	6,4
Passable	2,2	1,8	2,6	7,8	7,3	8,3
Pauvre	1,8	0,5	3,0	7,8	6,5	9,2
Jugement à l'égard de l'évolution de la qualité des soins donnés aux patients depuis le début de la pandémie		(p = 0,000)			(p = 0,000)	
S'est améliorée	5,1	4,4	5,8	5,1	4,4	5,8
Est restée la même	4,4	4,1	4,7	5,2	4,9	5,5
S'est détériorée	2,7	2,4	2,9	7,0	6,8	7,3
Ne sait pas	4,3	3,0	5,5	5,7	4,4	7,0

1.2.5. Selon les indicateurs de santé

La confiance et la perception critique envers la gestion de l'organisation sont liées significativement à l'auto-évaluation de l'état de santé physique et mentale des participants et participantes (Tableau 49). De manière générale, plus l'auto-évaluation est négative, plus le niveau de confiance est faible et plus la perception de la gestion de l'organisation est critique. Ainsi, les personnes qui jugent leur état de santé physique mauvais (2,8 et 7,4) ou passable (3,1 et 6,5) ainsi que celles qui jugent leur état de santé mentale mauvais (2,9 et 6,7) ou passable (3,1 et 6,7) présentent les niveaux de confiance les plus faibles et les niveaux de perception critique les plus élevés. Les scores sur ces deux échelles ne varient toutefois pas de manière significative selon la présence ou non d'un problème de santé mettant la personne à risque de développer des complications liées à la COVID-19, le fait d'avoir contracté ou non le virus, les craintes de le contracter et le fait d'avoir reçu ou non le vaccin contre la COVID-19.

Tableau 49 Niveaux de confiance et de perception critique envers la gestion de l'organisation selon les indicateurs de santé (phase 1)

	Confiance gestion de la direction			Perception critique de la gestion		
	Moyenne	Int. de confiance (95 %)		Moyenne	Int. de confiance (95 %)	
		Lim. inf.	Lim. sup.		Lim. inf.	Lim. sup.
Perception de l'état de santé physique		(p = 0,000)			(p = 0,000)	
Excellent	4,7	4,1	5,3	5,2	4,6	5,9
Très bon	4,0	3,7	4,3	5,6	5,3	5,9
Bon	3,8	3,5	4,0	6,1	5,8	6,4
Passable	3,1	2,7	3,6	6,5	6,0	6,9
Mauvais	2,8	2,2	3,4	7,4	6,8	7,9
Perception de l'état de santé mentale		(p = 0,000)			(p = 0,000)	
Excellent	4,7	4,0	5,4	4,7	3,8	5,5
Très bon	4,6	4,2	4,9	5,2	4,8	5,6
Bon	4,0	3,7	4,3	5,9	5,6	6,2
Passable	3,1	2,8	3,4	6,7	6,4	7,0
Mauvais	2,9	2,4	3,4	6,7	6,3	7,2
Présence d'un problème de santé associé à risque de développer complications liées à la COVID-19		(p = 0,905)			(p = 0,221)	
Oui	3,8	3,4	4,3	6,2	5,8	6,7
Non	3,8	3,6	4,0	5,9	5,7	6,1
A reçu un test positif à la COVID-19		(p = 0,787)			(p = 0,969)	
Oui	3,7	3,3	4,2	6,0	5,5	6,5
Non	3,8	3,6	4,0	6,0	5,8	6,2
Craintes de contracter la COVID-19		(p = 0,708)			(p = 0,692)	
Oui, beaucoup	3,5	2,9	4,1	6,1	5,5	6,7
Oui, moyennement	3,7	3,2	4,1	6,2	5,7	6,8
Oui, un peu	3,8	3,6	4,1	5,9	5,6	6,2
Non, pas du tout	3,8	3,6	4,1	5,9	5,7	6,2
A reçu le vaccin contre la COVID-19		(p = 0,285)			(p = 0,486)	
Oui	3,8	3,6	4,0	6,0	5,8	6,1
Non	3,5	3,0	4,0	6,2	5,5	6,8

1.2.6. Selon les caractéristiques sociodémographiques

Le niveau de confiance envers la gestion de l'organisation est un peu plus faible parmi les personnes âgées de 35 à 44 ans (3,4) et celles âgées de 25 à 34 ans (3,7) (Tableau 50). Ces deux groupes d'âge semblent également présenter une perception plus critique envers la gestion de l'organisation, mais l'écart avec les autres groupes d'âge n'est pas statistiquement significatif. La situation familiale semble également liée au niveau de confiance envers la gestion de l'organisation. Nous constatons en effet que les personnes vivant en couple et ayant au moins un enfant âgé de 5 ans ou moins présentent un niveau de confiance plus faible (3,2) que les autres groupes. Ces personnes ne semblent pas, en revanche, plus critiques envers la gestion de l'organisation que les autres groupes. Notons enfin que le sexe, le lieu de naissance et la situation conjugale ne sont liés ni au niveau de confiance ni à la perception critique envers la gestion de l'organisation. Nous constatons toutefois que les personnes en situation de proche aidance sont plus critiques envers la gestion de l'organisation (6,6 contre 5,9), mais ne présentent pas un niveau de confiance significativement plus bas que les personnes qui ne sont pas dans cette situation.

Tableau 50 Niveaux de confiance et de perception critique envers la gestion de l'organisation selon les caractéristiques sociodémographiques (phase 1)

	Confiance gestion de la direction			Perception critique de la gestion		
	Moyenne	Int. de confiance (95 %)		Moyenne	Int. de confiance (95 %)	
		Lim. inf.	Lim. sup.		Lim. inf.	Lim. sup.
Sexe		(p = 0,125)			(p = 0,235)	
Homme	3,3	2,7	4,0	6,4	5,8	7,0
Femme	3,8	3,7	4,0	5,9	5,8	6,1
Groupe d'âge		(p = 0,019)			(p = 0,393)	
18-24 ans	4,2	3,3	5,1	5,5	4,4	6,6
25-34 ans	3,7	3,4	4,0	6,2	5,9	6,6
35-44 ans	3,4	3,1	3,8	6,0	5,7	6,4
45-54 ans	4,0	3,7	4,3	5,9	5,6	6,2
55 ans et plus	4,3	3,8	4,7	5,7	5,2	6,3
Lieu de naissance		(p = 0,769)			(p = 0,674)	
Au Canada	3,8	3,6	4,0	6,0	5,8	6,2
À l'étranger	3,9	2,9	4,9	5,8	4,8	6,8
Situation conjugale		(p = 0,063)			(p = 0,229)	
Sans conjoint	3,7	3,4	4,1	6,1	5,7	6,5
Avec conjoint non actif sur le marché du travail	4,6	3,8	5,3	5,4	4,6	6,2
Avec conjoint actif dans le système de santé et des services sociaux	3,5	3,0	3,9	6,2	5,6	6,8
Avec conjoint actif à l'extérieur du système de santé et des services sociaux	3,8	3,6	4,0	6,0	5,7	6,2
Situation familiale		(p = 0,036)			(p = 0,319)	
Personne seule	3,8	3,4	4,2	6,3	5,9	6,8
En couple, sans enfant de moins de 18 ans	4,1	3,8	4,4	5,9	5,6	6,2
En couple, plus jeune enfant de 5 ans ou moins	3,2	2,7	3,6	6,0	5,5	6,4
En couple, plus jeune enfant de 6 à 11 ans	3,6	3,1	4,1	6,2	5,6	6,7
En couple, plus jeune enfant de 12 à 17 ans	3,9	3,4	4,4	5,6	5,1	6,2
Personne monoparentale, plus enfant de moins de 18 ans	3,6	2,8	4,4	5,7	4,9	6,4
Situation de proche aidance		(p = 0,134)			(p = 0,015)	
Oui	3,5	3,0	3,9	6,6	6,1	7,0
Non	3,8	3,7	4,0	5,9	5,7	6,1

1.3. Synthèse

L'analyse du niveau de confiance envers la gestion de l'organisation a révélé qu'au regard des caractéristiques de l'emploi principal cette confiance est statistiquement plus faible pour le personnel infirmier, les personnes travaillant en CHSLD ou en milieu hospitalier. Relativement aux caractéristiques de l'horaire de travail et aux absences du travail, cette confiance apparaît également plus faible chez les personnes qui ont travaillé plus de 90 heures au cours des deux semaines précédant l'enquête; effectué des heures supplémentaires obligatoires; travaillé sur des quarts de soir ou de nuit; connu au moins un changement de quart, en particulier celles qui n'ont pas disposé d'un congé préalable d'au moins 12 heures; et chez celles qui se sont absentes du travail au cours du dernier mois. Il en va de même pour les personnes qui ont travaillé en zone chaude et, dans une moindre mesure, en zone tiède; qui jugent négativement la qualité des soins qu'elles ont offerts ou que leur équipe a offerts lors de leur dernier quart de travail; qui estiment que le nombre de personnes au travail était inadéquat lors de leur dernier quart de travail; et qui considèrent que la qualité des soins offerts depuis le début de la pandémie s'est dégradée. Les personnes évaluant négativement leur état de santé physique ou mentale, celles qui sont âgées de 25 à 44 ans et celles qui vivent en couple et qui ont au moins un enfant de moins de 5 ans affichent également un niveau de confiance plus faible envers la gestion de l'organisation.

L'analyse du niveau de perception critique envers la gestion de l'organisation révèle des résultats similaires : plus la confiance est faible, plus la perception envers la gestion de l'organisation est critique. Ainsi, le personnel infirmier, les personnes travaillant en CHSLD ou en milieu hospitalier sont plus critiques face à cette gestion. Cela est aussi vrai pour les personnes qui accomplissent des tâches de supervision/coordination. Les personnes qui ont travaillé des heures supplémentaires obligatoires, celles qui ont travaillé sur des quarts de soir ou de nuit, celles qui se sont absentes au cours du mois ayant précédé l'enquête et celles qui ont travaillé en zone chaude ou tiède sont également plus critiques face à cette gestion. Cette perception critique est également liée à la perception négative entourant le nombre d'effectifs au travail, la qualité des soins offerts aux patients et l'auto-évaluation de l'état de santé physique ou mentale. Notons enfin que si cette perception critique ne semble pas liée à l'âge ou à la situation familiale, le fait d'être proche aidant est lié positivement à cette perception critique.

2. La confiance envers les supérieurs immédiats

Selon Neveu (2004) et Campoy et Neveu (2006), la confiance à l'égard des supérieurs immédiats comporte deux grandes composantes : cognitives et affectives. La dimension cognitive s'appuie sur des croyances individuelles concernant la fiabilité et le sérieux des supérieurs immédiats (Neveu, 2004 : 12). Elle peut être mesurée au moyen de questions portant sur la compétence, la fiabilité (respect des promesses), le soutien et la cohérence du ou des supérieurs immédiats. La dimension affective renvoie pour sa part au souci et à la préoccupation interpersonnelle et consiste en des liens émotionnels entre les deux parties (Neveu, 2004 : 12). Les indicateurs permettant de la mesurer ont trait à la bienveillance, l'intérêt pour la carrière du subordonné, la disponibilité et l'ouverture.

2.1. La mesure

Afin de mesurer les différentes facettes de la confiance envers les supérieurs immédiats, nous avons posé la question suivante aux participants et participantes de la phase 1 du questionnaire :

Nous vous demandons maintenant de penser à votre supérieur immédiat [vos supérieurs immédiats qui ont supervisé votre travail] au cours du dernier mois. Pour chaque énoncé, indiquez dans quelle mesure vous êtes d'accord ou en désaccord avec chacun des énoncés. Par supérieur immédiat [supérieurs immédiats], nous entendons la ou les personnes directement responsables de superviser votre travail.

Les énoncés étaient les suivants :

Énoncés	Noms courts	Composantes
Si mon supérieur immédiat me promettait quelque chose, il faisait ce qu'il promettait / Si mes supérieurs immédiats me promettaient quelque chose, ils faisaient ce qu'ils promettaient.	Respect des promesses qui me sont faites	Cognitive, fiabilité
Mon supérieur immédiat tenait ses engagements face aux membres de son équipe / Mes supérieurs immédiats tenaient leurs engagements face aux membres de leur équipe.	Respect des engagements face à l'équipe	Cognitive, fiabilité
Mon supérieur immédiat savait résoudre des situations difficiles / Mes supérieurs immédiats savaient résoudre des situations difficiles.	Capacité à résoudre situations difficiles	Cognitive, compétence
Mon supérieur immédiat était compétent / Mes supérieurs immédiats étaient compétents.	Compétence	Cognitive, compétence

Énoncés	Noms courts	Composantes
J'avais confiance en mon supérieur immédiat pour défendre mes intérêts / J'avais confiance en mes supérieurs immédiats pour défendre mes intérêts.	Défense de mes intérêts	Cognitive, soutien
J'avais le sentiment que si je commettais une erreur, mon supérieur immédiat me soutiendrait face à la haute direction / J'avais le sentiment que si je commettais une erreur, mes supérieurs immédiats me soutiendraient face à la haute direction.	Soutien en cas d'erreur	Cognitive, soutien
Mon supérieur immédiat changeait sans cesse d'avis / Mes supérieurs immédiats changeaient sans cesse d'avis.	Changement d'avis [polarité inversée]	Cognitive, cohérence
Mon supérieur immédiat agissait conformément aux objectifs fixés / Mes supérieurs immédiats agissaient conformément aux objectifs fixés.	Comportements conformes aux objectifs	Cognitive, cohérence
J'avais le sentiment que mon supérieur immédiat me disait toujours la vérité / J'avais le sentiment que mes supérieurs immédiats me disaient toujours la vérité.	Franchise	Affective, honnêteté
J'avais un retour régulier de la part de mon supérieur immédiat sur la qualité de mon travail / J'avais un retour régulier de la part de mes supérieurs immédiats sur la qualité de mon travail.	Retour régulier	Affective, intérêt pour la carrière du subordonné
Mon supérieur immédiat était accessible si j'avais besoin de lui / Mes supérieurs immédiats étaient accessibles si j'avais besoin d'eux.	Accessibilité	Affective, disponibilité
J'avais le sentiment que je pouvais exprimer librement un désaccord à mon supérieur immédiat / J'avais le sentiment que je pouvais exprimer librement un désaccord à mes supérieurs immédiats.	Possibilité d'exprimer un désaccord	Affective, ouverture
Mon supérieur immédiat prenait en compte mon avis quand il prenait des décisions concernant mon travail / Mes supérieurs immédiats tenaient compte de mon avis quand ils prenaient des décisions concernant mon travail.	Prise en compte de mon avis	Affective, ouverture

Pour chaque item, les personnes participantes étaient invitées à indiquer leur niveau d'accord sur une échelle de Likert à 5 niveaux : 1) fortement en désaccord, 2) en désaccord, 3) ni en accord, ni en désaccord, 4) en accord et 5) fortement en accord. Les personnes n'ayant qu'un supérieur immédiat répondaient à la version au singulier; les personnes ayant plus d'un supérieur immédiat répondaient à la version au pluriel. Les questions n'ont pas été posées aux personnes n'ayant pas de supérieur immédiat.

Les scores ont été rapportés sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifie un très faible niveau de confiance et 10, un niveau de confiance très élevé. La polarité de l'énoncé « Mon supérieur immédiat changeait sans cesse d'avis / Mes supérieurs immédiats changeaient sans cesse d'avis » a été inversée de façon à ce qu'un score élevé traduise un haut niveau de confiance.

Le Tableau 51 présente les statistiques descriptives de chacun des items mesurés. Nous observons que les scores moyens de confiance varient de 3,5 à 5,7 sur l'échelle de 0 à 10 et que les écarts-types sont assez similaires, variant de 2,6 à 3,3. Les niveaux de confiance semblent plus faibles lorsqu'il s'agit du retour régulier (3,5), de la prise en compte des avis (4,0), de la défense des intérêts (4,1), du soutien en cas d'erreur (4,1) et de la franchise (4,2).

Tableau 51 Statistiques descriptives des items mesurant la confiance envers les supérieurs immédiats (phase 1)

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart-type
Respect des promesses qui me sont faites	633	0,0	10,0	5,0	3,0
Respect des engagements face à l'équipe	632	0,0	10,0	4,9	2,9
Capacité à résoudre situations difficiles	633	0,0	10,0	4,7	3,1
Compétence	633	0,0	10,0	5,5	3,0
Défense de mes intérêts	634	0,0	10,0	4,1	3,2
Soutien en cas d'erreur	633	0,0	10,0	4,1	3,1
Changement d'avis [polarité inversée]	632	0,0	10,0	5,7	3,1
Comportements conformes aux objectifs	632	0,0	10,0	5,6	2,6
Franchise	634	0,0	10,0	4,2	3,1
Retour régulier	633	0,0	10,0	3,5	3,1
Accessibilité	633	0,0	10,0	5,3	3,1
Possibilité d'exprimer un désaccord	633	0,0	10,0	4,7	3,3
Prise en compte de mon avis	634	0,0	10,0	4,0	3,1

Les différents items ont fait l'objet d'une analyse factorielle en composantes principales en vue d'élaborer un indicateur synthétique. Les résultats indiquent que l'ensemble de ces items peut être résumé à l'intérieur d'un seul facteur général mesurant la confiance à l'égard des supérieurs immédiats (Tableau 52). Ce facteur présente une excellente consistance interne ($\alpha = 0,952$).

Tableau 52 Analyse en composantes principales des questions sur la confiance envers les supérieurs immédiats (phase 1)

		Facteur 1
Items	Respect des promesses qui me sont faites	0,826
	Respect des engagements face à l'équipe	0,870
	Capacité à résoudre situations difficiles	0,832
	Compétence	0,867
	Défense de mes intérêts	0,874
	Soutien en cas d'erreur	0,820
	Changement d'avis [polarité inversée]	0,585
	Comportements conformes aux objectifs	0,800
	Franchise	0,825
	Retour régulier	0,723
	Accessibilité	0,758
	Possibilité d'exprimer un désaccord	0,770
	Prise en compte de mon avis	0,804
% de variance expliquée		64,0
KMO		0,957
Alpha de Cronbach		0,952

Une échelle de confiance à l'égard des supérieurs immédiats a ainsi été créée par sommation simple. Les scores de confiance ont ensuite été rapportés sur une échelle de 0 à 10, où 0 indique le niveau de confiance le plus faible et 10, le niveau de confiance le plus élevé. Le Tableau 53 présente les statistiques descriptives de cette échelle. Celle-ci présente une moyenne de 4,6 et un écart-type de 2,3. Cette échelle est fortement corrélée à la mesure unique de la confiance à l'égard des supérieurs immédiats au moment de l'enquête présentée plus haut ($r = 0,712$).

Tableau 53 Statistiques descriptives de l'échelle de confiance envers les supérieurs immédiats (phase 1)

	Valeurs
Moyenne	4,6
Écart-type	2,3
Minimum	0,1
Maximum	9,6
N	622

Les prochaines sous-sections examinent les corrélations entre cette échelle de confiance et : 1) les caractéristiques de l'emploi principal; 2) les caractéristiques de l'horaire de travail et les absences du travail; 3) les réaffectations ou le travail en zone chaude ou tiède; 4) l'appréciation des effectifs au travail

et la qualité des soins offerts; 5) quelques indicateurs de santé; 6) diverses caractéristiques sociodémographiques. Les corrélations sont jugées significatives lorsque $p < 0,05$.

2.2. Niveaux de confiance envers les supérieurs immédiats

2.2.1. Selon les caractéristiques de l'emploi principal

Le niveau de confiance à l'égard des supérieurs immédiats varie assez peu selon les caractéristiques de l'emploi principal (Tableau 54). Seul le type d'installation présente des différences dignes de mention. La confiance à l'égard des supérieurs immédiats semble plus faible dans les centres de réadaptation (4,2), les CHSLD (4,3) et les cliniques médicales ou groupes de médecine familiale (4,4), alors qu'elle semble plus forte dans les CLSC (5,1) et les autres établissements ne faisant pas partie de la liste proposée (5,2).

Tableau 54 Niveaux de confiance envers les supérieurs immédiats selon les caractéristiques de l'emploi principal (phase 1)

Catégorie d'emploi	Confiance envers les supérieurs immédiats		
	Moyenne	Int. de confiance (95 %)	
		Lim. inf.	Lim. sup.
Catégorie d'emploi	(p = 0,721)		
Préposé.e.s aux bénéficiaires, auxiliaires et aides de services	4,6	4,2	5,0
Infirmier.ère.s auxiliaires	4,3	3,8	4,8
Infirmier.ère.s	4,7	4,4	5,1
Infirmier.ère.s	4,7	4,3	5,1
Inhalothérapeutes	4,6	4,1	5,1
Type d'installation	(p = 0,069)		
CHSLD	4,3	4,0	4,7
Centre hospitalier (CH)	4,5	4,3	4,8
CLSC	5,1	4,6	5,6
Clinique médicale/Groupe de médecine familiale	4,4	3,4	5,5
Centre de réadaptation	4,2	2,9	5,6
Autre	5,2	4,5	6,0
Ancienneté dans l'emploi actuel	(p = 0,708)		
Depuis mars 2020 ou après	4,8	4,2	5,4
Avant mars 2020, 5 ans et moins	4,4	4,0	4,9
6 à 10 ans	4,5	4,0	4,9
11 à 15 ans	4,7	4,3	5,1
16 à 20 ans	4,5	4,0	4,9
20 ans et plus	4,8	4,4	5,2
Tâches de supervision/coordination	(p = 0,614)		
Oui	4,6	4,3	4,8
Non	4,7	4,4	4,9
Soins directs aux patients, résidents, usagers	(p = 0,288)		
Oui	4,6	4,4	4,8
Non	5,0	4,2	5,8
Statut d'emploi	(p = 0,953)		
Permanent temps plein	4,6	4,4	4,8
Permanent temps partiel	4,5	4,2	4,9
Non permanent	4,6	3,9	5,2
Région de travail	(p = 0,256)		
Région taux élevé	4,5	4,1	4,9
Région taux moyen	4,5	4,1	4,9
Région taux assez faible	4,8	4,5	5,1
Région taux faible	4,3	3,8	4,9

2.2.2. Selon les caractéristiques de l'horaire de travail et les absences du travail

Le niveau de confiance à l'égard des supérieurs immédiats varie de manière significative selon les types de quarts de travail durant lesquels le participant ou la participante a travaillé au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête (Tableau 55). De manière générale, les personnes qui ont travaillé sur un quart de nuit présentent un niveau de confiance plus faible (4,2) que celles qui ont travaillé sur un quart de jour (4,7). Les personnes ayant travaillé sur un quart de soir semblent également afficher un niveau de confiance plus faible (4,4) que celles qui ont travaillé sur un quart de jour, mais la différence n'est pas statistiquement significative. En outre, les personnes qui ont connu deux changements de quart ou plus au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête présentent un niveau de confiance plus faible (4,0) que celles n'en ayant pas connu ou en ayant connu qu'un seul (4,7). Le fait d'avoir bénéficié ou non d'un congé d'au moins 12 heures entre ces changements de quart ne semble toutefois pas lié au niveau de confiance à l'égard des supérieurs immédiats.

Le niveau de confiance à l'égard des supérieurs immédiats ne semble pas lié au nombre d'heures travaillées et au fait d'avoir travaillé des heures supplémentaires (obligatoires ou non). Nous constatons toutefois que les personnes ayant travaillé plus de 90 heures (3,8) et celles ayant travaillé des heures supplémentaires obligatoires (4,3) semblent afficher un niveau de confiance un peu plus faible que les autres. Les écarts ne sont toutefois pas statistiquement significatifs.

Le niveau de confiance à l'égard des supérieurs immédiats ne semble pas lié aux absences du travail au cours du dernier mois.

Tableau 55 Niveaux de confiance envers les supérieurs immédiats selon les caractéristiques de l'horaire de travail et les absences du travail (phase 1)

	Confiance envers les supérieurs immédiats		
	Moyenne	Int. de confiance (95 %)	
		Lim. inf.	Lim. sup.
Heures travaillées au cours des 2 dernières semaines	(p = 0,384)		
Moins de 30 heures	4,7	4,0	5,3
30 à 60 heures	4,6	4,2	5,0
61 à 70 heures	4,8	4,4	5,2
71 à 80 heures	4,6	4,3	4,9
81 heures à 90 heures	4,6	4,0	5,1
Plus de 90 heures	3,8	3,0	4,6
A effectué du temps supplémentaire au cours des 2 dernières semaines	(p = 0,155)		
Non	4,7	4,5	5,0
Oui, mais pas de temps supplémentaire obligatoire	4,7	4,3	4,8
Oui, dont du temps supplémentaire obligatoire	4,3	3,9	4,7
A travaillé sur un quart de JOUR au cours des 2 dernières semaines	(p = 0,059)		
Oui	4,7	4,5	4,9
Non	4,4	4,0	4,7
A travaillé sur un quart de SOIR au cours des 2 dernières semaines	(p = 0,088)		
Oui	4,4	4,1	4,7
Non	4,7	4,5	5,0
A travaillé sur un quart de nuit au cours des 2 dernières semaines	(p = 0,048)		
Oui	4,2	3,8	4,6
Non	4,7	4,5	4,9
Nombre de changements de quart au cours des 2 dernières semaines	(p = 0,042)		
Aucun	4,7	4,5	4,9
Une seule fois	4,7	4,1	5,3
Deux fois ou plus	4,0	3,6	4,5
Changement de quart de travail toujours précédé d'un congé d'au moins 12 heures	(p = 0,766)		
Oui	4,4	3,8	4,9
Non	4,3	3,7	4,8
Absence du travail au cours du dernier mois	(p = 0,230)		
Oui	4,5	4,3	4,8
Non	4,7	4,5	5,0

2.2.3. Selon les réaffectations et le travail en zone chaude ou tiède

Les personnes qui ont travaillé en zone chaude et en zone tiède depuis le début de la pandémie affichent un niveau de confiance à l'égard des supérieurs immédiats plus faible (4,2) que celles n'ayant pas travaillé

dans l'une de ces zones (5,0) ou ayant travaillé uniquement dans l'une d'entre elles (4,5 à 4,8) (Tableau 56). Le fait d'y avoir travaillé au cours du dernier mois ou du dernier quart de travail ne semble pas lié au niveau de confiance.

Nous n'observons pas de différences statistiquement significatives selon que la personne participante a été ou non réaffectée à de nouvelles tâches, une autre installation ou un autre département depuis le début de la pandémie.

Tableau 56 Niveaux de confiance envers les supérieurs immédiats selon les réaffectations et le travail en zone chaude ou tiède (phase 1)

	Confiance envers les supérieurs immédiats		
	Moyenne	Int. de confiance (95 %)	
		Lim. inf.	Lim. sup.
Réaffectation nouvelles tâches, autre installation ou département		(p = 0,768)	
Oui	4,7	4,2	5,1
Non	4,6	4,4	4,8
Réaffectation nouvelles tâches, autre installation ou département dernier mois		(p = 0,768)	
Oui	4,6	4,0	5,1
Non	4,6	4,4	4,8
Travail en zone chaude ou tiède		(p = 0,011)	
Non	5,0	4,6	5,3
Oui, zone chaude	4,8	4,3	5,3
Oui, zone tiède	4,5	4,1	4,9
Oui, zones chaude et tiède	4,2	3,9	4,5
Travail en zone chaude ou tiède, dernier mois		(p = 0,452)	
Oui	4,4	4,1	4,7
Non	4,5	4,2	4,9
Travail en zone chaude ou tiède, dernier quart de travail		(p = 0,733)	
Oui	4,4	4,0	4,8
Non	4,3	3,9	4,8

2.2.4. Selon l'appréciation des effectifs au travail et de la qualité des soins offerts

La confiance à l'égard des supérieurs immédiats est liée significativement à l'expérience de travail au cours du dernier quart de travail (Tableau 57). De manière générale, les personnes qui jugent que le nombre de personnes au travail n'était pas adéquat (4,0), celles qui jugent que la qualité des soins offerts aux patients par l'équipe était passable (3,4) ou pauvre (3,7) ainsi que celles qui jugent que la qualité des soins qu'elles ont offerts aux patients était passable (3,3) ou pauvre (4,0) affichent un niveau de confiance plus faible

que les autres. Les personnes qui jugent que la qualité des soins offerts aux patients depuis le début de la pandémie s'est détériorée affichent également un niveau de confiance plus faible (3,7) que celles qui jugent qu'elle est restée la même (5,2) ou qu'elle s'est améliorée (5,8).

Tableau 57 Niveaux de confiance envers les supérieurs immédiats selon l'appréciation des effectifs au travail et de la qualité des soins offerts (phase 1)

	Confiance envers les supérieurs immédiats		
	Moyenne	Int. de confiance (95 %)	
		Lim. inf.	Lim. sup.
Sentiment que le nombre de personnes au travail était adéquat lors du dernier quart de travail	(p = 0,000)		
Oui	5,1	4,9	5,4
Non	4,0	3,8	4,3
Jugement à l'égard de la qualité des soins offerts par l'ÉQUIPE DE TRAVAIL lors du dernier quart de travail	(p = 0,000)		
Excellente	5,6	5,2	5,9
Bonne	4,5	4,3	4,8
Passable	3,4	3,0	3,8
Pauvre	3,7	2,8	4,6
Ne travaillait pas en équipe	5,0	3,2	6,7
Jugement à l'égard de la qualité des soins offerts par SOI-MÊME lors du dernier quart de travail	(p = 0,000)		
Excellente	5,3	4,9	5,6
Bonne	4,3	4,1	4,6
Passable	3,3	2,8	3,8
Pauvre	4,0	2,6	5,4
Jugement à l'égard de l'évolution de la qualité des soins donnés aux patients depuis le début de la pandémie	(p = 0,000)		
S'est améliorée	5,8	5,1	6,5
Est restée la même	5,2	4,9	5,5
S'est détériorée	3,7	3,4	3,9
Ne sait pas	5,4	4,4	6,4

2.2.5. Selon les indicateurs de santé

La confiance à l'égard des supérieurs immédiats est liée significativement à l'auto-évaluation de l'état de santé physique et mentale des participants et participantes (Tableau 58). De manière générale, plus l'auto-évaluation est négative, plus le niveau de confiance est faible. Ainsi, les personnes qui jugent leur état de santé physique passable (3,6) ou mauvais (4,2) ainsi que celles qui jugent leur état de santé mentale passable (4,0) ou mauvais (3,4) présentent les niveaux de confiance les plus faibles.

Il ne semble pas y avoir de lien entre la présence de problèmes de santé associés à un risque de développer des complications liées à la COVID-19 et le niveau de confiance à l'égard des supérieurs immédiats. De même, les personnes qui ont contracté la COVID-19 ne semblent pas présenter un niveau de confiance plus faible que les autres. De manière générale, les craintes de contracter le virus ne sont pas liées de manière significative à la confiance envers les supérieurs immédiats, bien que les personnes craignant beaucoup de contracter le virus affichent un niveau de confiance significativement plus faible que celles qui n'ont aucune crainte (4,0 contre 4,9). Le fait d'avoir reçu ou non le vaccin contre la COVID-19 n'est pas lié à la confiance envers les supérieurs immédiats.

Tableau 58 Niveaux de confiance envers les supérieurs immédiats selon les indicateurs de santé (phase 1)

	Confiance envers les supérieurs immédiats		
	Moyenne	Int. de confiance (95 %)	
		Lim. inf.	Lim. sup.
Perception de l'état de santé physique	(p = 0,000)		
Excellent	5,1	4,5	5,6
Très bon	4,9	4,6	5,2
Bon	4,6	4,3	4,9
Passable	3,6	3,1	4,1
Mauvais	4,2	3,4	5,0
Perception de l'état de santé mentale	(p = 0,000)		
Excellent	5,4	4,7	6,1
Très bon	5,4	5,0	5,8
Bon	4,8	4,5	5,1
Passable	4,0	3,6	4,3
Mauvais	3,4	2,9	3,9
Présence d'un problème de santé associé à risque de développer complications liées à la COVID-19	(p = 0,663)		
Oui	4,5	4,1	4,9
Non	4,6	4,4	4,8
A reçu un test positif à la COVID-19	(p = 0,542)		
Oui	4,5	4,0	4,9
Non	4,6	4,4	4,8
Craintes de contracter la COVID-19	(p = 0,065)		
Oui, beaucoup	4,0	3,4	4,6
Oui, moyennement	4,7	4,2	5,2
Oui, un peu	4,4	4,1	4,7
Non, pas du tout	4,9	4,6	5,2
A reçu le vaccin contre la COVID-19	(p = 0,474)		
Oui	4,6	4,4	4,8
Non	4,4	3,8	5,0

2.2.6. Selon les caractéristiques sociodémographiques

Les personnes en situation de proche aide affichent un niveau de confiance à l'égard des supérieurs immédiats plus faible que les personnes n'étant pas dans cette situation (3,9 contre 4,7) (Tableau 59). Les autres caractéristiques sociodémographiques ne sont pas liées au niveau de confiance envers les supérieurs immédiats.

Tableau 59 Niveaux de confiance envers les supérieurs immédiats selon les caractéristiques sociodémographiques (phase 1)

	Confiance envers les supérieurs immédiats		
	Moyenne	Int. de confiance (95 %)	
		Lim. inf.	Lim. sup.
Sexe		(p = 0,895)	
Homme	4,6	4,0	5,2
Femme	4,6	4,4	4,8
Groupe d'âge		(p = 0,331)	
18-24 ans	4,9	4,0	5,8
25-34 ans	4,6	4,3	5,0
35-44 ans	4,3	4,0	4,6
45-54 ans	4,7	4,4	5,1
55 ans et plus	4,8	4,3	5,3
Lieu de naissance		(p = 0,736)	
Au Canada	4,6	4,4	4,8
À l'étranger	4,8	3,7	5,9
Situation conjugale		(p = 0,519)	
Sans conjoint	4,5	4,1	4,9
Avec conjoint non actif sur le marché du travail	5,1	4,4	5,8
Avec conjoint actif dans le système de santé et des services sociaux	4,6	4,1	5,2
Avec conjoint actif à l'extérieur du système de santé et des services sociaux	4,6	4,4	4,8
Situation familiale		(p = 0,399)	
Personne seule	4,5	4,1	5,0
En couple, sans enfant de moins de 18 ans	4,9	4,6	5,2
En couple, plus jeune enfant de 5 ans ou moins	4,4	3,9	4,9
En couple, plus jeune enfant de 6 à 11 ans	4,5	4,0	5,0
En couple, plus jeune enfant de 12 à 17 ans	4,5	4,0	5,1
Personne monoparentale, plus enfant de moins de 18 ans	4,2	3,3	5,1
Situation de proche aidance		(p = 0,005)	
Oui	3,9	3,5	4,4
Non	4,7	4,5	4,9

2.3. Synthèse

L'analyse du niveau de confiance à l'égard des supérieurs immédiats a révélé que la confiance à l'égard des supérieurs immédiats est statistiquement plus faible pour les personnes qui ont travaillé sur un quart de nuit et, possiblement, un quart de soir, et pour celles qui ont travaillé en zone chaude et tiède. Il en va de même pour celles qui jugent négativement la qualité des soins qu'elles ont offerts ou que leur équipe

a offerts aux patients lors de leur dernier quart de travail, celles qui estiment que le nombre de personnes au travail était inadéquat lors de leur dernier quart de travail, celles qui jugent que la qualité des soins offerts depuis le début de la pandémie s'est dégradée, celles qui évaluent négativement leur état de santé physique ou mentale ainsi que celles qui sont en situation de proche aidance.

L'analyse révèle par ailleurs que le niveau de confiance à l'égard des supérieurs immédiats semble un peu plus faible dans les centres de réadaptation, les CHSLD et les cliniques médicales/groupes de médecine familiale. Le niveau de confiance semble également plus faible pour les personnes qui déclarent un niveau d'inquiétude élevé de contracter la COVID-19.

3. La confiance à l'égard des mesures de protection

La confiance envers les mesures de protection liées à la COVID-19 dans le milieu de travail a été mesurée à l'aide d'indicateurs du degré d'inquiétude à l'égard de divers aspects des mesures sanitaires et de protection. Les aspects en question, en accord avec des facteurs d'inquiétude aussi identifiés dans des études récentes auprès du personnel de la santé dans le contexte de la COVID-19 (Digby et coll., 2021; Peres et coll., 2020; Puci et coll., 2020), incluent : les risques de contracter le virus et de le propager, la capacité de l'organisation et de ses gestionnaires à limiter la propagation du virus, l'accès à de l'équipement de protection individuelle et son efficacité, l'information concernant la COVID-19 et les moyens d'en limiter la propagation, ainsi que la qualité de cette information.

3.1. La mesure

Afin de mesurer les différentes facettes de la confiance envers les mesures de protection, nous avons posé la question suivante aux participants de la phase 1 du questionnaire :

Nous aimerions maintenant vous poser quelques questions à propos des mesures prises pour prévenir la propagation de la COVID-19 dans le lieu de travail où vous avez travaillé le plus d'heures au cours du dernier mois. Veuillez indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord ou en désaccord avec chacun des énoncés.

Les énoncés étaient les suivants :

Énoncés	Noms courts	Composantes
Toutes les mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) étaient prises pour empêcher la propagation de la COVID-19.	Mesures de PCI prises [polarité inversée]	Capacité de l'organisation et ses gestionnaires
Je m'inquiétais de la capacité des gestionnaires à contrôler efficacement la propagation de la COVID-19 dans ce lieu de travail.	Inquiétude quant à la capacité des gestionnaires à contrôler la propagation	Capacité de l'organisation et ses gestionnaires
Je m'inquiétais des risques de contracter la COVID-19 dans ce lieu de travail.	Inquiétude quant aux risques de contracter la COVID-19	Risques
Je m'inquiétais des risques de propager la COVID-19 dans ce lieu de travail.	Inquiétude quant aux risques de propager la COVID-19	Risques
Je m'inquiétais de la disponibilité d'équipement de protection individuelle (EPI) dans ce lieu de travail.	Inquiétude quant à la disponibilité d'EPI	EPI

Énoncés	Noms courts	Composantes
Je m'inquiétais de l'efficacité de l'équipement de protection individuelle (EPI) disponible dans ce lieu de travail.	Inquiétude quant à l'efficacité de l'EPI	EPI
J'ai eu accès gratuitement à de l'équipement de protection individuelle (EPI) adéquat dans ce lieu de travail.	Accès gratuit à de l'EPI adéquat [polarité inversée]	EPI
Le principe de précaution en matière de protection individuelle n'était pas appliqué dans ce lieu de travail.	Principe de précaution non appliqué	Capacité de l'organisation et ses gestionnaires
Je recevais des directives claires concernant la COVID-19 et les mesures à mettre en place dans mon travail.	Directives claires [polarité inversée]	Information
J'avais facilement accès aux informations nécessaires pour évaluer le risque que mes patients soient porteurs de la COVID-19.	Accès à l'information [polarité inversée]	Information
Je m'inquiétais de la qualité des informations qui m'ont été transmises par les gestionnaires.	Inquiétude quant à la qualité des informations	Information
Je m'inquiétais des nombreuses mises à jour des directives sanitaires.	Inquiétudes quant aux mises à jour des directives	Information
Mes collègues de travail ne respectaient pas les mesures recommandées pour éviter de contracter ou propager la COVID-19.	Collègues de travail ne respectant pas les mesures	Risques

Pour chaque item, les personnes participantes étaient invitées à indiquer leur niveau d'accord sur une échelle de Likert à 5 niveaux : 1) fortement en désaccord, 2) en désaccord, 3) ni en accord, ni en désaccord, 4) en accord et 5) fortement en accord. Celles-ci avaient également la possibilité de répondre que la question ne s'appliquait pas à elles.

Les scores ont été rapportés sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifie un très faible niveau d'inquiétude et 10, un niveau d'inquiétude très élevé. La polarité des énoncés « directives claires », « accès à l'information », « accès gratuit à de l'EPI adéquat », et « mesures de PCI prises » a été inversée de façon qu'un score élevé traduise un haut niveau d'inquiétude. Le Tableau 60 présente les statistiques descriptives de chacun des items mesurés. Nous observons que les scores moyens d'inquiétude à l'égard des mesures de protection varient de 2,0 à 6,4 sur l'échelle de 0 à 10 et que les écarts-types varient de 2,6 à 3,7. Les niveaux d'inquiétude semblent plus élevés concernant les nombreuses mises à jour des directives (6,4), les risques de contracter la COVID-19 (5,2), la capacité des gestionnaires à contrôler la propagation (5,1), la qualité des informations transmises par les gestionnaires (5,1) et la disponibilité d'EPI (5,0). Les niveaux d'inquiétude semblent plus faibles concernant l'accès gratuit à de l'EPI adéquat (2,0) et l'application du principe de précaution (2,7).

Tableau 60 Statistiques descriptives des items mesurant la confiance à l'égard des mesures de protection (phase 1)

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart-type
Mesures de PCI prises	634	0	10	3,3	3,1
Inquiétude quant à la capacité des gestionnaires à contrôler la propagation	628	0	10	5,1	3,3
Inquiétude quant aux risques de contracter la COVID-19	624	0	10	5,2	3,5
Inquiétude quant aux risques de propager la COVID-19	622	0	10	4,9	3,4
Inquiétude quant à la disponibilité d'EPI	626	0	10	5,0	3,7
Inquiétude quant à l'efficacité de l'EPI	622	0	10	4,9	3,5
Accès gratuit à de l'EPI adéquat	620	0	10	2,0	2,6
Principe de précaution non appliqué	601	0	10	2,7	2,9
Directives claires	629	0	10	4,3	3,3
Accès à l'information	615	0	10	3,9	3,0
Inquiétude quant à la qualité des informations	623	0	10	5,1	3,3
Inquiétudes quant aux mises à jour des directives	628	0	10	6,4	3,2
Collègues de travail ne respectant pas les mesures	628	0	10	3,7	3,1

Les différents items ont fait l'objet d'analyses factorielles en composantes principales en vue d'élaborer un indicateur synthétique. Les premières analyses ont révélé que les items « mesures de PCI prises », « accès gratuit à de l'EPI adéquat », « principe de précaution non appliqué » et « collègues de travail ne respectant pas les mesures » étaient peu corrélés avec les autres items et ont donc été retirés des analyses subséquentes. Une fois ces items retirés, l'analyse a permis d'identifier trois facteurs mesurant : 1) l'inquiétude diffuse à l'égard de la gestion de la sécurité en lien avec la pandémie dans le milieu de travail; 2) l'inquiétude à l'égard de l'accès à l'information concernant la COVID-19; 3) l'inquiétude à l'égard de la qualité de l'information (Tableau 61). Ces trois facteurs présentent une excellente consistance interne : $\alpha = 0,874$ pour le premier facteur, $\alpha = 0,775$ pour le deuxième facteur et $\alpha = 0,726$ pour le troisième facteur.

Tableau 61 Analyse en composantes principales des questions sur la confiance à l'égard des mesures de protection (phase 1)

		Facteur 1	Facteur 2	Facteur 3
Items	Inquiétude quant à la capacité des gestionnaires à contrôler la propagation	0,701		
	Inquiétude quant aux risques de contracter la COVID-19	0,875		
	Inquiétude quant aux risques de propager la COVID-19	0,839		
	Inquiétude quant à la disponibilité d'EPI	0,751		

	Inquiétude quant à l'efficacité de l'EPI	0,739		
	Directives claires		0,865	
	Accès à l'information		0,883	
	Inquiétude quant à la qualité des informations			0,779
	Inquiétudes quant aux mises à jour des directives			0,885
	% de variance expliquée	47,3	14,9	10,9
	KMO	0,812		
	Alpha de Cronbach	0,874	0,775	0,726

Pour chaque facteur, une sous-échelle d'inquiétude a été créée par sommation simple. Pour les scores d'inquiétude ainsi créés, 0 indique le niveau d'inquiétude le plus faible et 10, le niveau d'inquiétude le plus élevé. Le Tableau 62 présente les statistiques descriptives de cette échelle. Comme le montre le tableau, le degré d'inquiétude moyen semble plus élevé pour la sous-échelle portant sur la qualité de l'information (5,7) que les sous-échelles portant sur l'inquiétude diffuse à l'égard de la gestion de la sécurité et l'inquiétude à l'égard de l'accès à l'information (respectivement 5,0 et 4,1).

Tableau 62 Statistiques descriptives des sous-échelles d'inquiétude à l'égard des mesures de protection (phase 1)

	Inquiétude diffuse à l'égard de la gestion de la sécurité en lien avec la pandémie dans le milieu de travail	Inquiétude à l'égard de l'accès à l'information concernant la COVID-19	Inquiétude à l'égard de la qualité de l'information concernant la COVID-19
Moyenne	5,0	4,1	5,7
Écart-type	2,8	2,8	2,9
Minimum	0	0	0
Maximum	10	10	10
N	616	618	628

Les prochaines sous-sections examinent les variations des scores aux sous-échelles d'inquiétude à l'égard des mesures de protection, en fonction des variables suivantes : 1) les caractéristiques de l'emploi principal; 2) les caractéristiques de l'horaire de travail et les absences du travail; 3) les réaffectations ou le travail en zone chaude ou tiède; 4) l'appréciation des effectifs au travail et la qualité des soins offerts; 5) quelques indicateurs de santé; 6) diverses caractéristiques sociodémographiques. Les corrélations sont jugées significatives lorsque $p < 0,05$.

3.2. Niveaux de confiance à l'égard des mesures de protection

3.2.1. Selon les caractéristiques de l'emploi principal

Le niveau de confiance à l'égard des mesures de protection varie selon quelques caractéristiques de l'emploi principal (Tableau 63). Ainsi, le niveau d'inquiétude diffuse est plus élevé chez les infirmiers et infirmières auxiliaires (5,5) ainsi que chez les préposés et préposées aux bénéficiaires, auxiliaires et aides de services (5,4) alors qu'il est un peu plus faible chez les infirmiers cliniciens et infirmières cliniciennes (4,6), les inhalothérapeutes (4,7) et les infirmiers et infirmières (4,8).

Le niveau d'inquiétude à l'égard de l'accès à l'information est plus élevé parmi les personnes participantes travaillant en milieu hospitalier (4,4) et plus faible parmi ceux travaillant en CHSLD (3,6).

La sous-échelle d'inquiétude à l'égard de la qualité de l'information varie aussi de façon significative selon le type d'installation. Le niveau d'inquiétude est plus élevé chez les participants et participantes travaillant en centre hospitalier (6,1) ou en centre de réadaptation (6,1), un peu plus faible chez ceux travaillant en

CHSLD (5,7), en CLSC (5,4) ou dans un type d'installation non listé (5,4), et plus faible encore chez ceux travaillant en clinique médicale/groupe de médecine familiale (3,8).

Les autres caractéristiques de l'emploi principal (ancienneté, tâches de supervision/coordination, soins directs, statut d'emploi et région de travail) ne présentent pas de différences statistiquement significatives.

Tableau 63 Niveau d'inquiétude à l'égard des mesures de protection selon les caractéristiques de l'emploi principal (phase 1)

Catégorie d'emploi	Inquiétude diffuse à l'égard de la gestion de la sécurité dans le milieu de travail			Inquiétude à l'égard de l'accès à l'information concernant la COVID-19			Inquiétude à l'égard de la qualité de l'information concernant la COVID-19		
	Moy.	Int. de conf. (95 %)		Moy.	Int. de conf. (95 %)		Moy.	Int. de conf. (95 %)	
		Lim. inf.	Lim. sup.		Lim. inf.	Lim. sup.		Lim. inf.	Lim. sup.
Catégorie d'emploi	(p = 0,034)			(p = 0,338)			(p = 0,503)		
Préposé.e.s aux bénéficiaires, auxiliaires et aides de services	5,4	4,9	5,9	3,8	3,3	4,3	5,4	4,9	5,9
Infirmier.ère.s auxiliaires	5,5	4,9	6,1	4,0	3,4	4,5	6,0	5,4	6,6
Infirmier.ère.s	4,8	4,4	5,3	4,1	3,6	4,5	6,0	5,5	6,4
Infirmier.ère.s clinicien.ne.s	4,6	4,1	5,1	4,5	4,0	5,0	5,7	5,2	6,2
Inhalothérapeutes	4,7	4,1	5,3	4,2	3,6	4,8	5,8	5,1	6,4
Type d'installation	(p = 0,102)			(p = 0,083)			(p = 0,008)		
CHSLD	5,2	4,8	5,7	3,6	3,2	4,1	5,7	5,2	6,2
Centre hospitalier (CH)	5,1	4,7	5,4	4,4	4,1	4,8	6,1	5,8	6,4
CLSC	5,2	4,5	5,9	3,9	3,2	4,5	5,4	4,7	6,0
Clinique médicale/Groupe de médecine familiale	3,4	2,0	4,8	3,6	2,2	4,9	3,8	2,6	4,9
Centre de réadaptation	4,9	3,2	6,6	4,0	2,3	5,7	6,1	4,3	7,8
Autre	4,5	3,6	5,5	4,1	3,2	5,0	5,4	4,5	6,2
Ancienneté dans l'emploi actuel	(p = 0,183)			(p = 0,480)			(p = 0,113)		
Depuis mars 2020 ou après	4,5	3,8	5,2	3,7	2,9	4,4	4,8	4,1	5,5
Avant mars 2020, 5 ans et moins	4,9	4,4	5,5	4,3	3,8	4,9	6,2	5,6	6,7
6 à 10 ans	4,8	4,2	5,3	4,1	3,6	4,7	5,8	5,3	6,3
11 à 15 ans	5,4	4,9	5,9	4,4	3,9	4,9	5,8	5,3	6,3
16 à 20 ans	4,8	4,2	5,4	4,0	3,4	4,6	5,9	5,3	6,5
20 ans et plus	5,4	4,9	5,8	3,9	3,4	4,4	5,8	5,3	6,3
Tâches de supervision/coordination	(p = 0,322)			(p = 0,142)			(p = 0,596)		
Oui	5,1	4,8	5,4	4,3	4,0	4,6	5,8	5,5	6,1
Non	4,9	4,6	5,2	3,9	3,6	4,3	5,7	5,4	6,0

	Inquiétude diffuse à l'égard de la gestion de la sécurité dans le milieu de travail			Inquiétude à l'égard de l'accès à l'information concernant la COVID-19			Inquiétude à l'égard de la qualité de l'information concernant la COVID-19		
	Moy.	Int. de conf. (95 %)		Moy.	Int. de conf. (95 %)		Moy.	Int. de conf. (95 %)	
		Lim. inf.	Lim. sup.		Lim. inf.	Lim. sup.		Lim. inf.	Lim. sup.
Soins directs aux patients, résidents, usagers		(p = 0,279)			(p = 0,657)			(p = 0,291)	
Oui	5,1	4,8	5,3	4,1	3,9	4,3	5,7	5,5	6,0
Non	4,5	3,5	5,5	4,4	3,3	5,4	6,3	5,3	7,2
Statut d'emploi		(p = 0,102)			(p = 0,182)			(p = 0,369)	
Permanent temps plein	5,2	4,9	5,5	4,0	3,7	4,3	5,7	5,4	6,0
Permanent temps partiel	4,6	4,2	5,0	4,5	4,0	4,9	6,1	5,6	6,5
Non permanent	5,2	4,6	5,8	3,8	3,0	4,5	5,5	4,7	6,3
Région de travail		(p = 0,093)			(p = 0,291)			(p = 0,168)	
Région taux élevé	4,9	4,4	5,4	4,3	3,9	4,8	5,5	5,0	6,0
Région taux moyen	4,6	4,1	5,1	4,1	3,7	4,6	5,7	5,2	6,1
Région taux assez faible	5,3	4,9	5,6	3,9	3,5	4,2	6,1	5,7	6,4
Région taux faible	5,3	4,7	5,9	4,5	3,7	5,2	5,4	4,8	6,1

3.2.2. Selon les caractéristiques de l'horaire de travail et les absences du travail

Le niveau de confiance à l'égard des mesures de protection varie selon certaines caractéristiques de l'horaire de travail et le fait de s'être absenté du travail (Tableau 64).

La sous-échelle d'inquiétude diffuse varie significativement selon le fait d'avoir effectué (ou non) du temps supplémentaire obligatoire au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. De façon générale, les personnes ayant effectué du temps supplémentaire obligatoire présentent un niveau plus élevé d'inquiétude diffuse (5,6) que celles n'en ayant pas effectué (4,8).

La sous-échelle d'inquiétude à l'égard de l'accès à l'information varie significativement selon le fait d'avoir effectué (ou non) du temps supplémentaire au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête et selon le fait de s'être absenté (ou non) du travail au cours du mois ayant précédé l'enquête. Ainsi, les personnes ayant effectué du temps supplémentaire présentent un niveau plus élevé d'inquiétude à l'égard de l'accès à l'information (4,6 et 4,3) que celles n'en ayant pas effectué (3,7). Le niveau d'inquiétude est plus élevé lorsque le temps supplémentaire est obligatoire. Enfin, les personnes s'étant absentes du travail rapportent un niveau plus élevé de ce type d'inquiétude (4,4) que celles ne s'étant pas absentes (3,8).

La sous-échelle d'inquiétude à l'égard de la qualité de l'information varie de façon significative selon le nombre d'heures travaillées et le fait de s'être absenté du travail. De manière générale, les personnes ayant travaillé moins de 30 heures au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête présentent le niveau plus élevé d'inquiétude à l'égard de la qualité de l'information (6,3), comparativement aux personnes ayant travaillé 61 à 70 heures qui présentent le niveau le plus faible d'inquiétude (5,1). Enfin, les personnes qui se sont absentes du travail ont un niveau plus élevé d'inquiétude liée à la qualité de l'information (6,0) que celles qui ne se sont pas absentes (5,5).

Le type de quart de travail et le fait d'avoir connu au moins un changement de quart au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête ne sont pas liés aux inquiétudes à l'égard des mesures de protection. Il en va de même du fait d'avoir bénéficié ou non d'un congé d'au moins 12 heures avant le changement de quart chez les personnes qui en ont connu au moins un.

Tableau 64 Niveau d'inquiétude à l'égard des mesures de protection selon le nombre d'heures travaillées, le quart de travail et le fait de s'être absenté du travail (phase 1)

	Inquiétude diffuse à l'égard de la gestion de la sécurité dans le milieu de travail			Inquiétude à l'égard de l'accès à l'information concernant la COVID-19			Inquiétude à l'égard de la qualité de l'information concernant la COVID-19		
	Moy.	Int. de conf. (95 %)		Moy.	Int. de conf. (95 %)		Moy.	Int. de conf. (95 %)	
		Lim. inf.	Lim. sup.		Lim. inf.	Lim. sup.		Lim. inf.	Lim. sup.
Heures travaillées au cours des 2 dernières semaines		(p = 0,217)			(p = 0,289)			(p = 0,047)	
Moins de 30 heures	5,4	4,5	6,3	4,0	3,1	4,9	6,3	5,3	7,3
30 à 60 heures	5,3	4,8	5,8	4,2	3,7	4,7	6,1	5,5	6,6
61 à 70 heures	4,6	4,2	5,1	3,8	3,4	4,3	5,1	4,7	5,6
71 à 80 heures	4,9	4,4	5,3	4,1	3,7	4,6	5,8	5,4	6,2
81 à 90 heures	5,5	4,9	6,2	3,8	3,1	4,5	6,1	5,5	6,8
Plus de 90 heures	5,2	4,1	6,3	5,2	4,0	6,4	6,1	5,1	7,1
A effectué du temps supplémentaire au cours des 2 dernières semaines		(p = 0,019)			(p = 0,007)			(p = 0,057)	
Non	4,8	4,4	5,1	3,7	3,4	4,0	5,5	5,2	5,9
Oui, mais pas de temps supplémentaire obligatoire	4,8	4,3	5,3	4,3	3,8	4,7	5,7	5,2	6,1
Oui, dont du temps supplémentaire obligatoire	5,6	5,1	6,1	4,6	4,0	5,1	6,3	5,7	6,8
A travaillé sur un quart de JOUR au cours des 2 dernières semaines		(p = 0,368)			(p = 0,247)			(p = 0,584)	
Oui	4,9	4,7	5,2	4,0	3,7	4,3	5,7	5,4	6,0
Non	5,2	4,8	5,6	4,3	3,9	4,7	5,9	5,4	6,3
A travaillé sur un quart de SOIR au cours des 2 dernières semaines		(p = 0,830)			(p = 0,284)			(p = 0,098)	
Oui	5,0	4,6	5,4	4,3	3,9	4,6	6,0	5,7	6,4
Non	5,0	4,7	5,3	4,0	3,7	4,3	5,6	5,3	5,9
A travaillé sur un quart de NUIT au cours des 2 dernières semaines		(p = 0,781)			(p = 0,056)			(p = 0,052)	
Oui	5,1	4,6	5,6	4,5	4,0	5,1	6,2	5,7	6,7
Non	5,0	4,7	5,3	4,0	3,7	4,2	5,7	5,4	5,9

	Inquiétude diffuse à l'égard de la gestion de la sécurité dans le milieu de travail			Inquiétude à l'égard de l'accès à l'information concernant la COVID-19			Inquiétude à l'égard de la qualité de l'information concernant la COVID-19		
	Moy.	Int. de conf. (95 %)		Moy.	Int. de conf. (95 %)		Moy.	Int. de conf. (95 %)	
		Lim. inf.	Lim. sup.		Lim. inf.	Lim. sup.		Lim. inf.	Lim. sup.
Nombre de changements de quart au cours des 2 dernières semaines		(p = 0,275)			(p = 0,126)			(p = 0,062)	
Aucun	5,1	4,8	5,3	4,0	3,7	4,2	5,7	5,4	5,9
Une seule fois	4,5	3,8	5,1	4,2	3,5	4,9	5,8	5,1	6,5
Deux fois ou plus	5,0	4,4	5,7	4,7	4,1	5,4	6,5	5,9	7,1
Changements de quart toujours précédés d'un congé d'au moins 12 heures		(p = 0,906)			(p = 0,987)			(p = 0,319)	
Oui	4,7	3,9	5,4	4,5	3,7	5,2	5,9	5,1	6,6
Non	4,7	4,1	5,4	4,5	3,8	5,1	6,4	5,8	6,9
Absence du travail au cours du dernier mois		(p = 0,064)			(p = 0,008)			(p = 0,014)	
Oui	5,2	4,9	5,5	4,4	4,1	4,7	6,0	5,7	6,4
Non	4,8	4,5	5,1	3,8	3,5	4,1	5,5	5,2	5,8

3.2.3. Selon les réaffectations et le travail en zone chaude ou tiède

Le niveau de confiance à l'égard des mesures de protection varie selon le fait d'avoir travaillé en zone chaude ou tiède (Tableau 65). D'abord, le score sur la sous-échelle d'inquiétude diffuse est en général significativement plus élevé pour les participants et participantes qui ont travaillé en zone chaude ou tiède dans le dernier mois (5,6) que celui pour ceux et celles n'y ayant pas travaillé dans le dernier mois (4,6). Le fait d'avoir travaillé dans l'une de ces zones au cours du dernier quart de travail n'est toutefois pas lié à ce type d'inquiétude.

Ensuite, en ce qui concerne le niveau d'inquiétude à l'égard de l'accès à l'information, en général, les personnes ayant travaillé en zone chaude ou tiède dans le dernier mois rapportent un score significativement plus élevé (4,6) que les autres (3,8). Concernant ce même type d'inquiétude, nous observons également une différence significative selon le type de zones dans lesquelles les personnes participantes ont travaillé depuis le début de la pandémie : celles ayant travaillé en zones chaude et tiède présentent le score moyen le plus élevé (4,6), celles ayant travaillé en zone chaude seulement présentent un score intermédiaire (4,0), alors que celles ayant travaillé en zone tiède seulement ou n'ayant pas travaillé en zone tiède ou chaude présentent un score plus bas (3,8). Le fait d'avoir travaillé dans l'une ou l'autre de ces zones au cours du dernier quart de travail n'est toutefois pas lié à ce type d'inquiétude.

Enfin, concernant le niveau d'inquiétude à l'égard de la qualité de l'information, en général, les personnes ayant travaillé en zone chaude et tiède depuis le début de la pandémie présentent un niveau d'inquiétude plus élevé (6,2) que celles qui n'ont travaillé dans aucune de ces zones (5,3). Le niveau d'inquiétude des personnes ayant travaillé en zone chaude seulement (5,8) ou en zone tiède seulement (5,6) se situe entre ces deux extrêmes. Le fait d'avoir travaillé dans l'une de ces zones au cours du dernier mois ou du dernier quart de travail n'est pas lié significativement à ce type d'inquiétude.

Nous n'observons pas de différences statistiquement significatives selon que la personne a été ou non réaffectée à de nouvelles tâches, à une autre installation ou à un autre département depuis le début de la pandémie ou dans le dernier mois.

Tableau 65 Niveau d'inquiétude à l'égard des mesures de protection selon le fait d'avoir été réaffecté et d'avoir travaillé en zone chaude ou tiède (phase 1)

	Inquiétude diffuse à l'égard de la gestion de la sécurité dans le milieu de travail			Inquiétude à l'égard de l'accès à l'information concernant la COVID-19			Inquiétude à l'égard de la qualité de l'information concernant la COVID-19		
	Moy.	Int. de conf. (95 %)		Moy.	Int. de conf. (95 %)		Moy.	Int. de conf. (95 %)	
		Lim. inf.	Lim. sup.		Lim. inf.	Lim. sup.		Lim. inf.	Lim. sup.
Réaffectation nouvelles tâches, autre installation ou département		(p = 0,630)			(p = 0,353)			(p = 0,376)	
Oui	5,2	4,6	5,7	3,8	3,2	4,4	5,5	4,9	6,1
Non	5,0	4,7	5,2	4,1	3,9	4,4	5,8	5,5	6,0
Réaffectation nouvelles tâches, autre installation ou département dernier mois		(p = 0,455)			(p = 0,562)			(p = 0,263)	
Oui	5,3	4,6	5,9	4,3	3,6	5,0	5,4	4,7	6,0
Non	5,0	4,7	5,2	4,1	3,8	4,3	5,8	5,5	6,0
Travail en zone chaude ou tiède		(p = 0,339)			(p = 0,035)			(p = 0,020)	
Non	4,7	4,3	5,1	3,8	3,4	4,3	5,3	4,9	5,8
Oui, zone chaude	5,0	4,3	5,6	4,0	3,4	4,6	5,8	5,2	6,5
Oui, zone tiède	5,1	4,7	5,6	3,8	3,4	4,3	5,6	5,1	6,0
Oui, zones chaude et tiède	5,2	4,8	5,6	4,6	4,2	4,9	6,2	5,8	6,6
Travail en zone chaude ou tiède, dernier mois		(p = 0,000)			(p = 0,002)			(p = 0,062)	
Oui	5,6	5,3	6,0	4,6	4,3	5,0	6,2	5,8	6,5
Non	4,6	4,2	5,0	3,8	3,4	4,1	5,7	5,3	6,1
Travail en zone chaude ou tiède, dernier quart de travail		(p = 0,589)			(p = 0,684)			(p = 0,234)	
Oui	5,5	5,0	6,0	4,7	4,2	5,2	6,4	5,9	6,8
Non	5,7	5,2	6,3	4,5	4,0	5,1	5,9	5,4	6,5

3.2.4. Selon l'appréciation des effectifs au travail et de la qualité des soins offerts

La confiance à l'égard des mesures de protection est liée significativement à l'expérience de travail au cours du dernier quart de travail (Tableau 66). De manière générale, en ce qui concerne la sous-échelle d'inquiétude diffuse, les personnes qui jugent que le nombre de personnes au travail était inadéquat (5,8), celles qui jugent que la qualité des soins offerts aux patients par l'équipe était pauvre (5,9) ou passable (5,8) ainsi que celles qui jugent que la qualité des soins qu'elles ont offerts aux patients était passable (6,2) ou pauvre (5,8) affichent un niveau d'inquiétude plus élevé que les autres. Les personnes qui jugent que la qualité des soins offerts aux patients s'est détériorée depuis le début de la pandémie affichent également un niveau d'inquiétude diffuse plus élevé (5,7 contre 4,4 et 4,5).

Un patron de résultats similaire est observé pour l'inquiétude à l'égard de l'accès à l'information. De manière générale, les personnes qui jugent que le nombre de personnes au travail était inadéquat (4,6), celles qui jugent que la qualité des soins offerts aux patients par l'équipe était passable (5,3) ou pauvre (5,0) ainsi que celles qui jugent que la qualité des soins qu'elles ont offerts aux patients était passable (5,3) ou pauvre (5,3) affichent un niveau d'inquiétude plus élevé que les autres sur cette sous-échelle. Les personnes qui jugent que la qualité des soins offerts aux patients s'est détériorée depuis le début de la pandémie affichent également un niveau d'inquiétude à l'égard de l'accès à l'information plus élevé (4,9 contre 2,9 et 3,6).

Nous observons également ce patron de résultats pour l'inquiétude à l'égard de la qualité de l'information. De manière générale, les personnes qui jugent que le nombre de personnes au travail était inadéquat (6,5), celles qui jugent que la qualité des soins offerts aux patients par l'équipe était passable (6,3) ou pauvre (6,5) ainsi que celles qui jugent que la qualité des soins qu'elles ont offerts était passable (6,6) ou pauvre (6,9) affichent un niveau d'inquiétude plus élevé que les autres sur cette sous-échelle. Les personnes qui jugent que la qualité des soins offerts aux patients s'est détériorée depuis le début de la pandémie affichent également un niveau d'inquiétude à l'égard de la qualité de l'information plus élevé (6,8 contre 4,4 et 5,2).

Tableau 66 Niveau d'inquiétude à l'égard des mesures de protection selon l'appréciation des effectifs au travail et de la qualité des soins offerts (phase 1)

	Inquiétude diffuse à l'égard de la gestion de la sécurité dans le milieu de travail			Inquiétude à l'égard de l'accès à l'information concernant la COVID-19			Inquiétude à l'égard de la qualité de l'information concernant la COVID-19		
	Moy.	Int. de conf. (95 %)		Moy.	Int. de conf. (95 %)		Moy.	Int. de conf. (95 %)	
		Lim. inf.	Lim. sup.		Lim. inf.	Lim. sup.		Lim. inf.	Lim. sup.
Sentiment que le nombre de personnes au travail était adéquat	(p = 0,000)			(p = 0,000)			(p = 0,000)		
Oui	4,2	3,9	4,5	3,6	3,3	3,9	5,0	4,6	5,3
Non	5,8	5,4	6,1	4,6	4,3	5,0	6,5	6,1	6,8
Jugement à l'égard de la qualité des soins offerts par l'ÉQUIPE DE TRAVAIL lors du dernier quart de travail	(p = 0,000)			(p = 0,000)			(p = 0,001)		
Excellente	3,9	3,5	4,4	3,1	2,7	3,6	4,9	4,4	5,4
Bonne	5,3	5,0	5,6	4,1	3,8	4,4	5,9	5,6	6,3
Passable	5,8	5,3	6,4	5,3	4,7	5,8	6,3	5,7	6,8
Pauvre	5,9	4,5	7,3	5,0	3,8	6,3	6,5	5,2	7,7
Ne travaillait pas en équipe	4,3	2,4	6,2	4,3	2,0	6,7	4,9	2,8	6,9
Jugement à l'égard de la qualité des soins offerts par SOI-MÊME lors du dernier quart de travail	(p = 0,000)			(p = 0,000)			(p = 0,000)		
Excellente	4,4	4,0	4,8	3,4	3,0	3,8	4,9	4,4	5,3
Bonne	5,2	4,9	5,5	4,3	4,0	4,7	6,1	5,8	6,4
Passable	6,2	5,5	6,9	5,3	4,5	6,0	6,6	5,9	7,3
Pauvre	5,8	3,6	7,9	5,3	2,8	7,8	6,9	4,4	9,3
Jugement à l'égard de l'évolution de la qualité des soins donnés aux patients depuis le début de la pandémie	(p = 0,000)			(p = 0,000)			(p = 0,000)		
S'est améliorée	4,5	3,5	5,5	2,9	2,1	3,7	4,4	3,4	5,4
Est restée la même	4,4	4,1	4,8	3,6	3,3	4,0	5,2	4,8	5,6
S'est détériorée	5,7	5,3	6,1	4,9	4,5	5,2	6,8	6,4	7,1
Ne sait pas	5,6	4,2	7,1	4,5	3,1	5,9	5,2	3,7	6,6

3.2.5. Selon les indicateurs de santé

La confiance à l'égard des mesures de protection est liée significativement à l'auto-évaluation de l'état de santé physique et mentale des participants et participantes (Tableau 67). Ainsi, de manière générale, plus l'auto-évaluation est négative, plus le niveau d'inquiétude à l'égard des mesures de protection est élevé. Les personnes qui jugent leur état de santé physique passable (sous-échelles : inquiétude diffuse, 5,7; accès à l'information, 4,8; qualité de l'information, 6,5) ou mauvais (sous-échelles : inquiétude diffuse, 6,2; accès à l'information, 5,8; qualité de l'information, 6,0) ainsi que celles qui jugent leur état de santé mentale passable (sous-échelles : inquiétude diffuse, 5,6; accès à l'information, 4,6; qualité de l'information, 6,5) ou mauvais (sous-échelles : inquiétude diffuse, 5,8; accès à l'information, 5,4; qualité de l'information, 6,5) présentent les niveaux d'inquiétude parmi les plus élevés sur les trois sous-échelles.

Il ne semble pas y avoir de lien entre la présence de problèmes de santé associés à un risque de développer des complications liées à la COVID-19 et le niveau d'inquiétude. De même, les personnes qui ont contracté la COVID-19 ne semblent pas présenter un niveau d'inquiétude plus faible que les autres. En revanche, les personnes qui craignent beaucoup de contracter la COVID-19 présentent des scores significativement plus élevés que les autres (6,9 contre 4,0 à 6,1) sur la sous-échelle d'inquiétude diffuse. Sur la sous-échelle d'inquiétude liée à l'accès à l'information, en général, ce sont les personnes craignant moyennement de contracter la COVID-19 qui montrent le score le plus élevé (4,8), comparativement à un score de 3,6 pour celles qui ne craignent pas du tout de la contracter. Enfin, sur la sous-échelle d'inquiétude à l'égard de la qualité de l'information, celles qui craignent beaucoup de contracter la COVID-19 ont le score, en général, le plus élevé (6,6), comparativement aux autres (5,4 à 6,3).

Le niveau d'inquiétude à l'égard des mesures de protection ne semble pas lié au fait d'avoir reçu ou non le vaccin contre la COVID-19, sauf en ce qui a trait aux inquiétudes à l'égard de la qualité de l'information. Les personnes non vaccinées présentent un niveau d'inquiétude à l'égard de la qualité de l'information plus élevée que les personnes vaccinées (6,7 contre 5,7).

Tableau 67 Niveau d'inquiétude à l'égard des mesures de protection selon les indicateurs de santé (phase 1)

	Inquiétude diffuse à l'égard de la gestion de la sécurité dans le milieu de travail			Inquiétude à l'égard de l'accès à l'information concernant la COVID-19			Inquiétude à l'égard de la qualité de l'information concernant la COVID-19		
	Moy.	Int. de conf. (95 %)		Moy.	Int. de conf. (95 %)		Moy.	Int. de conf. (95 %)	
		Lim. inf.	Lim. sup.		Lim. inf.	Lim. sup.		Lim. inf.	Lim. sup.
Perception de l'état de santé physique	(p = 0,017)			(p = 0,001)			(p = 0,003)		
Excellent	4,8	4,1	5,5	3,4	2,7	4,2	5,2	4,5	5,9
Très bon	4,7	4,3	5,1	4,0	3,6	4,4	5,3	4,8	5,7
Bon	5,0	4,7	5,4	3,9	3,6	4,3	6,0	5,7	6,4
Passable	5,7	5,1	6,2	4,8	4,2	5,4	6,5	5,9	7,0
Mauvais	6,2	5,1	7,2	5,8	4,9	6,8	6,0	4,8	7,2
Perception de l'état de santé mentale	(p = 0,000)			(p = 0,000)			(p = 0,000)		
Excellent	4,2	3,4	4,9	3,1	2,3	4,0	4,6	3,7	5,4
Très bon	4,4	4,0	4,9	3,4	2,9	3,9	4,8	4,3	5,3
Bon	4,9	4,5	5,3	4,0	3,6	4,4	5,8	5,4	6,2
Passable	5,6	5,1	6,0	4,6	4,2	5,0	6,5	6,1	6,9
Mauvais	5,8	4,9	6,6	5,4	4,6	6,2	6,5	5,7	7,3
Présence problème de santé associé à risque de développer complications liées à la COVID-19	(p = 0,987)			(p = 0,968)			(p = 0,762)		
Oui	5,0	4,5	5,6	4,1	3,6	4,7	5,7	5,2	6,2
Non	5,0	4,8	5,3	4,1	3,8	4,3	5,8	5,5	6,0
A reçu un test positif à la COVID-19	(p = 0,139)			(p = 0,407)			(p = 0,286)		
Oui	5,4	4,8	6,1	3,9	3,3	4,5	6,1	5,5	6,7
Non	4,9	4,7	5,2	4,2	3,9	4,4	5,7	5,5	6,0
Craintes de contracter la COVID-19	(p = 0,000)			(p = 0,003)			(p = 0,019)		
Oui, beaucoup	6,9	6,2	7,6	4,2	3,4	5,0	6,6	5,7	7,4
Oui, moyennement	6,1	5,4	6,7	4,8	4,1	5,4	6,3	5,7	7,0
Oui, un peu	5,3	5,0	5,7	4,4	4,0	4,8	5,8	5,4	6,2
Non, pas du tout	4,0	3,7	4,3	3,6	3,3	4,0	5,4	5,1	5,8
A reçu le vaccin contre la COVID-19	(p = 0,554)			(p = 0,506)			(p = 0,014)		
Oui	5,0	4,8	5,3	4,1	3,8	4,3	5,7	5,4	5,9
Non	4,8	4,0	5,6	4,3	3,6	5,0	6,7	6,0	7,3

3.2.6. Selon les caractéristiques sociodémographiques

Les niveaux de confiance à l'égard des mesures de protection sont semblables chez les hommes et les femmes et varient assez peu selon le groupe d'âge (Tableau 68). Concernant cette dernière variable, nous constatons toutefois que les personnes âgées de 35 à 44 ans semblent afficher un niveau d'inquiétude à l'égard de l'accès à l'information qui est significativement plus élevé que les autres groupes d'âge (4,6 contre 3,4 à 4,2).

Les niveaux d'inquiétude à l'égard des mesures de protection sont également semblables chez les personnes nées au Canada et celles nées à l'étranger. Nous n'observons pas non plus de différences statistiquement significatives selon la situation familiale. Cependant, en ce qui concerne la situation conjugale, les personnes ayant un conjoint actif travaillant dans le système de santé et des services sociaux présentent, en général, un niveau significativement plus élevé d'inquiétude à l'égard de la qualité de l'information comparativement aux autres personnes (6,4 contre 4,7 à 5,8).

Les personnes en situation de proche aidance affichent un niveau d'inquiétude diffuse significativement plus élevé que les personnes n'étant pas dans cette situation (6,1 contre 4,8). Cette variable n'est toutefois pas liée de manière significative aux deux autres sous-échelles d'inquiétude.

Tableau 68 Niveau d'inquiétude à l'égard des mesures de protection selon les caractéristiques sociodémographiques (phase 1)

	Inquiétude diffuse à l'égard de la gestion de la sécurité en lien avec la pandémie dans le milieu de travail			Inquiétude à l'égard de l'accès à l'information concernant la COVID-19			Inquiétude à l'égard de la qualité de l'information concernant la COVID-19			
	Moy.	Int. de conf. (95 %)		Moy.	Int. de conf. (95 %)		Moy.	Int. de conf. (95 %)		
		Lim. inf.	Lim. sup.		Lim. inf.	Lim. sup.		Lim. inf.	Lim. sup.	
Sexe		(p = 0,463)			(p = 0,464)			(p = 0,607)		
Homme	5,3	4,5	6,1	4,4	3,5	5,4	6,0	5,1	6,9	
Femme	5,0	4,8	5,2	4,1	3,8	4,3	5,7	5,5	6,0	
Groupe d'âge		(p = 0,715)				(p = 0,015)			(p = 0,236)	
18-24 ans	4,7	3,5	5,9	3,4	2,2	4,6	5,6	4,3	6,9	
25-34 ans	4,8	4,4	5,3	4,1	3,7	4,6	5,9	5,5	6,4	
35-44 ans	5,0	4,6	5,5	4,6	4,2	5,0	6,1	5,6	6,5	
45-54 ans	5,1	4,6	5,5	3,6	3,2	4,0	5,5	5,1	6,0	
55 ans et plus	5,3	4,7	5,9	4,2	3,5	4,9	5,3	4,7	6,0	
Lieu de naissance		(p = 0,311)				(p = 0,157)			(p = 0,341)	
Au Canada	5,0	4,8	5,2	4,0	3,8	4,3	5,7	5,5	6,0	
À l'étranger	5,6	4,4	6,7	4,8	3,6	6,0	6,3	5,1	7,4	
Situation conjugale		(p = 0,442)				(p = 0,242)			(p = 0,015)	
Sans conjoint	5,3	4,8	5,8	4,3	3,8	4,8	5,5	5,0	6,1	
Avec conjoint non actif sur le marché du travail	4,7	3,8	5,7	3,4	2,5	4,3	4,7	3,8	5,7	
Avec conjoint actif dans le système de santé et des services sociaux	4,7	4,1	5,3	4,4	3,7	5,1	6,4	5,8	7,1	
Avec conjoint actif à l'extérieur du système de santé et des services sociaux	5,0	4,7	5,3	4,1	3,8	4,3	5,8	5,5	6,1	
Situation familiale		(p = 0,148)				(p = 0,818)			(p = 0,492)	
Personne seule	5,6	5,0	6,2	4,3	3,7	4,9	5,7	5,0	6,3	
En couple, sans enfant de moins de 18 ans	4,8	4,4	5,2	4,0	3,6	4,3	5,7	5,3	6,0	
En couple, plus jeune enfant de 5 ans ou moins	5,0	4,3	5,6	4,2	3,6	4,8	5,6	5,0	6,2	
En couple, plus jeune enfant de 6 à 11 ans	5,0	4,3	5,7	4,3	3,7	4,9	6,4	5,7	7,0	

	Inquiétude diffuse à l'égard de la gestion de la sécurité en lien avec la pandémie dans le milieu de travail			Inquiétude à l'égard de l'accès à l'information concernant la COVID-19			Inquiétude à l'égard de la qualité de l'information concernant la COVID-19		
	Moy.	Int. de conf. (95 %)		Moy.	Int. de conf. (95 %)		Moy.	Int. de conf. (95 %)	
		Lim. inf.	Lim. sup.		Lim. inf.	Lim. sup.		Lim. inf.	Lim. sup.
En couple, plus jeune enfant de 12 à 17 ans	5,1	4,3	5,8	3,9	3,2	4,6	5,8	5,2	6,4
Personne monoparentale, plus enfant de moins de 18 ans	4,3	3,4	5,2	4,4	3,5	5,3	5,5	4,5	6,5
Situation de proche aidance	(p = 0,000)			(p = 0,193)			(p = 0,069)		
Oui	6,1	5,5	6,7	4,5	3,9	5,1	6,3	5,7	7,0
Non	4,8	4,6	5,1	4,1	3,8	4,3	5,7	5,4	5,9

3.3. Synthèse

L'analyse du niveau de confiance à l'égard des mesures de protection, par le biais des trois sous-échelles d'inquiétude (inquiétude diffuse, accès à l'information, qualité de l'information) a révélé que le niveau d'inquiétude (sur chacune de ces sous-échelles) est statistiquement plus élevé chez les personnes : 1) ayant fait du temps supplémentaire obligatoire dans les deux semaines ayant précédé l'enquête ou s'étant absentes du travail au cours du mois ayant précédé l'enquête; 2) ayant travaillé en zone chaude ou tiède; et 3) jugeant que le nombre de personnes au travail était inadéquat lors de leur dernier quart, que les soins offerts aux patients par elles-mêmes ou par leur équipe étaient de mauvaise qualité lors du dernier quart, ou encore que la qualité des soins offerts aux patients s'est détériorée depuis le début de la pandémie. Les scores d'inquiétude sont aussi statistiquement plus élevés chez les participants et participantes qui évaluent plus négativement leur état de santé physique ou mentale, ainsi que chez ceux et celles qui craignent davantage de contracter la COVID-19.

Par ailleurs, les préposés et préposées aux bénéficiaires, auxiliaires et aides de services ainsi que les infirmiers et infirmières auxiliaires tendent à présenter significativement plus d'inquiétude diffuse comparativement aux autres catégories d'emploi. Nous observons aussi des différences significatives en fonction du type d'installation avec des scores plus élevés sur deux des sous-échelles pour les personnes travaillant en centre hospitalier. Sur le plan des variables démographiques, il n'y a pas de différences significatives selon le sexe, la situation familiale et le fait d'être né au Canada ou pas. Cependant, les personnes âgées de 35 à 44 ans et celles avec un conjoint actif dans le système de santé et des services sociaux présentent respectivement des scores significativement plus élevés sur la sous-échelle concernant l'accès à l'information et celle concernant la qualité de l'information. Enfin, la situation de proche aidance est associée à des scores significativement plus élevés en matière d'inquiétude diffuse.

CHAPITRE 6 : CONFIANCE

ORGANISATIONNELLE HORIZONTALE

1. La confiance envers les collègues de travail

Le travail en équipe est très différent d'une relation hiérarchique. La confiance envers les membres de l'équipe favorise les comportements coopératifs efficaces et, par conséquent, a un effet important sur les processus de changement et les risques connexes au sein des organisations (Erdem et coll., 2003). Cette confiance renvoie à la fois à l'expertise des membres de l'équipe, à la capacité de coopération et au respect mutuel.

1.1. La mesure

Afin de mesurer les différentes facettes de la confiance envers les collègues de travail, nous avons posé la question suivante aux participants et participantes de la phase 1 du questionnaire :

Nous aimerions maintenant connaître votre niveau de confiance général à l'égard des membres des équipes avec qui vous avez travaillé au cours du dernier mois. Pour chaque énoncé, indiquez votre niveau d'accord ou de désaccord.

Les énoncés étaient les suivants :

Énoncés	Noms courts	Composantes
---------	-------------	-------------

J'avais confiance en l'expertise des membres de mon/mes équipe.s.	Expertise	Expertise
Je pouvais facilement obtenir de l'aide des membres de mon/mes équipe.s lorsque les conditions le permettaient.	Soutien	Coopération
Lorsque c'était possible, les membres de mon/mes équipe.s partageaient entre eux les informations pertinentes pour notre travail.	Échange d'informations	Coopération
De manière générale, les membres de mon/mes équipe.s se respectaient les uns les autres.	Respect	Respect

Pour chaque item, les personnes participantes étaient invitées à indiquer leur niveau d'accord sur une échelle de Likert à 5 niveaux : 1) fortement en désaccord, 2) en désaccord, 3) ni en accord, ni en désaccord, 4) en accord et 5) fortement en accord. Les personnes qui ne travaillaient pas en équipe pouvaient le signaler et ont été retirées des présentes analyses.

Les scores ont été rapportés sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifie un très faible niveau de confiance et 10, un niveau de confiance très élevé.

Le Tableau 69 présente les statistiques descriptives de chacun des items mesurés. Nous observons que les scores moyens de confiance sont très similaires d'un item à l'autre, variant de 7,3 à 7,6 sur l'échelle de 0 à 10. Les écarts-types sont également similaires, variant de 2,5 à 2,9.

Tableau 69 Statistiques descriptives des items mesurant la confiance envers les collègues de travail (phase 1)

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart-type
Expertise	633	0,0	10,0	7,5	2,5
Soutien	625	0,0	10,0	7,5	2,7
Échange d'informations	621	0,0	10,0	7,6	2,7
Respect	620	0,0	10,0	7,3	2,9

Les différents items ont fait l'objet d'une analyse factorielle en composantes principales en vue d'élaborer un indicateur synthétique. Les résultats indiquent que l'ensemble de ces items peut être résumé à l'intérieur d'un seul facteur général mesurant la confiance à l'égard des collègues de travail (Tableau 70). Ce facteur présente une très bonne consistance interne ($\alpha = 0,883$).

Tableau 70 Analyse en composantes principales des questions sur la confiance envers les collègues de travail (phase 1)

	Facteur 1
--	-----------

Items	Expertise	0,828
	Soutien	0,875
	Échange d'informations	0,888
	Respect	0,854
% de variance expliquée		74,2
KMO		0,834
Alpha de Cronbach		0,883

Une échelle de confiance à l'égard des collègues de travail a ainsi été créée par sommation simple. Les scores de confiance ont ensuite été rapportés sur une échelle de 0 à 10, où 0 indique le niveau de confiance le plus faible et 10, le niveau de confiance le plus élevé. Le Tableau 71 présente les statistiques descriptives de cette échelle. Celle-ci présente une moyenne de 7,5 et un écart-type de 2,3. Cette échelle présente une forte corrélation avec la mesure unique de la confiance à l'égard des collègues de travail au moment de l'enquête présentée plus haut ($r = 0,544$).

Tableau 71 Statistiques descriptives de l'échelle de confiance envers les collègues de travail (phase 1)

	Valeurs
Moyenne	7,5
Écart-type	2,3
Minimum	0,0
Maximum	10,0
N	601

Les prochaines sous-sections examinent les corrélations entre cette échelle de confiance et : 1) les caractéristiques de l'emploi principal; 2) les caractéristiques de l'horaire de travail et les absences du travail; 3) les réaffectations ou le travail en zone chaude ou tiède; 4) l'appréciation des effectifs au travail et la qualité des soins offerts; 5) quelques indicateurs de santé; 6) diverses caractéristiques sociodémographiques. Les corrélations sont jugées significatives lorsque $p < 0,05$.

1.2. Niveaux de confiance envers les collègues de travail

1.2.1. Selon les caractéristiques de l'emploi principal

Le niveau de confiance à l'égard des collègues de travail est significativement plus faible chez les préposés et préposées aux bénéficiaires, auxiliaires et aides de services (7,1) et les infirmiers et infirmières

auxiliaires (7,3) qu'au sein des autres catégories d'emploi (Tableau 72). Ce sont les inhalothérapeutes qui affichent le niveau de confiance le plus élevé envers leurs collègues de travail (8,3).

Les autres caractéristiques de l'emploi principal ne présentent pas de différences statistiquement significatives. Nous observons néanmoins que le niveau de confiance à l'égard des collègues de travail semble un peu plus élevé dans les cliniques médicales et les groupes de médecine familiale (8,8).

Tableau 72 Niveaux de confiance envers les collègues de travail selon les caractéristiques de l'emploi principal (phase 1)

	Confiance envers les collègues de travail		
	Moyenne	Int. de confiance (95 %)	
		Lim. inf.	Lim. sup.
Catégorie d'emploi	(p = 0,004)		
Préposé.e.s aux bénéficiaires, auxiliaires et aides de services	7,1	6,6	7,5
Infirmier.ère.s auxiliaires	7,3	6,8	7,8
Infirmier.ère.s	7,5	7,1	7,9
Infirmier.ère.s	7,7	7,3	8,0
Inhalothérapeutes	8,3	7,8	8,7
Type d'installation	(p = 0,131)		
CHSLD	7,3	6,9	7,7
Centre hospitalier (CH)	7,5	7,2	7,8
CLSC	7,4	6,9	8,0
Clinique médicale/Groupe de médecine familiale	8,8	8,0	9,5
Centre de réadaptation	6,7	5,2	8,2
Autre	7,5	6,8	8,3
Ancienneté dans l'emploi actuel	(p = 0,370)		
Depuis mars 2020 ou après	7,1	6,4	7,7
Avant mars 2020, 5 ans et moins	7,7	7,2	8,2
6 à 10 ans	7,8	7,4	8,2
11 à 15 ans	7,4	7,0	7,9
16 à 20 ans	7,4	6,9	7,9
20 ans et plus	7,3	6,9	7,7
Tâches de supervision/coordination	(p = 0,109)		
Oui	7,3	7,1	7,6
Non	7,6	7,4	7,9
Soins directs aux patients, résidents, usagers	(p = 0,148)		
Oui	7,4	7,3	7,6
Non	8,0	7,4	8,7
Statut d'emploi	(p = 0,202)		
Permanent temps plein	7,5	7,2	7,7
Permanent temps partiel	7,7	7,3	8,0
Non permanent	7,0	6,3	7,7
Région de travail	(p = 0,178)		
Région taux élevé	7,1	6,6	7,5
Région taux moyen	7,6	7,2	7,9
Région taux assez faible	7,7	7,4	7,9
Région taux faible	7,5	7,0	8,0

1.2.2. Selon les caractéristiques de l'horaire de travail et les absences du travail

Les personnes qui ont travaillé des heures supplémentaires obligatoires au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête affichent un niveau de confiance à l'égard des collègues de travail plus faible (7,2) que celles qui n'en ont pas travaillé (7,5 et 7,9) (Tableau 73). Il en va de même des personnes qui se sont absentes du travail au cours du mois ayant précédé l'enquête, lesquelles affichent un niveau de confiance de 7,2 contre 7,7 pour celles qui ne se sont pas absentes.

Le niveau de confiance à l'égard des collègues de travail ne semble pas lié de manière statistiquement significative au nombre d'heures travaillées, au type de quart travaillé, au fait d'avoir connu un ou plusieurs changements de quart et au fait d'avoir disposé ou non d'un congé d'au moins 12 heures avant un changement de quart.

Tableau 73 Niveaux de confiance à l'égard des collègues de travail selon les caractéristiques de l'horaire de travail et les absences du travail (phase 1)

	Confiance envers les collègues de travail		
	Moyenne	Int. de confiance (95 %)	
		Lim. inf.	Lim. sup.
Heures travaillées au cours des 2 dernières semaines	(p = 0,312)		
Moins de 30 heures	7,1	6,3	7,9
30 à 60 heures	7,5	7,0	7,9
61 à 70 heures	7,2	6,8	7,6
71 à 80 heures	7,6	7,2	7,9
81 heures à 90 heures	8,0	7,5	8,4
Plus de 90 heures	7,8	6,9	8,6
A effectué du temps supplémentaire au cours des 2 dernières semaines	(p = 0,018)		
Non	7,5	7,2	7,7
Oui, mais pas de temps supplémentaire obligatoire	7,9	7,6	8,3
Oui, dont du temps supplémentaire obligatoire	7,2	6,7	7,6
A travaillé sur un quart de JOUR au cours des 2 dernières semaines	(p = 0,517)		
Oui	7,5	7,3	7,7
Non	7,4	7,0	7,7
A travaillé sur un quart de SOIR au cours des 2 dernières semaines	(p = 0,829)		
Oui	7,5	7,2	7,8
Non	7,5	7,2	7,7
A travaillé sur un quart de NUIT au cours des 2 dernières semaines	(p = 0,738)		
Oui	7,4	7,0	7,9
Non	7,5	7,3	7,7
Nombre de changements de quart au cours des 2 dernières semaines	(p = 0,253)		
Aucun	7,5	7,2	7,7
Une seule fois	7,9	7,3	8,5
Deux fois ou plus	7,2	6,6	7,8
Changement de quart de travail toujours précédé d'un congé d'au moins 12 heures	(p = 0,075)		
Oui	8,0	7,5	8,5
Non	7,2	6,6	7,9
Absence du travail au cours du dernier mois	(p = 0,009)		
Oui	7,2	6,9	7,5
Non	7,7	7,5	8,0

1.2.3. Selon les réaffectations et le travail en zone chaude ou tiède

Nous n’observons pas de différences statistiquement significatives entre le niveau de confiance à l’égard des collègues de travail et le fait d’avoir été réaffecté à d’autres tâches, une autre installation ou un autre département (Tableau 74). De la même façon, les niveaux moyens de confiance sont assez similaires selon que la personne a travaillé ou non en zone chaude ou tiède.

Tableau 74 Niveaux de confiance envers les collègues de travail selon les réaffectations et le travail en zone chaude ou tiède (phase 1)

	Confiance envers les collègues de travail		
	Moyenne	Int. de confiance (95 %)	
		Lim. inf.	Lim. sup.
Réaffectation nouvelles tâches, autre installation ou département		(p = 0,316)	
Oui	7,7	7,3	8,1
Non	7,4	7,2	7,7
Réaffectation nouvelles tâches, autre installation ou département dernier mois		(p = 0,563)	
Oui	7,6	7,2	8,1
Non	7,5	7,3	7,7
Travail en zone chaude ou tiède		(p = 0,691)	
Non	7,6	7,2	8,0
Oui, zone chaude	7,4	6,9	7,9
Oui, zone tiède	7,3	6,9	7,7
Oui, zones chaude et tiède	7,5	7,2	7,8
Travail en zone chaude ou tiède, dernier mois		(p = 0,148)	
Oui	7,3	7,0	7,6
Non	7,6	7,3	7,9
Travail en zone chaude ou tiède, dernier quart de travail		(p = 0,574)	
Oui	7,3	6,9	7,8
Non	7,2	6,7	7,6

1.2.4. Selon l’appréciation des effectifs au travail et de la qualité des soins offerts

La confiance à l’égard des collègues de travail est liée significativement à l’expérience de travail au cours du dernier quart de travail (Tableau 75). De manière générale, les personnes qui jugent que le nombre de personnes au travail était inadéquat (7,0), celles qui jugent que la qualité des soins offerts aux patients par l’équipe était pauvre (6,0) ou passable (6,6) ainsi que celles qui jugent que la qualité des soins qu’elles ont offerts aux patients était pauvre (4,9) ou passable (6,8) affichent un niveau de confiance nettement plus faible que les autres.

Les personnes qui jugent que la qualité des soins offerts aux patients depuis le début de la pandémie s'est détériorée affichent également un niveau de confiance plus faible (7,0) que celles qui jugent qu'elle est restée la même (7,9) ou qu'elle s'est améliorée (8,2).

Tableau 75 Niveaux de confiance envers les collègues de travail selon l'appréciation des effectifs au travail et de la qualité des soins offerts (phase 1)

	Confiance envers les collègues de travail		
	Moyenne	Int. de confiance (95 %)	
		Lim. inf.	Lim. sup.
Sentiment que le nombre de personnes au travail était adéquat lors du dernier quart de travail			
	(p = 0,000)		
Oui	7,9	7,7	8,2
Non	7,0	6,7	7,3
Jugement à l'égard de la qualité des soins offerts par l'ÉQUIPE DE TRAVAIL lors du dernier quart de travail			
	(p = 0,000)		
Excellente	8,6	8,4	8,9
Bonne	7,3	7,1	7,6
Passable	6,6	6,1	7,1
Pauvre	6,0	4,9	7,2
Ne travaillait pas en équipe	7,4	4,7	10,1
Jugement à l'égard de la qualité des soins offerts par SOI-MÊME lors du dernier quart de travail			
	(p = 0,000)		
Excellente	8,0	7,7	8,3
Bonne	7,3	7,0	7,6
Passable	6,8	6,1	7,4
Pauvre	4,9	2,3	7,6
Jugement à l'égard de l'évolution de la qualité des soins donnés aux patients depuis le début de la pandémie			
	(p = 0,000)		
S'est améliorée	8,2	7,7	8,7
Est restée la même	7,9	7,6	8,2
S'est détériorée	7,0	6,7	7,4
Ne sait pas	6,9	5,3	8,6

1.2.5. Selon les indicateurs de santé

La confiance à l'égard des collègues de travail est liée significativement à l'auto-évaluation de l'état de santé physique et mentale des participants et participantes (Tableau 76). De manière générale, plus l'auto-évaluation est négative, plus le niveau de confiance est faible. Ainsi, les personnes qui jugent leur état de santé physique passable (6,9) ou mauvais (6,4) ainsi que celles qui jugent leur état de santé mentale passable (7,0) ou mauvais (6,6) présentent des niveaux de confiance sensiblement plus faibles.

Il ne semble pas y avoir de lien entre la présence de problèmes de santé associés à un risque de développer des complications liées à la COVID-19 et le niveau de confiance à l'égard des collègues de travail. De même, les personnes qui ont contracté la COVID-19 ne semblent pas présenter un niveau de confiance plus faible que les autres. Le niveau de confiance envers les collègues ne varie pas non plus de manière significative selon le niveau de crainte à l'égard de la COVID-19. En revanche, les personnes non vaccinées semblent faire un peu moins confiance à leurs collègues que les personnes vaccinées (6,9 contre 7,5).

Tableau 76 Niveaux de confiance envers les collègues de travail selon les indicateurs de santé (phase 1)

	Confiance envers les collègues de travail		
	Moyenne	Int. de confiance (95 %)	
		Lim. inf.	Lim. sup.
Perception de l'état de santé physique	(p = 0,000)		
Excellent	8,3	7,7	8,8
Très bon	8,0	7,7	8,3
Bon	7,2	6,9	7,5
Passable	6,9	6,4	7,4
Mauvais	6,4	5,4	7,4
Perception de l'état de santé mentale	(p = 0,000)		
Excellent	8,2	7,7	8,8
Très bon	8,0	7,6	8,3
Bon	7,7	7,4	8,0
Passable	7,0	6,6	7,3
Mauvais	6,6	5,8	7,4
Présence d'un problème de santé associé à risque de développer complications liées à la COVID-19	(p = 0,405)		
Oui	7,3	6,8	7,8
Non	7,5	7,3	7,7
A reçu un test positif à la COVID-19	(p = 0,648)		
Oui	7,6	7,1	8,1
Non	7,5	7,3	7,7
Craintes de contracter la COVID-19	(p = 0,066)		
Oui, beaucoup	7,0	6,2	7,8
Oui, moyennement	7,1	6,5	7,7
Oui, un peu	7,5	7,2	7,8
Non, pas du tout	7,7	7,5	8,0
A reçu le vaccin contre la COVID-19	(p = 0,050)		
Oui	7,5	7,3	7,7
Non	6,9	6,3	7,5

1.2.6. Selon les caractéristiques sociodémographiques

Les niveaux de confiance à l'égard des collègues de travail diminuent avec l'âge, passant de 8,6 chez les 18 à 24 ans à 6,8 chez les 55 ans et plus (Tableau 77). Il ne semble pas y avoir de différences statistiquement significatives entre le niveau de confiance à l'égard des collègues de travail et le sexe, le lieu de naissance, la situation conjugale, la situation familiale et le statut de proche aidant.

Tableau 77 Niveaux de confiance envers les collègues de travail selon les caractéristiques sociodémographiques (phase 1)

	Confiance envers les collègues de travail		
	Moyenne	Int. de confiance (95 %)	
		Lim. inf.	Lim. sup.
Sexe	(p = 0,485)		
Homme	7,7	7,1	8,3
Femme	7,5	7,3	7,7
Groupe d'âge	(p = 0,000)		
18-24 ans	8,6	7,9	9,3
25-34 ans	8,0	7,7	8,3
35-44 ans	7,3	7,0	7,7
45-54 ans	7,4	7,0	7,7
55 ans et plus	6,8	6,3	7,3
Lieu de naissance	(p = 0,182)		
Au Canada	7,5	7,3	7,7
À l'étranger	6,9	5,9	7,9
Situation conjugale	(p = 0,642)		
Sans conjoint	7,3	6,9	7,7
Avec conjoint non actif sur le marché du travail	7,3	6,5	8,1
Avec conjoint actif dans le système de santé et des services sociaux	7,6	7,0	8,2
Avec conjoint actif à l'extérieur du système de santé et des services sociaux	7,6	7,3	7,8
Situation familiale	(p = 0,613)		
Personne seule	7,2	6,7	7,7
En couple, sans enfant de moins de 18 ans	7,5	7,1	7,8
En couple, plus jeune enfant de 5 ans ou moins	7,9	7,4	8,3
En couple, plus jeune enfant de 6 à 11 ans	7,5	6,9	8,0
En couple, plus jeune enfant de 12 à 17 ans	7,5	6,9	8,0
Personne monoparentale, plus enfant de moins de 18 ans	7,5	6,7	8,3
Situation de proche aidance	(p = 0,092)		
Oui	7,1	6,5	7,6
Non	7,5	7,3	7,7

1.3. Synthèse

L'analyse du niveau de confiance à l'égard des collègues de travail a révélé que la confiance à l'égard des collègues de travail est statistiquement plus faible chez les préposés et préposées aux bénéficiaires, auxiliaires et aides de services, les infirmiers et infirmières auxiliaires, les personnes qui ont travaillé des heures supplémentaires obligatoires, celles qui jugent que les effectifs étaient inadéquats lors de leur

dernier quart de travail et celles qui jugent négativement la qualité des soins offerts aux patients par elles-mêmes ou leur équipe de travail. En outre, les personnes qui jugent que la qualité des soins s'est détériorée depuis le début de la pandémie, ainsi que celles qui évaluent négativement leur état de santé physique ou mentale affichent un niveau de confiance plus faible envers leurs collègues de travail. Il en va de même des personnes qui n'avaient pas encore été vaccinées contre la COVID-19 au moment de l'enquête. Une relation négative avec l'âge s'observe également, la confiance diminuant avec l'âge.

Bien que le type d'installation n'ait, globalement, pas révélé de différences statistiquement significatives, il est apparu que la confiance envers les collègues de travail est la plus élevée dans les cliniques médicales et les groupes de médecine familiale.

2. La confiance envers les patients

La confiance interpersonnelle est un aspect important de la rencontre clinique (Moskowitz et coll., 2011). Elle renvoie à la fiabilité, la compréhension et le partage de l'information, des éléments clés d'une communication de grande qualité. Les premiers mois de la pandémie sont susceptibles d'avoir mis à mal la relation de confiance du personnel soignant envers les patients, ceux-ci étant une des sources importantes de contamination identifiées par les travailleurs de la santé (De Serres et coll., 2020).

2.1. La mesure

Afin de mesurer les différentes facettes de la confiance envers les patients, nous avons posé la question suivante aux participants et participantes de la phase 1 du questionnaire :

Les trois prochaines questions portent sur votre confiance envers les patients, résidents ou usagers auprès de qui vous êtes intervenu.e dans le lieu physique de travail où vous avez travaillé le plus d'heures au cours du dernier mois. Pour chaque énoncé, indiquez votre niveau de confiance.

Les énoncés étaient les suivants :

Énoncés	Noms courts	Composantes
Vos patients, résidents ou usagers vous ont fourni toutes les informations dont vous aviez besoin pour évaluer le risque qu'ils soient porteurs de la COVID-19.	Transparence	Partage de l'information
Vos patients, résidents ou usagers comprenaient l'importance de limiter la propagation de la COVID-19.	Compréhension	Compréhension
Vos patients, résidents ou usagers suivaient les règles visant à prévenir la propagation de la COVID-19 lorsque cela était requis (par exemple, distanciation physique, port du masque, etc.)	Respect des règles	Fiabilité

Pour chaque item, les personnes participantes étaient invitées à indiquer leur niveau de confiance sur une échelle de Likert à 5 niveaux : 1) aucune confiance, 2) faible confiance, 3) moyenne confiance, 4) grande confiance et 5) très grande confiance. Les personnes qui n'offraient pas des soins directs aux patients n'avaient pas à répondre à ces questions. De même, celles qui avaient exclusivement travaillé avec des patients, résidents ou usagers qui n'étaient pas aptes à comprendre ou s'exprimer clairement en raison de déficits cognitifs ou de conditions cliniques (par exemple, patients intubés et/ou placés dans un coma

artificiel) étaient invitées à choisir la réponse « ne s'applique pas ». L'ensemble de ces personnes a été retiré des présentes analyses.

Les scores ont été rapportés sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifie un très faible niveau de confiance et 10, un niveau de confiance très élevé.

Le Tableau 78 présente les statistiques descriptives de chacun des items mesurés. Nous observons que les scores moyens de confiance sont très similaires d'un item à l'autre, variant de 5,1 à 5,6 sur l'échelle de 0 à 10. Les écarts-types sont également similaires, variant de 2,6 à 2,9.

Tableau 78 Statistiques descriptives des items mesurant la confiance envers les patients (phase 1)

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart-type
Transparence	470	0,0	10,0	5,6	2,6
Compréhension	500	0,0	10,0	5,1	2,7
Respects des règles	511	0,0	10,0	5,1	2,9

Les différents items ont fait l'objet d'une analyse factorielle en composantes principales en vue d'élaborer un indicateur synthétique. Les résultats indiquent que l'ensemble de ces items peut être résumé à l'intérieur d'un seul facteur général mesurant la confiance à l'égard des patients (Tableau 79). Ce facteur présente une très bonne consistance interne ($\alpha = 0,851$).

Tableau 79 Analyse en composantes principales des questions sur la confiance envers les patients

		Facteur 1
Items	Transparence	0,826
	Compréhension	0,914
	Respect des règles	0,893
% de variance expliquée		77,2
KMO		0,697
Alpha de Cronbach		0,851

Une échelle de confiance à l'égard des patients a ainsi été créée par sommation simple. Les scores de confiance ont ensuite été rapportés sur une échelle de 0 à 10, où 0 indique le niveau de confiance le plus faible et 10, le niveau de confiance le plus élevé. Le Tableau 80 présente les statistiques descriptives de cette échelle. Celle-ci présente une moyenne de 5,3 et un écart-type de 2,4. Cette échelle présente une

forte corrélation avec la mesure unique de la confiance à l'égard des patients au moment de l'enquête présentée plus haut ($r = 0,545$).

Tableau 80 Statistiques descriptives de l'échelle de confiance envers les patients (phase 1)

	Valeurs
Moyenne	5,3
Écart-type	2,4
Minimum	0,0
Maximum	10,0
N	450

Les prochaines sous-sections examinent les corrélations entre cette échelle de confiance et : 1) les caractéristiques de l'emploi principal; 2) les caractéristiques de l'horaire de travail et les absences du travail; 3) les réaffectations ou le travail en zone chaude ou tiède; 4) l'appréciation des effectifs au travail et la qualité des soins offerts; 5) quelques indicateurs de santé; 6) diverses caractéristiques sociodémographiques. Les corrélations sont jugées significatives lorsque $p < 0,05$.

2.2. Niveaux de confiance envers les patients

2.2.1. Selon les caractéristiques de l'emploi principal

La confiance à l'égard des patients ne semble pas liée aux caractéristiques de l'emploi principal (Tableau 81). Nous observons toutefois que les personnes travaillant en milieu hospitalier (5,1) affichent un niveau de confiance plus faible que celles travaillant dans un CLSC (5,8).

Tableau 81 Niveaux de confiance envers les patients selon les caractéristiques de l'emploi principal (phase 1)

	Confiance envers les patients		
	Moyenne	Int. de confiance (95 %)	
		Lim. inf.	Lim. sup.
Catégorie d'emploi	(p = 0,428)		
Préposé.e.s aux bénéficiaires, auxiliaires et aides de services	5,1	4,5	5,6
Infirmier.ère.s auxiliaires	5,1	4,5	5,7
Infirmier.ère.s	5,2	4,8	5,6
Infirmier.ère.s	5,2	4,8	5,7
Inhalothérapeutes	5,8	5,2	6,3
Type d'installation	(p = 0,294)		
CHSLD	5,3	4,7	5,9
Centre hospitalier (CH)	5,1	4,8	5,3
CLSC	5,8	5,2	6,4
Clinique médicale/Groupe de médecine familiale	5,6	4,7	6,5
Centre de réadaptation	4,8	3,2	6,5
Autre	5,6	4,7	6,5
Ancienneté dans l'emploi actuel	(p = 0,537)		
Depuis mars 2020 ou après	5,9	5,0	6,7
Avant mars 2020, 5 ans et moins	5,1	4,6	5,5
6 à 10 ans	5,1	4,6	5,7
11 à 15 ans	5,1	4,5	5,6
16 à 20 ans	5,5	4,8	6,1
20 ans et plus	5,3	4,9	5,8
Tâches de supervision/coordination	(p = 0,090)		
Oui	5,1	4,7	5,4
Non	5,4	5,1	5,8
Statut d'emploi	(p = 0,662)		
Permanent temps plein	5,3	5,0	5,6
Permanent temps partiel	5,1	4,7	5,5
Non permanent	5,1	4,3	5,9
Région de travail	(p = 0,430)		
Région taux élevé	5,1	4,6	5,5
Région taux moyen	5,3	4,8	5,7
Région taux assez faible	5,4	5,1	5,8
Région taux faible	4,9	4,3	5,6

2.2.2. Selon les caractéristiques de l'horaire de travail et les absences du travail

Les personnes qui ont travaillé sur des quarts de soir au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête affichent un niveau de confiance à l'égard des patients plus faible (4,9) que les autres (5,4) (Tableau 82).

De la même façon, les personnes qui n'ont pas travaillé sur des quarts de jour affichent un niveau de confiance plus faible (4,9) que celles qui l'ont fait (5,4). Le fait d'avoir travaillé sur des quarts de nuit ne semble toutefois pas lié à un niveau de confiance plus faible envers les patients.

Les niveaux de confiance à l'égard des patients ne présentent pas de différences statistiquement significatives selon le nombre d'heures travaillées et le fait d'avoir travaillé des heures supplémentaires (obligatoires ou non). De même, le fait d'avoir changé de quart de travail au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête ne semble pas lié au niveau de confiance à l'égard des patients. Aussi, le fait d'avoir bénéficié ou non d'un congé d'au moins 12 heures avant un changement de quart n'est pas lié au niveau de confiance à l'égard des patients.

Il ne semble pas y avoir de lien entre la confiance à l'égard des patients et les absences du travail au cours du mois ayant précédé l'enquête.

Tableau 82 Niveaux de confiance envers les patients selon les caractéristiques de l'horaire de travail et les absences du travail (phase 1)

	Confiance envers les patients		
	Moyenne	Int. de confiance (95 %)	
		Lim. inf.	Lim. sup.
Heures travaillées au cours des 2 dernières semaines		(p = 0,255)	
Moins de 30 heures	4,8	3,7	5,9
30 à 60 heures	5,2	4,7	5,7
61 à 70 heures	5,6	5,2	6,1
71 à 80 heures	5,0	4,6	5,4
81 heures à 90 heures	5,5	4,9	6,1
Plus de 90 heures	4,9	3,8	6,0
A effectué du temps supplémentaire au cours des 2 dernières semaines		(p = 0,810)	
Non	5,4	5,0	5,7
Oui, mais pas de temps supplémentaire obligatoire	5,2	4,8	5,7
Oui, dont du temps supplémentaire obligatoire	5,2	4,7	5,6
A travaillé sur un quart de JOUR au cours des 2 dernières semaines		(p = 0,021)	
Oui	5,4	5,2	5,7
Non	4,9	4,5	5,3
A travaillé sur un quart de SOIR au cours des 2 dernières semaines		(p = 0,040)	
Oui	4,9	4,6	5,3
Non	5,4	5,1	5,7
A travaillé sur un quart de NUIT au cours des 2 dernières semaines		(p = 0,253)	
Oui	5,0	4,5	5,5
Non	5,3	5,1	5,6
Nombre de changements de quart au cours des 2 dernières semaines		(p = 0,104)	
Aucun	5,3	5,1	5,6
Une seule fois	4,6	3,9	5,2
Deux fois ou plus	5,4	4,8	6,1
Changement de quart de travail toujours précédé d'un congé d'au moins 12 heures		(p = 0,706)	
Oui	5,0	4,2	5,8
Non	5,2	4,6	5,7
Absence du travail au cours du dernier mois		(p = 0,721)	
Oui	5,2	4,9	5,5
Non	5,3	5,0	5,6

2.2.3. Selon les réaffectations et le travail en zone chaude ou tiède

La confiance envers les patients est un peu plus faible chez les personnes qui ont travaillé en zone chaude ou tiède depuis le début de la pandémie (Tableau 83). Celles-ci présentent un niveau moyen de confiance entre 5,0 et 5,3 contre 5,8 pour celles qui n'ont pas travaillé en zone chaude ou tiède. Chez les personnes ayant travaillé dans l'une de ces zones, celles qui y ont travaillé au cours du dernier mois affichent un niveau de confiance envers les patients encore plus faible (4,8). Le fait d'y avoir travaillé lors du dernier quart de travail ne semble toutefois pas lié au niveau de confiance à l'égard des patients.

La réaffectation à de nouvelles tâches, une autre installation ou un autre département ne semble pas lié de manière significative à la confiance à l'égard des patients.

Tableau 83 Niveaux de confiance envers les patients selon les réaffectations et le travail en zone chaude ou tiède (phase 1)

	Confiance envers les patients		
	Moyenne	Int. de confiance (95 %)	
		Lim. inf.	Lim. sup.
Réaffectation nouvelles tâches, autre installation ou département			
		(p = 0,149)	
Oui	5,7	5,0	6,4
Non	5,2	5,0	5,4
Réaffectation nouvelles tâches, autre installation ou département dernier mois			
		(p = 0,486)	
Oui	5,5	4,7	6,3
Non	5,2	5,0	5,5
Travail en zone chaude ou tiède			
		(p = 0,031)	
Non	5,8	5,3	6,3
Oui, zone chaude	5,3	4,7	5,9
Oui, zone tiède	5,0	4,6	5,5
Oui, zones chaude et tiède	5,0	4,6	5,4
Travail en zone chaude ou tiède, dernier mois			
		(p = 0,014)	
Oui	4,8	4,5	5,1
Non	5,4	5,0	5,8
Travail en zone chaude ou tiède, dernier quart de travail			
		(p = 0,870)	
Oui	4,8	4,4	5,2
Non	4,8	4,3	5,2

2.2.4. Selon l'appréciation des effectifs au travail et de la qualité des soins offerts

La confiance à l'égard des patients est liée significativement à l'expérience de travail au cours du dernier quart de travail (Tableau 84). De manière générale, les personnes qui ne jugent pas excellente la qualité

des soins offerts aux patients par leur équipe ou par elles-mêmes présentent un niveau de confiance plus faible que celles qui la jugent excellente (4,1 à 5,2 contre 5,7 à 5,9). L'analyse révèle également que les personnes qui ne travaillaient pas en équipe lors de leur dernier quart de travail affichent un niveau de confiance à l'égard du patient plus faible (4,3) que les autres.

De manière générale, les personnes qui jugent que le nombre de personnes au travail lors de leur dernier quart de travail n'était pas adéquat affichent un niveau de confiance plus faible (5,0) que celles qui le jugent adéquat (5,6).

Enfin, les personnes qui jugent que la qualité des soins offerts aux patients depuis le début de la pandémie s'est détériorée affichent un niveau de confiance plus faible (4,8) que celles qui jugent qu'elle est restée la même (5,6) ou qu'elle s'est améliorée (5,3).

Tableau 84 Niveaux de confiance envers les patients selon l'appréciation des effectifs au travail et de la qualité des soins offerts (phase 1)

	Confiance envers les patients		
	Moyenne	Int. de confiance (95 %)	
		Lim. inf.	Lim. sup.
Sentiment que le nombre de personnes au travail était adéquat lors du dernier quart de travail		(p = 0,006)	
Oui	5,6	5,3	5,9
Non	5,0	4,7	5,3
Jugement à l'égard de la qualité des soins offerts par l'ÉQUIPE DE TRAVAIL lors du dernier quart de travail		(p = 0,004)	
Excellente	5,9	5,5	6,3
Bonne	5,1	4,8	5,4
Passable	4,8	4,3	5,3
Pauvre	4,8	3,7	5,8
Ne travaillait pas en équipe	4,3	2,1	6,4
Jugement à l'égard de la qualité des soins offerts par SOI-MÊME lors du dernier quart de travail		(p = 0,001)	
Excellente	5,7	5,3	6,0
Bonne	5,2	4,9	5,5
Passable	4,1	3,5	4,8
Pauvre	5,2	3,5	6,8
Jugement à l'égard de l'évolution de la qualité des soins donnés aux patients depuis le début de la pandémie		(p = 0,023)	
S'est améliorée	5,3	4,4	6,2
Est restée la même	5,6	5,2	5,9
S'est détériorée	4,8	4,5	5,2
Ne sait pas	5,2	3,4	7,1

2.2.5. Selon les indicateurs de santé

La confiance à l'égard des patients est liée significativement à l'auto-évaluation de l'état de santé physique et mentale des participants et participantes (Tableau 85). De manière générale, les personnes qui jugent leur état de santé physique passable (5,1) ou mauvais (4,2) ainsi que celles qui jugent leur état de santé mentale passable (4,7) ou mauvais (4,9) présentent des niveaux de confiance sensiblement plus faibles que celles qui les jugent plus positivement.

Il ne semble pas y avoir de lien entre la présence de problèmes de santé associés à un risque de développer des complications liées à la COVID-19 et le niveau de confiance à l'égard des patients. De même, les personnes qui ont contracté la COVID-19 ne semblent pas présenter un niveau de confiance plus faible que les autres. En revanche, les personnes qui craignent beaucoup (4,3) de contracter la COVID-19

affichent un niveau de confiance plus faible. Ce sont celles qui ne craignent pas du tout de contracter la COVID-19 qui affichent le niveau de confiance à l'égard des patients le plus élevé (5,7). Le fait d'avoir reçu ou non le vaccin contre la COVID-19 n'est pas lié de manière significative à la confiance envers les patients.

Tableau 85 Niveaux de confiance envers les patients selon les indicateurs de santé (phase 1)

	Confiance envers les patients		
	Moyenne	Int. de confiance (95 %)	
		Lim. inf.	Lim. sup.
Perception de l'état de santé physique	(p = 0,019)		
Excellent	5,4	4,5	6,3
Très bon	5,6	5,2	5,9
Bon	5,1	4,8	5,5
Passable	5,1	4,6	5,6
Mauvais	4,2	3,4	4,9
Perception de l'état de santé mentale	(p = 0,003)		
Excellent	5,0	4,0	5,9
Très bon	5,8	5,3	6,3
Bon	5,6	5,2	5,9
Passable	4,7	4,3	5,1
Mauvais	4,9	4,0	5,7
Présence d'un problème de santé associé à risque de développer complications liées à la COVID-19	(p = 0,388)		
Oui	5,0	4,5	5,5
Non	5,3	5,0	5,5
A reçu un test positif à la COVID-19	(p = 0,100)		
Oui	5,8	5,1	6,4
Non	5,2	5,0	5,4
Craintes de contracter la COVID-19	(p = 0,009)		
Oui, beaucoup	4,3	3,3	5,3
Oui, moyennement	5,1	4,4	5,7
Oui, un peu	5,1	4,8	5,5
Non, pas du tout	5,7	5,3	6,1
A reçu le vaccin contre la COVID-19	(p = 0,700)		
Oui	5,3	5,0	5,5
Non	5,1	4,3	5,9

2.2.6. Selon les caractéristiques sociodémographiques

Les niveaux de confiance à l'égard des patients sont liés au sexe et au lieu de naissance (Tableau 86). Ainsi, les femmes présentent un niveau de confiance moyen plus faible que les hommes (5,2 contre 6,1). Les

personnes nées à l'étranger présentent également un niveau de confiance plus faible (4,0 contre 5,3 chez les personnes nées au Canada).

La confiance à l'égard des patients ne varie pas de manière significative selon l'âge et les situations conjugales et familiales. Il n'y a pas de différence statistiquement significative selon que la personne agit comme proche aidant ou non.

Tableau 86 Niveaux de confiance envers les patients selon les caractéristiques sociodémographiques (phase 1)

	Confiance envers les patients		
	Moyenne	Int. de confiance (95 %)	
		Lim. inf.	Lim. sup.
Sexe		(p = 0,032)	
Homme	6,1	5,3	6,8
Femme	5,2	4,9	5,4
Groupe d'âge		(p = 0,232)	
18-24 ans	5,6	4,5	6,7
25-34 ans	5,4	5,0	5,9
35-44 ans	5,2	4,8	5,6
45-54 ans	4,8	4,4	5,2
55 ans et plus	5,6	4,9	6,2
Lieu de naissance		(p = 0,004)	
Au Canada	5,3	5,1	5,5
À l'étranger	4,0	3,2	4,8
Situation conjugale		(p = 0,717)	
Sans conjoint	5,3	4,8	5,8
Avec conjoint non actif sur le marché du travail	5,4	4,7	6,2
Avec conjoint actif dans le système de santé et des services sociaux	5,5	5,0	6,1
Avec conjoint actif à l'extérieur du système de santé et des services sociaux	5,2	4,9	5,5
Situation familiale		(p = 0,808)	
Personne seule	5,2	4,6	5,8
En couple, sans enfant de moins de 18 ans	5,3	5,0	5,7
En couple, plus jeune enfant de 5 ans ou moins	5,3	4,7	5,8
En couple, plus jeune enfant de 6 à 11 ans	5,4	4,7	6,2
En couple, plus jeune enfant de 12 à 17 ans	4,8	4,2	5,5
Personne monoparentale, plus enfant de moins de 18 ans	5,4	4,3	6,6
Situation de proche aidance		(p = 0,187)	
Oui	5,6	5,0	6,3
Non	5,2	4,9	5,4

2.3. Synthèse

L'analyse du niveau de confiance à l'égard des patients a révélé que la confiance à l'égard des patients est statistiquement plus faible chez les personnes qui travaillent des quarts de soir, celles qui ont travaillé en zone chaude ou tiède, celles qui jugent que le nombre de personnes au travail était inadéquat lors de leur dernier quart de travail et celles qui ne jugent pas excellente la qualité des soins offerts par elles-mêmes ou leur équipe de travail lors de ce dernier quart. En outre, les personnes qui jugent que la qualité des

soins s'est détériorée depuis le début de la pandémie, celles qui évaluent négativement leur état de santé physique ou mentale ainsi que celles qui craignent beaucoup de contracter la COVID-19 affichent un niveau de confiance plus faible envers leurs patients. Les femmes ainsi que les personnes nées à l'étranger affichent également un niveau de confiance envers les patients plus faible.

CHAPITRE 7 : CONFIANCE PERSONNELLE

Les facettes personnelles de la confiance ont été mesurées en ciblant des indicateurs de la confiance en soi au travail et de la confiance envers son choix de carrière et son emploi. La confiance en soi renvoie ici à la perception de compétence au travail, c'est-à-dire « de posséder les aptitudes nécessaires pour faire son travail efficacement et maîtriser les tâches qu'on effectue » [traduction libre] (Dagenais-Desmarais et Savoie, 2012 : 670). La confiance envers son choix de carrière et envers son emploi renvoie dans l'étude au sentiment de satisfaction à leur égard.

1. La mesure

Afin de mesurer les différentes facettes de la confiance personnelle, nous avons posé la question suivante aux participants et participantes de la phase 1 du questionnaire :

*Les questions suivantes mesurent votre niveau de confiance personnelle au travail et votre niveau de confiance à l'égard de votre choix de carrière. En pensant aux sentiments qui vous animaient au travail **au cours du dernier mois**, dites-nous dans quelle mesure vous êtes d'accord ou en désaccord avec chacun des énoncés.*

Les énoncés étaient les suivants :

Énoncés	Noms courts	Composantes
Je savais que j'étais capable de bien faire mon travail.	Capacité à faire travail	Confiance en soi au travail
J'avais confiance en moi au travail.	Confiance en soi	Confiance en soi au travail
Je me sentais efficace et compétent.e dans mon travail.	Efficacité et compétence	Confiance en soi au travail
Je trouvais mon travail enrichissant.	Travail enrichissant	Confiance envers choix de carrière et emploi
Je regrettais mon choix de carrière.	Regret choix de carrière [polarité inversée]	Confiance envers choix de carrière et emploi
J'étais globalement satisfait.e de mon emploi.	Satisfaction à l'égard de l'emploi	Confiance envers choix de carrière et emploi

Pour chaque item, les personnes participantes étaient invitées à indiquer leur niveau d'accord sur une échelle de Likert à 5 niveaux : 1) fortement en désaccord, 2) en désaccord, 3) ni en accord, ni en désaccord, 4) en accord et 5) fortement en accord.

Les scores ont été rapportés sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifie un très faible niveau de confiance et 10, un niveau de confiance très élevé. La polarité de l'énoncé « *Je regrettais mon choix de carrière* » a été inversée de façon à ce qu'un score élevé traduise un haut niveau de confiance. Le Tableau 87 présente les statistiques descriptives de chacun des items mesurés. Nous observons que les scores moyens de confiance personnelle varient de 5,3 à 7,6 sur l'échelle de 0 à 10 et que les écarts-types varient de 2,4 à 3,4. Les niveaux de confiance semblent plus faibles concernant la satisfaction à l'égard de l'emploi (5,3), le choix de carrière (5,8) et le fait de percevoir son travail comme étant enrichissant (5,8).

Tableau 87 Statistiques descriptives des items mesurant la confiance personnelle (phase 1)

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart-type
Capacité à faire travail	642	1	10	7,6	2,5
Confiance en soi	642	1	10	7,5	2,4
Efficacité et compétence	642	1	10	6,9	2,6
Travail enrichissant	642	1	10	5,8	3,1
Regret choix de carrière [polarité inversée]	641	1	10	5,8	3,4
Satisfaction à l'égard de l'emploi	641	1	10	5,3	3,0

Les différents items ont fait l'objet d'une analyse factorielle en composantes principales en vue d'élaborer un ou plusieurs indicateurs synthétiques. Les résultats indiquent que l'ensemble de ces items peut être résumé à l'intérieur de deux facteurs mesurant : 1) la confiance en soi au travail; et 2) la satisfaction à

l'égard de son choix de carrière et de son emploi (Tableau 88). Les deux facteurs présentent une excellente consistance interne : $\alpha = 0,889$ pour le premier facteur et $\alpha = 0,769$ pour le deuxième facteur.

Tableau 88 Analyse en composantes principales des questions sur la confiance personnelle (phase 1)

		Facteur 1	Facteur 2
Items	Capacité à faire travail	0,911	
	Confiance en soi	0,936	
	Efficacité et compétence	0,823	
	Travail enrichissant		0,654
	Regret choix de carrière		0,921
	Satisfaction à l'égard de l'emploi		0,770
% de variance expliquée		59,3	17,3
KMO		0,834	
Alpha de Cronbach		0,889	0,769

Pour chaque facteur, une sous-échelle de confiance personnelle a été créée par sommation simple. Pour les scores de confiance ainsi créés, 0 indique le niveau de confiance le plus faible et 10, le niveau de confiance le plus élevé. Le Tableau 89 présente les statistiques descriptives de ces échelles. Comme le montre le tableau, le degré de confiance moyen semble plus élevé pour la sous-échelle portant sur la confiance en soi au travail (7,4) que pour la sous-échelle portant sur la satisfaction à l'égard de son choix de carrière et de son emploi (5,6).

Tableau 89 Statistiques descriptives des sous-échelles de confiance personnelle (phase 1)

	Confiance en soi au travail	Satisfaction à l'égard de son choix de carrière et son emploi
Moyenne	7,4	5,6
Écart-type	2,2	2,6
Minimum	0	0
Maximum	10	10
N	642	640

Les prochaines sous-sections examinent les variations des scores aux sous-échelles de confiance personnelle selon : 1) les caractéristiques de l'emploi principal; 2) les caractéristiques de l'horaire de travail et les absences du travail; 3) les réaffectations ou le travail en zone chaude ou tiède; 4) l'appréciation des effectifs au travail et la qualité des soins offerts; 5) quelques indicateurs de santé; 6) diverses caractéristiques sociodémographiques. Les corrélations sont jugées significatives lorsque $p < 0,05$.

2. Niveaux de confiance personnelle

2.1. Selon les caractéristiques de l'emploi principal

Le niveau de confiance personnel varie selon quelques caractéristiques de l'emploi principal (Tableau 90). Ainsi, la sous-échelle de confiance en soi au travail varie significativement selon la catégorie d'emploi et le statut d'emploi. Le niveau de confiance en soi au travail est plus élevé chez les préposés et préposées aux bénéficiaires, auxiliaires et aides de services (7,9), les infirmiers et infirmières auxiliaires (7,7) et les inhalothérapeutes (7,5) alors qu'il est plus faible chez les infirmiers et infirmières (7,0) et les infirmiers cliniciens et infirmières cliniciennes (6,8). Les personnes dont le statut d'emploi est permanent à temps partiel rapportent, dans l'ensemble, un niveau plus faible de confiance en soi au travail (6,9) que celles dont le statut est permanent à temps plein (7,5) ou non permanent (7,6).

La sous-échelle de confiance en soi au travail varie aussi de façon significative en fonction du type d'installation. La confiance est la plus faible chez les personnes travaillant en clinique médicale ou groupe de médecine familiale (6,4). Elle est plus élevée chez celles en centre hospitalier (7,2), CLSC (7,4), centre de réadaptation (7,4) ou CHSLD (7,5) et encore plus élevée dans les installations autres (8,4).

La sous-échelle de satisfaction à l'égard de son choix de carrière et de son emploi varie selon la catégorie d'emploi, l'ancienneté dans l'emploi et le fait d'avoir (ou non) des tâches de supervision/coordination. Le niveau de satisfaction est plus élevé chez les préposés et préposées aux bénéficiaires, auxiliaires et aides

de services (6,3) les inhalothérapeutes (6,1) et les infirmières auxiliaires (5,7) alors qu'il est plus faible chez les infirmiers et infirmières (5,4) et les infirmiers cliniciens et infirmières cliniciennes (4,9). Les personnes dont le travail inclut des tâches de supervision présentent un niveau de satisfaction moindre (5,4) que les autres (5,9). Enfin, au regard de l'ancienneté dans l'emploi actuel, nous observons le niveau le plus élevé de satisfaction chez les personnes ayant le moins d'ancienneté, soit celles arrivées en poste en mars 2020 ou après (6,3) ou celles arrivées avant mars 2020, mais depuis 5 ans et moins (6,2). Celles qui sont en poste depuis 6 à 10 ans ont, dans l'ensemble, le score de satisfaction le plus bas (5,1).

Le fait d'avoir un emploi qui inclut ou non des soins directs aux patients n'est pas associé à des différences significatives sur les deux sous-échelles de confiance personnelle.

Tableau 90 Niveaux de confiance personnelle selon les caractéristiques de l'emploi principal (phase 1)

Catégorie d'emploi	Confiance en soi au travail			Satisfaction à l'égard de son choix de carrière et son emploi		
	Moyenne	Int de confiance (95 %)		Moyenne	Int. De confiance (95 %)	
		Lim. inf.	Lim. sup.		Lim. inf.	Lim. sup.
Catégorie d'emploi		(p = 0,000)			(p = 0,000)	
Préposé.e.s aux bénéficiaires, auxiliaires et aides de services	7,9	7,6	8,2	6,3	5,9	6,7
Infirmier.ère.s auxiliaires	7,7	7,3	8,1	5,7	5,2	6,2
Infirmier.ère.s	7,0	6,7	7,4	5,4	5,0	5,8
Infirmier.ère.s clinicien.ne.s	6,8	6,4	7,2	4,9	4,5	5,3
Inhalothérapeutes	7,5	7,0	8,0	6,1	5,5	6,6
Type d'installation		(p = 0,005)			(p = 0,357)	
CHSLD	7,5	7,2	7,8	5,6	5,2	6,0
Centre hospitalier (CH)	7,2	6,9	7,5	5,6	5,3	5,9
CLSC	7,4	6,9	7,8	5,7	5,0	6,3
Clinique médicale/Groupe de médecine familiale	6,4	5,5	7,3	4,8	3,8	5,9
Centre de réadaptation	7,4	6,4	8,4	5,4	4,2	6,6
Autre	8,4	7,9	8,9	6,3	5,5	7,2
Ancienneté dans l'emploi actuel		(p = 0,305)			(p = 0,005)	
Depuis mars 2020 ou après	7,5	6,9	8,1	6,3	5,6	6,9
Avant mars 2020, 5 ans et moins	7,6	7,2	8,0	6,2	5,7	6,7
6 à 10 ans	7,0	6,6	7,4	5,1	4,6	5,5
11 à 15 ans	7,6	7,2	8,0	5,5	5,0	6,0
16 à 20 ans	7,2	6,7	7,7	5,3	4,8	5,8
20 ans et plus	7,4	7,0	7,7	5,8	5,3	6,2
Tâches de supervision/coordination		(p = 0,473)			(p = 0,007)	
Oui	7,3	7,1	7,5	5,4	5,1	5,6
Non	7,4	7,2	7,7	5,9	5,6	6,2
Soins directs aux patients, résidents, usagers		(p = 0,924)			(p = 0,518)	
Oui	7,4	7,2	7,5	5,6	5,4	5,9
Non	7,3	6,5	8,2	5,3	4,4	6,3

	Confiance en soi au travail			Satisfaction à l'égard de son choix de carrière et son emploi		
	Moyenne	Int de confiance (95 %)		Moyenne	Int. De confiance (95 %)	
		Lim. inf.	Lim. sup.		Lim. inf.	Lim. sup.
Statut d'emploi		(p = 0,011)			(p = 0,161)	
Permanent temps plein	7,5	7,3	7,7	5,7	5,4	5,9
Permanent temps partiel	6,9	6,5	7,3	5,3	4,9	5,8
Non permanent	7,6	7,0	8,2	6,0	5,3	6,7
Région de travail		(p = 0,132)			(p = 0,121)	
Région taux élevé	7,4	7,1	7,8	5,5	5,1	5,9
Région taux moyen	7,0	6,6	7,4	5,3	4,9	5,8
Région taux assez faible	7,5	7,2	7,7	5,8	5,4	6,1
Région taux faible	7,5	7,1	8,0	6,1	5,6	6,7

2.2. Selon les caractéristiques de l'horaire de travail et les absences du travail

Le niveau de confiance personnelle varie selon certaines caractéristiques de l'horaire de travail et les absences du travail (Tableau 91). Ainsi, la sous-échelle de confiance en soi au travail varie significativement selon le nombre d'heures travaillées au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, le fait d'avoir effectué ou non du temps supplémentaire obligatoire et le nombre de changements de quart. De façon générale, les personnes qui ont travaillé moins de 30 heures ont le plus faible niveau de confiance en soi au travail (6,2) alors que celles qui ont travaillé de 62 à 70 heures et de 82 à 90 heures ont les scores les plus élevés de confiance en soi (7,7 pour ces deux catégories). Les participants et participantes ayant effectué du temps supplémentaire obligatoire présentent un niveau plus faible de confiance en soi au travail (6,9) que celles n'en ayant pas effectué (7,5). Les personnes ayant changé deux fois ou plus de quart de travail au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête ont un score plus faible de confiance en soi au travail (6,7) que celles n'ayant pas changé de quart (7,4) ou ayant changé de quart seulement une fois (7,7).

En ce qui concerne la sous-échelle de satisfaction à l'égard de son choix de carrière et de son emploi, son niveau varie significativement selon le fait d'avoir effectué ou non du temps supplémentaire obligatoire, le fait d'avoir travaillé ou non sur un quart de soir, le nombre de changements de quart et le fait de s'être absenté ou non du travail dans le dernier mois. De façon plus détaillée, les personnes ayant effectué du temps supplémentaire obligatoire présentent un niveau moindre de satisfaction (5,0) que celles n'en ayant pas effectué (5,8 et 5,9). Dans l'ensemble, les personnes ayant travaillé sur un quart de soir ont aussi un niveau plus faible (5,3) de satisfaction que les autres personnes (5,8). Les personnes ayant changé deux fois ou plus de quart de travail ont aussi dans l'ensemble un niveau plus faible de satisfaction (4,8), alors qu'il est plus élevé chez celles n'ayant pas eu de changement de quart (5,8) ou en ayant vécu qu'un seul (5,7). Les personnes s'étant absentes du travail ont aussi un niveau plus faible de satisfaction (5,4) comparativement aux autres (5,9).

Le fait d'avoir travaillé sur des quarts de jour et le fait d'avoir travaillé sur des quarts de nuit n'étaient pas associés à des différences significatives dans les scores des deux sous-échelles de confiance personnelle.

Tableau 91 Niveaux de confiance personnelle selon les caractéristiques de l'horaire de travail et les absences du travail (phase 1)

	Confiance en soi au travail			Satisfaction à l'égard de son choix de carrière et son emploi		
	Moyenne	Int. de confiance (95 %)		Moyenne	Int. de confiance (95 %)	
		Lim. inf.	Lim. sup.		Lim. inf.	Lim. sup.
Heures travaillées au cours des 2 dernières semaines		(p = 0,007)			(p = 0,398)	
Moins de 30 heures	6,2	5,3	7,1	5,6	4,7	6,5
30 à 60 heures	7,1	6,7	7,5	5,3	4,8	5,7
61 à 70 heures	7,7	7,4	8,0	5,6	5,2	6,0
71 à 80 heures	7,4	7,1	7,7	5,8	5,4	6,1
81 heures à 90 heures	7,7	7,2	8,2	6,1	5,4	6,7
Plus de 90 heures	7,2	6,3	8,0	5,6	4,6	6,6
A effectué du temps supplémentaire au cours des 2 dernières semaines		(p = 0,023)			(p = 0,008)	
Non	7,5	7,3	7,8	5,8	5,5	6,0
Oui, mais pas de temps supplémentaire obligatoire	7,5	7,2	7,9	5,9	5,5	6,3
Oui, dont du temps supplémentaire obligatoire	6,9	6,5	7,3	5,0	4,5	5,5
A travaillé sur un quart de JOUR au cours des 2 dernières semaines		(p = 0,523)			(p = 0,146)	
Oui	7,4	7,2	7,6	5,7	5,5	6,0
Non	7,3	7,0	7,6	5,4	5,1	5,8
A travaillé sur un quart de SOIR au cours des 2 dernières semaines		(p = 0,067)			(p = 0,007)	
Oui	7,1	6,8	7,4	5,3	4,9	5,6
Non	7,5	7,3	7,7	5,8	5,6	6,1
A travaillé sur un quart de NUIT au cours des 2 dernières semaines		(p = 0,536)			(p = 0,136)	
Oui	7,2	6,9	7,6	5,3	4,9	5,8
Non	7,4	7,2	7,6	5,7	5,5	5,9
Nombre de changements de quart au cours des 2 dernières semaines		(p = 0,021)			(p = 0,011)	
Aucun	7,4	7,2	7,6	5,8	5,5	6,0
Une seule fois	7,7	7,2	8,1	5,7	5,1	6,3
Deux fois ou plus	6,7	6,2	7,3	4,8	4,2	5,4

	Confiance en soi au travail			Satisfaction à l'égard de son choix de carrière et son emploi		
	Moyenne	Int. de confiance (95 %)		Moyenne	Int. de confiance (95 %)	
		Lim. inf.	Lim. sup.		Lim. inf.	Lim. sup.
Changements de quart de travail toujours précédés d'un congé d'au moins 12 heures		(p = 0,055)			(p = 0,349)	
Oui	7,6	7,1	8,0	5,5	4,8	6,1
Non	6,9	6,3	7,4	5,1	4,5	5,7
Absence du travail au cours du dernier mois		(p = 0,161)			(p = 0,019)	
Oui	7,2	7,0	7,5	5,4	5,1	5,7
Non	7,5	7,2	7,7	5,9	5,6	6,1

2.3. Selon les réaffectations et le travail en zone chaude ou tiède

Les personnes qui ont travaillé en zone chaude ou en zones chaude et tiède depuis le début de la pandémie affichent un niveau de confiance en soi au travail plus faible (7,1 et 7,2) que celles qui n'y ont pas travaillé (7,4 à 7,7) (Tableau 92). En ce qui concerne le niveau de satisfaction, seules les personnes ayant travaillé dans les deux zones (5,3) affichent un niveau de satisfaction statistiquement inférieur à celui des personnes ayant travaillé dans une seule de ces zones (5,7) ou qui n'y ont pas travaillé du tout (6,0). Le fait d'avoir travaillé dans l'une ou l'autre de ces zones au cours du dernier mois ou au cours du dernier quart de travail n'est pas lié à la confiance en soi ni à la satisfaction. Le niveau de confiance en soi de même que le niveau de satisfaction ne varient pas de manière significative en fonction des réaffectations à d'autres tâches, une autre installation ou un autre établissement.

Tableau 92 Niveaux de confiance personnelle selon les réaffectations et le travail en zone chaude ou tiède (phase 1)

	Confiance en soi au travail			Satisfaction à l'égard de son choix de carrière et son emploi		
	Moyenne	Int de confiance (95 %)		Moyenne	Int. de confiance (95 %)	
		Lim. inf.	Lim. sup.		Lim. inf.	Lim. sup.
Réaffectation nouvelles tâches, autre installation ou département		(p = 0,245)			(p = 0,525)	
Oui	7,1	6,6	7,6	5,5	4,9	6,0
Non	7,4	7,2	7,6	5,7	5,4	5,9
Réaffectation nouvelles tâches, autre installation ou département dernier mois		(p = 0,552)			(p = 0,205)	
Oui	7,2	6,7	7,7	5,3	4,6	5,9
Non	7,4	7,2	7,6	5,7	5,5	5,9
Travail en zone chaude ou tiède		(p = 0,043)			(p = 0,050)	
Non	7,7	7,4	8,0	6,0	5,6	6,4
Oui, zone chaude	7,1	6,6	7,5	5,7	5,1	6,3
Oui, zone tiède	7,4	7,0	7,8	5,7	5,3	6,1
Oui, zones chaude et tiède	7,2	6,9	7,5	5,3	4,9	5,6
Travail en zone chaude ou tiède, dernier mois		(p = 0,888)			(p = 0,766)	
Oui	7,2	6,9	7,5	5,5	5,1	5,8
Non	7,2	6,9	7,5	5,5	5,2	5,9
Travail en zone chaude ou tiède, dernier quart de travail		(p = 0,294)			(p = 0,616)	
Oui	7,4	6,9	7,8	5,5	5,0	6,0
Non	7,0	6,6	7,5	5,4	4,9	5,9

2.4. Selon l'appréciation des effectifs au travail et de la qualité des soins offerts

La confiance personnelle est liée significativement à l'expérience de travail au cours du dernier quart de travail (Tableau 93). De manière générale, en ce qui concerne la sous-échelle de confiance en soi au travail, les personnes qui jugent que le nombre de personnes au travail était inadéquat (7,0), celles qui jugent que la qualité des soins offerts par l'équipe était passable (6,7) ou pauvre (6,3) ainsi que celles qui jugent que la qualité des soins qu'elles ont offerts était passable (6,0) ou pauvre (4,8) affichent un niveau de confiance en soi plus faible que les autres.

Un patron de résultats similaire est observé pour la sous-échelle de satisfaction à l'égard du choix de carrière et de l'emploi. De manière générale, en ce qui concerne la sous-échelle de satisfaction, les personnes qui jugent que le nombre de personnes au travail était inadéquat (4,9), celles qui jugent que la qualité des soins offerts par l'équipe était passable (4,6) ou pauvre (3,8) ainsi que celles qui jugent que la qualité des soins qu'elles ont offerts était passable (4,1) ou pauvre (3,2) affichent un niveau de satisfaction plus faible que les autres.

Enfin, les personnes qui jugent que la qualité des soins offerts aux patients depuis le début de la pandémie s'est détériorée affichent également un niveau de confiance personnelle plus faible sur les deux sous-échelles (sous-échelles : confiance en soi au travail, 6,5; satisfaction à l'égard du choix de carrière et de l'emploi, 4,5) que celles qui jugent que la qualité des soins est restée la même (sous-échelles : confiance en soi au travail, 8,1; satisfaction à l'égard du choix de carrière et de l'emploi, 6,4) ou qu'elle s'est améliorée (sous-échelles : confiance en soi au travail, 8,2; satisfaction à l'égard du choix de carrière et de l'emploi, 6,6).

Tableau 93 Niveaux de confiance personnelle selon l'appréciation des effectifs au travail et de la qualité des soins offerts (phase 1)

	Confiance en soi au travail			Satisfaction à l'égard de son choix de carrière et son emploi		
	Moyenne	Int. de confiance (95 %)		Moyenne	Int. de confiance (95 %)	
		Lim. inf.	Lim. sup.		Lim. inf.	Lim. sup.
Sentiment que le nombre de personnes au travail était adéquat		(p=0,000)			(p=0,000)	
Oui	7,8	7,5	8,0	6,4	6,1	6,6
Non	7,0	6,7	7,3	4,9	4,6	5,2
Jugement à l'égard de la qualité des soins offerts par l'ÉQUIPE DE TRAVAIL lors du dernier quart de travail		(p=0,000)			(p=0,000)	
Excellente	8,2	8,0	8,5	6,8	6,5	7,2
Bonne	7,3	7,0	7,5	5,5	5,2	5,8
Passable	6,7	6,3	7,2	4,6	4,1	5,1
Pauvre	6,3	5,2	7,5	3,8	2,7	4,9
Ne travaillait pas en équipe	7,3	5,7	9,0	6,3	4,4	8,2
Jugement à l'égard de la qualité des soins offerts par SOI-MÊME lors du dernier quart de travail		(p=0,000)			(p=0,000)	
Excellente	8,3	8,1	8,5	6,8	6,4	7,1
Bonne	7,1	6,9	7,3	5,2	4,9	5,5
Passable	6,0	5,4	6,7	4,1	3,5	4,8
Pauvre	4,8	2,6	6,9	3,2	1,1	5,2
Jugement à l'égard de l'évolution de la qualité des soins donnés aux patients depuis le début de la pandémie		(p=0,000)			(p=0,000)	
S'est améliorée	8,2	7,7	8,7	6,6	5,9	7,3
Est restée la même	8,1	7,9	8,3	6,4	6,1	6,7
S'est détériorée	6,5	6,2	6,8	4,5	4,2	4,9
Ne sait pas	7,4	6,1	8,7	5,7	4,4	7,0

2.5. Selon les indicateurs de santé

La confiance personnelle est liée significativement à l'auto-évaluation de l'état de santé physique et mentale des participants et participantes (Tableau 94). Ainsi, de manière générale, plus l'auto-évaluation est négative, plus le niveau de confiance personnelle est faible sur les deux sous-échelles. En général, les personnes qui jugent leur état de santé physique comme passable ou mauvais (respectivement, 6,6 et 6,1) présentent un score significativement plus faible de confiance en soi au travail que celles qui perçoivent leur santé physique comme étant bonne, très bonne ou excellente (entre 7,3 et 8,1). En ce qui concerne leur satisfaction à l'égard de leur choix de carrière et de leur emploi, les personnes qui jugent leur état de santé physique comme passable ou mauvais (respectivement, 4,5 et 4,6) présentent aussi, dans l'ensemble, un score significativement plus faible que celles qui perçoivent leur santé physique comme étant bonne, très bonne ou excellente (entre 5,6 et 6,6). Le même patron de résultat est observable pour la santé mentale. En général, les personnes qui jugent leur état de santé mentale comme passable ou mauvais (respectivement, 6,4 et 5,8) présentent un score significativement plus faible de confiance en soi au travail que celles qui perçoivent leur santé mentale comme étant bonne, très bonne ou excellente (entre 7,8 et 8,8). Concernant la satisfaction à l'égard du choix de carrière et de l'emploi, les personnes qui jugent leur état de santé mentale passable ou mauvais (respectivement, 3,7 et 4,5) présentent aussi, dans l'ensemble, un score significativement plus faible que celles qui perçoivent leur santé physique comme étant bonne, très bonne ou excellente (entre 5,7 et 6,9).

Il ne semble pas y avoir de lien entre la présence de problèmes de santé associés à un risque de développer des complications liées à la COVID-19 et le niveau de confiance personnelle sur les deux sous-échelles. De même, les personnes qui ont contracté la COVID-19 ne semblent pas présenter un niveau de confiance différent des autres. En revanche, en ce qui concerne la confiance en soi au travail, les personnes qui craignent beaucoup (7,0) ou moyennement (6,9) de contracter la COVID-19 présentent des scores significativement plus faibles que les autres, particulièrement en comparaison avec celles qui ne craignent pas du tout de contracter la COVID-19 (7,7). Au regard de la satisfaction à l'égard du choix de carrière et de l'emploi, les niveaux sont aussi significativement plus faibles chez les personnes qui craignent beaucoup (4,8) ou moyennement (5,1) de contracter la COVID-19 en comparaison aux autres personnes, notamment celles qui ne craignent pas du tout de la contracter (5,9). Les deux sous-échelles ne présentent pas de variations statistiquement significatives selon que la personne a reçu le vaccin ou non.

Tableau 94 Niveaux de confiance personnelle selon les indicateurs de santé (phase 1)

	Confiance en soi au travail			Satisfaction à l'égard de son choix de carrière et son emploi		
	Moyenne	Int. de confiance (95 %)		Moyenne	Int. de confiance (95 %)	
		Lim. inf.	Lim. sup.		Lim. inf.	Lim. sup.
Perception de l'état de santé physique		(p = 0,000)			(p = 0,000)	
Excellent	8,1	7,6	8,6	6,6	5,9	7,2
Très bon	7,7	7,4	8,0	6,1	5,7	6,4
Bon	7,3	7,0	7,5	5,6	5,3	5,9
Passable	6,6	6,2	7,1	4,5	4,0	5,0
Mauvais	6,1	5,3	7,0	4,6	3,5	5,7
Perception de l'état de santé mentale		(p = 0,000)			(p = 0,000)	
Excellent	8,8	8,2	9,3	7,6	6,9	8,2
Très bon	8,2	7,9	8,5	6,9	6,5	7,2
Bon	7,8	7,5	8,0	6,0	5,7	6,3
Passable	6,4	6,1	6,8	4,5	4,1	4,8
Mauvais	5,8	5,1	6,5	3,7	3,0	4,3
Présence d'un problème de santé associé à risque de développer des complications liées à la COVID-19		(p = 0,903)			(p = 0,404)	
Oui	7,3	6,9	7,8	5,8	5,3	6,4
Non	7,4	7,2	7,6	5,6	5,4	5,8
A reçu un test positif à la COVID-19		(p = 0,212)			(p = 0,532)	
Oui	7,1	6,6	7,6	5,5	4,9	6,0
Non	7,4	7,2	7,6	5,6	5,4	5,9
Craintes de contracter la COVID-19		(p = 0,034)			(p = 0,009)	
Oui, beaucoup	7,0	6,4	7,7	4,8	4,0	5,6
Oui, moyennement	6,9	6,4	7,4	5,1	4,5	5,7
Oui, un peu	7,3	7,0	7,6	5,6	5,3	5,9
Non, pas du tout	7,7	7,4	7,9	5,9	5,6	6,3
A reçu le vaccin contre la COVID-19		(p = 0,947)			(p = 0,998)	
Oui	7,4	7,2	7,5	5,6	5,4	5,8
Non	7,4	6,7	8,0	5,6	5,0	6,2

2.6. Selon les caractéristiques sociodémographiques

Les niveaux de confiance personnelle sont semblables chez les hommes et les femmes (Tableau 95). Concernant l'âge, on constate que les personnes âgées de 25 à 34 ans et de 35 à 44 ans semblent afficher un niveau de confiance en soi au travail qui est significativement plus faible (respectivement 7,0 et 7,2) que pour les autres groupes d'âge (entre 7,6 et 7,9). Une situation similaire est observée concernant la sous-échelle de satisfaction à l'égard du choix de carrière et de l'emploi, pour laquelle, en général, le niveau est significativement plus faible chez les 25 à 34 ans (5,4) et 35 à 44 ans (5,3) qu'au sein des autres groupes d'âge (entre 5,9 et 6,7).

Les niveaux de confiance personnelle sont semblables chez les personnes nées au Canada et celles nées à l'étranger. Nous n'observons pas non plus de différence statistiquement significative selon la situation familiale. Cependant, en ce qui concerne la satisfaction à l'égard du choix de carrière et de l'emploi, les personnes qui sont seules (5,5) ou qui sont en couple avec enfant(s) de 5 ans ou moins (5,4) ou avec enfant(s) de 6 à 11 ans (4,9) présentent, en général, un niveau significativement plus faible que les personnes dans d'autres situations familiales (entre 5,8 et 6,3). Le fait d'être proche aidant ne semble pas lié à ces deux sous-échelles.

Tableau 95 Niveaux de confiance personnelle selon les caractéristiques sociodémographiques (phase 1)

	Confiance en soi au travail			Satisfaction à l'égard de son choix de carrière et son emploi		
	Moyenne	Int. de confiance (95 %)		Moyenne	Int. de confiance (95 %)	
		Lim. inf.	Lim. sup.		Lim. inf.	Lim. sup.
Sexe		(p = 0,490)			(p = 0,428)	
Homme	7,6	7,0	8,2	5,5	4,7	6,2
Femme	7,3	7,2	7,5	5,6	5,4	5,9
Groupe d'âge		(p = 0,017)			(p = 0,016)	
18-24 ans	7,7	6,9	8,4	6,7	5,8	7,6
25-34 ans	7,0	6,6	7,4	5,4	5,0	5,8
35-44 ans	7,2	6,9	7,5	5,3	4,9	5,7
45-54 ans	7,6	7,2	7,9	5,9	5,5	6,3
55 ans et plus	7,9	7,5	8,2	5,9	5,4	6,5
Lieu de naissance		(p = 0,617)			(p = 0,165)	
Au Canada	7,3	7,2	7,5	5,6	5,4	5,8
À l'étranger	7,6	6,8	8,3	6,3	5,3	7,3
Situation conjugale		(p = 0,205)			(p = 0,560)	
Sans conjoint	7,5	7,2	7,8	5,7	5,3	6,1
Avec conjoint non actif sur le marché du travail	7,7	7,1	8,3	5,7	4,8	6,6
Avec conjoint actif dans le système de santé et des services sociaux	7,6	7,1	8,2	6,0	5,4	6,6
Avec conjoint actif à l'extérieur du système de santé et des services sociaux	7,2	7,0	7,4	5,5	5,3	5,8
Situation familiale		(p = 0,200)			(p = 0,021)	
Personne seule	7,4	7,0	7,8	5,5	5,0	6,0
En couple, sans enfant de moins de 18 ans	7,5	7,2	7,7	5,9	5,5	6,2
En couple, plus jeune enfant de 5 ans ou moins	7,1	6,6	7,6	5,4	4,9	5,9
En couple, plus jeune enfant de 6 à 11 ans	6,9	6,3	7,4	4,8	4,3	5,4
En couple, plus jeune enfant de 12 à 17 ans	7,5	6,9	8,1	5,8	5,1	6,5
Personne monoparentale, plus enfant de moins de 18 ans	7,8	7,0	8,5	6,3	5,5	7,1
Situation de proche aide		(p = 0,389)			(p = 0,070)	
Oui	7,1	6,6	7,7	5,1	4,5	5,8
Non	7,4	7,2	7,6	5,7	5,5	5,9

3. Synthèse

L'analyse du niveau de confiance personnelle, par le biais des deux sous-échelles (confiance en soi au travail, satisfaction à l'égard du choix de carrière et de l'emploi), a révélé que le niveau de confiance en soi au travail semble de façon générale plus élevé que le niveau de satisfaction.

De façon résumée, le niveau de confiance personnelle est significativement plus faible pour l'une ou l'autre des deux sous-échelles chez les personnes : 1) ayant travaillé moins d'heures ou ayant travaillé sur des quarts de soir dans les deux semaines ayant précédé l'enquête; 2) ayant fait du temps supplémentaire obligatoire; 3) ayant vécu plusieurs changements de quart; 4) s'étant absentes du travail; 5) ayant travaillé en zone chaude ou en zones chaude et tiède; 6) jugeant que le nombre de personnes au travail était inadéquat lors de leur dernier quart, que les soins offerts par elles-mêmes ou par leur équipe étaient de mauvaise qualité lors du dernier quart ou encore que la qualité des soins s'est détériorée depuis le début de la pandémie. Les scores de confiance sont aussi statistiquement plus faibles chez les participants et participantes évaluant plus négativement leur état de santé physique ou mentale, et chez ceux et celles craignant davantage de contracter la COVID-19.

Par ailleurs, ce sont les infirmiers et infirmières ainsi que les infirmiers et infirmières auxiliaires qui tendent à rapporter significativement moins de confiance en soi au travail et de satisfaction à l'égard de leur choix de carrière et de leur emploi, comparativement aux autres catégories d'emploi. Nous observons aussi des différences significatives en fonction du type d'installation avec des scores plus faibles de confiance en soi au travail chez les personnes travaillant en clinique médicale ou groupe de médecine familiale ou encore en centre hospitalier.

Enfin, sur le plan des variables démographiques, il n'y avait pas de différence selon le sexe, la situation familiale et le fait d'être né au Canada ou pas. Cependant, les personnes âgées de 25 à 44 ans présentaient des scores statistiquement plus faibles sur les deux sous-échelles. Le fait d'être une personne seule ou d'être en couple avec enfant(s) de 5 ans ou moins ou de 6 à 11 ans est associé à des scores de satisfaction plus faibles.

CHAPITRE 8 : CONFIANCE INSTITUTIONNELLE

De manière générale, la confiance institutionnelle renvoie à la confiance que les individus placent dans les institutions formelles, comme les lois, et qui peuvent générer des relations de confiance en des individus indépendamment d'une quelconque connaissance personnelle de ceux-ci, ou d'une interaction directe avec eux (Lorentz, 2004). Selon Easton (1965), cette confiance est particulièrement importante dans la mesure où elle met en jeu la soutenabilité du régime démocratique. Sans elle, l'État ne peut mettre en place des politiques publiques de façon efficiente (Warren, 2018; Chevalier, 2019). La confiance institutionnelle est généralement mesurée au moyen de questions visant à évaluer la confiance des citoyens et citoyennes dans un certain nombre d'organisations. Dickes et ses collaborateurs (2010) identifient trois grands types d'organisations : les organisations des systèmes nationaux distributifs (systèmes d'enseignement, de sécurité sociale, de santé et de justice), les organisations nationales (parlement, administration publique, médias, syndicats, etc.) et les organisations autoritaires (armée, église, etc.). Dans le cadre de cette étude, nous avons fait le choix de retenir les organisations pertinentes dans le contexte de la crise sanitaire : les gouvernements fédéral et provincial, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), les syndicats, les ordres professionnels, les médias et la communauté scientifique.

1. La mesure

Afin de mesurer les facettes retenues de la confiance institutionnelle, nous avons posé la question suivante aux participants et participantes de la phase 1 du questionnaire :

Les questions suivantes portent sur votre degré de confiance envers différentes institutions ou organisations dont nous avons beaucoup entendu parler depuis le début de la pandémie de COVID-19. Dites-nous dans quelle mesure vous avez confiance en chacune d'elles.

Les énoncés étaient les suivants :

Énoncés	Noms courts
Les médias traditionnels (par exemple : presse, télévision, radio)	Médias traditionnels
Les médias sociaux (par exemple : Facebook, Twitter, blogues, Instagram)	Médias sociaux
Le gouvernement fédéral	Gouvernement fédéral
Le gouvernement provincial	Gouvernement provincial
Le ministère de la Santé et des Services sociaux	MSSS
L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)	INSPQ
La commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail (CNESST)	CNESST
Votre ordre professionnel	Ordres professionnels
Votre syndicat	Syndicats
La communauté scientifique (par exemple : chercheurs et experts)	Communauté scientifique

Pour chaque item, les personnes participantes étaient invitées à indiquer leur niveau de confiance sur une échelle de Likert à 5 niveaux : 1) aucune confiance, 2) faible confiance, 3) moyenne confiance, 4) grande confiance et 5) très grande confiance. Les personnes qui n'étaient pas syndiquées ou qui n'étaient pas membres d'un ordre professionnel pouvaient choisir l'option « ne s'applique pas » pour les questions portant sur ces institutions.

Les scores ont été rapportés sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifie un très faible niveau de confiance et 10, un niveau de confiance très élevé.

Le Tableau 96 présente les statistiques descriptives de chacun des items mesurés. Nous observons que les scores moyens de confiance varient fortement d'une institution à l'autre, variant de 2,6 à 7,4 sur l'échelle

de 0 à 10. La confiance est plus faible pour les médias sociaux (2,6), les médias traditionnels (4,2), le gouvernement fédéral (4,2) et les ordres professionnels (4,6). Elle est plus élevée pour la communauté scientifique (7,4) et l'INSPQ (6,0). Les écarts-types varient également d'une institution à l'autre. Ils sont plus faibles pour les médias sociaux (2,2) et plus élevés pour les syndicats (3,1), les ordres professionnels (3,1), le gouvernement provincial (3,0), le MSSS (3,0) et l'INSPQ (3,0).

Tableau 96 Statistiques descriptives des items mesurant la confiance envers les institutions (phase 1)

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart-type
Médias traditionnels	620	0,0	10,0	4,2	2,6
Médias sociaux	619	0,0	10,0	2,6	2,2
Gouvernement fédéral	623	0,0	10,0	4,2	2,7
Gouvernement provincial	627	0,0	10,0	5,1	3,0
MSSS	620	0,0	10,0	4,7	3,0
INSPQ	604	0,0	10,0	6,0	3,0
CNESST	602	0,0	10,0	5,5	2,8
Ordres professionnels	522	0,0	10,0	4,6	3,1
Syndicats	603	0,0	10,0	5,3	3,1
Communauté scientifique	567	0,0	10,0	7,4	2,7

Les différents items ont fait l'objet d'analyses factorielles en composantes principales en vue d'élaborer un indicateur synthétique. Les premières analyses ont révélé que le gouvernement fédéral, les ordres professionnels et les syndicats étaient peu corrélés avec les autres institutions et ont donc été retirés des analyses subséquentes. Une fois ces institutions retirées, l'analyse a permis d'identifier deux facteurs : le premier facteur regroupe les institutions liées de près ou de loin à la gestion de la crise sanitaire et des risques de contamination en milieu de travail (gouvernement provincial, MSSS, INSPQ, CNESST et communauté scientifique); le second regroupe les deux types de médias (Tableau 97). Le premier facteur présente une très bonne consistance interne ($\alpha = 0,853$) et le second, une consistance interne plutôt moyenne, explicable en partie par le petit nombre d'indicateurs le composant ($\alpha = 0,678$).

Tableau 97 Analyse en composantes principales des questions sur la confiance envers les institutions (phase 1)

		Facteur 1	Facteur 2
Items	Médias traditionnels		0,751
	Médias sociaux		0,919
	Gouvernement provincial	0,808	

	MSSS	0,803	
	INSPQ	0,875	
	CNESST	0,695	
	Communauté scientifique	0,668	
	% de variance expliquée	0,448	0,231
	KMO	0,776	
	Alpha de Cronbach	0,853	0,678

Deux échelles de confiance institutionnelle ont ainsi été créées par sommation simple. La première mesure la confiance à l'égard des institutions liées de près ou de loin à la gestion de la crise sanitaire et des risques de contamination en milieu de travail; la seconde mesure la confiance à l'égard des médias traditionnels et sociaux. Les scores de ces deux échelles ont été rapportés sur une échelle de 0 à 10, où 0 indique le niveau de confiance le plus faible et 10, le niveau de confiance le plus élevé. Le Tableau 98 présente les statistiques descriptives de ces deux échelles. La première, l'échelle de confiance à l'égard des institutions liées à la documentation et la gestion de la crise sanitaire, présente une moyenne de 5,7 et un écart-type de 2,3. La seconde, l'échelle de confiance à l'égard des médias, présente une moyenne de 3,4 et un écart-type de 2,1.

Tableau 98 Statistiques descriptives des échelles de confiances envers les institutions (phase 1)

	Institutions liées à la documentation et la gestion de la crise sanitaire	Médias
Moyenne	5,7	3,4
Écart-type	2,3	2,1
Minimum	0,0	0,0
Maximum	10,0	10,0
N	531	611

Les prochaines sous-sections examinent les corrélations entre ces échelles de confiance et : 1) les caractéristiques de l'emploi principal; 2) les caractéristiques de l'horaire de travail et les absences du travail; 3) les réaffectations ou le travail en zone chaude ou tiède; 4) l'appréciation des effectifs au travail et la qualité des soins offerts; 5) quelques indicateurs de santé; 6) diverses caractéristiques sociodémographiques. Les corrélations sont jugées significatives lorsque $p < 0,05$.

2. Niveaux de confiances envers les institutions

2.1. Selon les caractéristiques de l'emploi principal

La confiance à l'égard des institutions liées à la documentation et la gestion de la crise sanitaire est significativement plus faible chez les préposés et préposées aux bénéficiaires, les auxiliaires et les aides de services (5,4) et chez les infirmiers et infirmières auxiliaires (5,4) (Tableau 99). Le personnel travaillant dans un centre de réadaptation semble également faire un peu moins confiance à ces institutions (4,7), mais la relation observée entre cette confiance et le type d'installation n'est pas statistiquement significative. Les autres caractéristiques de l'emploi principal ne présentent pas de différences statistiquement significatives en ce qui a trait à la confiance envers les institutions liées à la documentation et à la gestion de la crise sanitaire.

La confiance à l'égard des médias est significativement plus faible chez les personnes entrées en emploi avant le début de la pandémie et ayant 5 ans ou moins d'ancienneté (2,8) et, dans une moindre mesure, chez celles ayant 6 à 10 ans d'ancienneté (3,1). Elle semble également un peu plus faible parmi les personnes travaillant dans un centre hospitalier (3,2) ou un CLSC (3,3) ainsi que chez les personnes dont le travail comporte des tâches de supervision ou de coordination (3,3); la significativité statistique de ces écarts est toutefois plus incertaine. Les autres caractéristiques de l'emploi principal ne présentent pas de différences statistiquement significatives en ce qui a trait à la confiance envers les médias.

Tableau 99 Niveaux de confiance envers les institutions selon le type d'institution et les caractéristiques de l'emploi principal (phase 1)

	Institutions liées à la documentation et la gestion de la crise sanitaire			Médias		
	Moyenne	Int. de confiance (95 %)		Moyenne	Int. de confiance (95 %)	
		Lim. inf.	Lim. sup.		Lim. inf.	Lim. sup.
Catégorie d'emploi		($p = 0,041$)			($p = 0,112$)	
Préposé.e.s aux bénéficiaires, auxiliaires et aides de services	5,4	4,9	5,9	3,7	3,3	4,1
Infirmier.ère.s auxiliaires	5,4	4,9	5,8	3,2	2,7	3,6
Infirmier.ère.s	5,7	5,3	6,0	3,3	3,0	3,6
Infirmier.ère.s	6,1	5,7	6,4	3,2	2,9	3,5
Inhalothérapeutes	6,2	5,6	6,7	3,8	3,3	4,2
Type d'installation		($p = 0,122$)			($p = 0,055$)	
CHSLD	5,5	5,1	6,0	3,5	3,2	3,9
Centre hospitalier (CH)	5,7	5,4	6,0	3,2	3,0	3,4
CLSC	5,6	5,1	6,1	3,3	2,9	3,8
Clinique médicale/Groupe de médecine familiale	6,4	5,4	7,3	3,7	3,0	4,4
Centre de réadaptation	4,7	3,5	5,9	3,8	2,6	4,9
Autre	6,5	5,6	7,3	4,2	3,4	5,0
Ancienneté dans l'emploi actuel		($p = 0,430$)			($p = 0,002$)	
Depuis mars 2020 ou après	5,9	5,1	6,6	3,9	3,4	4,4
Avant mars 2020, 5 ans et moins	5,7	5,3	6,2	2,8	2,4	3,2
6 à 10 ans	5,4	5,0	5,8	3,1	2,7	3,4
11 à 15 ans	5,8	5,4	6,3	3,5	3,1	3,9
16 à 20 ans	5,5	4,9	6,1	3,5	3,0	4,0
20 ans et plus	6,0	5,6	6,4	3,7	3,4	4,1
Tâches de supervision/coordination		($p = 0,823$)			($p = 0,095$)	
Oui	5,7	5,4	6,0	3,3	3,0	3,5

	Institutions liées à la documentation et la gestion de la crise sanitaire			Médias		
	Moyenne	Int. de confiance (95 %)		Moyenne	Int. de confiance (95 %)	
		Lim. inf.	Lim. sup.		Lim. inf.	Lim. sup.
Non	5,8	5,5	6,0	3,6	3,3	3,8
Soins directs aux patients, résidents, usagers		(p = 0,966)			(p = 0,529)	
Oui	5,7	5,5	5,9	3,4	3,2	3,6
Non	5,7	4,8	6,6	3,2	2,5	3,8
Statut d'emploi		(p = 0,877)			(p = 0,354)	
Permanent temps plein	5,7	5,5	5,9	3,5	3,3	3,7
Permanent temps partiel	5,6	5,3	6,0	3,2	2,9	3,5
Non permanent	5,8	5,1	6,5	3,3	2,7	3,8
Région de travail		(p = 0,270)			(p = 0,734)	
Région taux élevé	5,6	5,2	6,0	3,5	3,2	3,8
Région taux moyen	5,5	5,1	5,9	3,3	2,9	3,6
Région taux assez faible	5,8	5,5	6,1	3,4	3,1	3,7
Région taux faible	6,1	5,6	6,7	3,6	3,1	4,1

2.2. Selon les caractéristiques de l'horaire de travail et les absences du travail

La confiance à l'égard des institutions liées à la documentation et la gestion de la crise sanitaire est significativement plus faible chez les personnes ayant travaillé entre 30 et 60 heures au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête (5,3) et chez celles ayant travaillé plus de 90 heures (5,4) (Tableau 100). Les personnes n'ayant pas effectué d'heures supplémentaires (5,5) ainsi que celles n'ayant pas connu de changement de quart (5,6) affichent des niveaux de confiance envers ces institutions plus faibles que celles ayant travaillé des heures supplémentaires (5,8 à 6,2), et celles ayant connu un changement de quart (6,6). Les personnes ayant connu au moins un changement de quart, mais qui n'ont pas disposé d'un congé d'au moins 12 heures avant ce changement semblent toutefois présenter un niveau de confiance plus faible (5,8) que celles qui ont disposé d'un tel congé (6,6); la significativité statistique de cet écart est toutefois plus incertaine. Le type de quart de travail, le fait d'avoir effectué ou non des heures supplémentaires obligatoires et le fait de s'être absenté ou non du travail au cours du dernier mois ne présentent pas de différences statistiquement significatives en ce qui a trait à la confiance envers les institutions liées à la documentation et à la gestion de la crise sanitaire.

La confiance à l'égard des médias est significativement plus faible chez les personnes ayant travaillé des heures supplémentaires obligatoires (3,0) et chez celles qui se sont absentes du travail au cours du mois ayant précédé l'enquête (3,2) (Tableau 100). De même, les personnes ayant travaillé sur des quarts de nuit au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête semblent afficher une plus faible confiance envers les médias (3,1) que celles n'ayant pas travaillé sur des quarts de nuit (3,5); la significativité statistique de cet écart est toutefois plus incertaine. Bien que le nombre d'heures travaillées ne présente pas de relation statistiquement significative avec la confiance envers les médias, nous observons que les personnes ayant travaillé moins de 30 heures semblent faire un peu moins confiance aux médias (2,9). Les autres variables ne présentent pas d'écart statistiquement significatif.

Tableau 100 Niveaux de confiance envers les institutions selon le type d'institution, les caractéristiques de l'horaire de travail et les absences du travail (phase 1)

	Institutions liées à la documentation et la gestion de la crise sanitaire			Médias		
	Moyenne	Int. de confiance (95 %)		Moyenne	Int. de confiance (95 %)	
		Lim. inf.	Lim. sup.		Lim. inf.	Lim. sup.
Heures travaillées au cours des 2 dernières semaines		(p = 0,032)			(p = 0,396)	
Moins de 30 heures	5,6	4,7	6,5	2,9	2,2	3,6
30 à 60 heures	5,3	4,9	5,8	3,2	2,8	3,5
61 à 70 heures	5,6	5,2	6,0	3,4	3,1	3,8
71 à 80 heures	5,9	5,6	6,3	3,6	3,3	3,9
81 heures à 90 heures	6,5	6,0	7,0	3,5	3,0	4,0
Plus de 90 heures	5,4	4,5	6,3	3,4	2,6	4,1
A effectué du temps supplémentaire au cours des 2 dernières semaines		(p = 0,034)			(p = 0,040)	
Non	5,5	5,2	5,8	3,4	3,2	3,7
Oui, mais pas de temps supplémentaire obligatoire	6,2	5,8	6,5	3,7	3,3	4,0
Oui, dont du temps supplémentaire obligatoire	5,8	5,3	6,3	3,0	2,7	3,4
A travaillé sur des quarts de JOUR au cours des 2 dernières semaines		(p = 0,806)			(p = 0,229)	
Oui	5,7	5,5	5,9	3,5	3,3	3,7
Non	5,8	5,4	6,1	3,2	3,0	3,5
A travaillé sur des quarts de SOIR au cours des 2 dernières semaines		(p = 0,275)			(p = 0,701)	
Oui	5,9	5,5	6,2	3,4	3,1	3,6
Non	5,6	5,4	5,9	3,4	3,2	3,6
A travaillé sur des quarts de NUIT au cours des 2 dernières semaines		(p = 0,113)			(p = 0,068)	
Oui	6,0	5,6	6,5	3,1	2,7	3,4
Non	5,6	5,4	5,9	3,5	3,3	3,7

	Institutions liées à la documentation et la gestion de la crise sanitaire			Médias		
	Moyenne	Int. de confiance (95 %)		Moyenne	Int. de confiance (95 %)	
		Lim. inf.	Lim. sup.		Lim. inf.	Lim. sup.
Nombre de changements de quart au cours des 2 dernières semaines	($p = 0,011$)			($p = 0,927$)		
Aucun	5,6	5,4	5,8	3,4	3,2	3,6
Une seule fois	6,6	6,1	7,1	3,4	2,9	3,8
Deux fois ou plus	5,8	5,2	6,3	3,3	2,8	3,8
Changements de quart de travail toujours précédés d'un congé d'au moins 12 heures	($p = 0,062$)			($p = 0,136$)		
Oui	6,6	6,1	7,1	3,6	3,1	4,1
Non	5,8	5,2	6,4	3,1	2,6	3,6
Absence du travail au cours du dernier mois	($p = 0,109$)			($p = 0,029$)		
Oui	5,6	5,3	5,9	3,2	3,0	3,4
Non	5,9	5,6	6,1	3,6	3,3	3,8

2.3. Selon les réaffectations et le travail en zone chaude ou tiède

La confiance envers les institutions liées à la documentation et la gestion de la crise sanitaire n'est pas significativement liée à une réaffectation à d'autres tâches, une autre installation ou un autre département (Tableau 101) ni au fait d'avoir travaillé en zone chaude ou tiède.

Le fait d'avoir connu une réaffectation à de nouvelles tâches, une autre installation ou un autre département et le fait d'avoir travaillé en zone chaude ou tiède ne sont pas non plus liés de manière significative à la confiance à l'égard des médias.

Tableau 101 Niveaux de confiance envers les institutions selon le type d'institution, les réaffectations et le travail en zone chaude ou tiède (phase 1)

	Institutions liées à la documentation et la gestion de la crise sanitaire			Médias		
	Moyenne	Int. de confiance (95 %)		Moyenne	Int. de confiance (95 %)	
		Lim. inf.	Lim. sup.		Lim. inf.	Lim. sup.
Réaffectation nouvelles tâches, autre installation ou département		(p = 0,379)			(p = 0,532)	
Oui	5,5	4,9	6,1	3,3	2,8	3,7
Non	5,8	5,6	6,0	3,4	3,2	3,6
Réaffectation nouvelles tâches, autre installation ou département dernier mois		(p = 0,159)			(p = 0,742)	
Oui	5,3	4,6	6,0	3,3	2,9	3,8
Non	5,8	5,6	6,0	3,4	3,2	3,6
Travail en zone chaude ou tiède		(p = 0,813)			(p = 0,828)	
Non	5,8	5,4	6,2	3,5	3,1	3,8
Oui, zone chaude	5,7	5,2	6,2	3,3	2,9	3,8
Oui, zone tiède	5,5	5,1	5,9	3,3	2,9	3,6
Oui, zones chaude et tiède	5,8	5,4	6,1	3,4	3,2	3,7
Travail en zone chaude ou tiède, dernier mois		(p = 0,576)			(p = 0,552)	
Oui	5,6	5,3	5,9	3,3	3,0	3,6
Non	5,7	5,4	6,1	3,4	3,2	3,7
Travail en zone chaude ou tiède, dernier quart de travail		(p = 0,260)			(p = 0,220)	
Oui	5,8	5,3	6,2	3,2	2,8	3,5
Non	5,4	5,0	5,9	3,5	3,1	3,9

2.4. Selon l'appréciation des effectifs au travail et de la qualité des soins offerts

2.4.1. Confiance envers les institutions liées à la documentation et la gestion de la crise sanitaire

La confiance envers les institutions liées à la documentation et la gestion de la crise sanitaire varie de manière significative selon l'expérience de travail au cours du dernier quart de travail (Tableau 102). De manière générale, les personnes qui jugent passable ou pauvre la qualité des soins offerts par leur équipe (4,7 et 4,9) ou par elles-mêmes (5,0 et 4,8) présentent un niveau de confiance plus faible envers ces institutions.

De manière générale, les personnes qui jugent que le nombre de personnes au travail lors de leur dernier quart de travail était inadéquat affichent un niveau de confiance significativement plus faible envers les institutions liées à la documentation et la gestion de la crise sanitaire (5,4) que celles qui le jugent adéquat (6,0).

Enfin, les personnes qui jugent que la qualité des soins offerts aux patients depuis le début de la pandémie s'est détériorée affichent un niveau de confiance significativement plus faible envers les institutions liées à la documentation et la gestion de la crise sanitaire (5,4) que celles qui jugent qu'elle est restée la même (6,0) ou qu'elle s'est améliorée (6,7). Notons que ce sont les personnes qui ne peuvent se prononcer sur l'évolution de la qualité des soins qui affichent le niveau de confiance le plus faible envers ces institutions (4,2).

2.4.2. Confiance envers les médias

Les personnes qui jugent passable (2,8) ou mauvaise (2,4) la qualité des soins qu'elles ont offerts lors de leur dernier quart de travail présentent un niveau de confiance significativement plus faible envers les médias (Tableau 102). Une tendance similaire s'observe à propos du jugement sur la qualité des soins offerts par l'équipe de travail, mais celle-ci n'est pas statistiquement significative. Enfin, les personnes qui jugent que la qualité des soins offerts aux patients s'est détériorée semblent faire un peu moins confiance aux médias (3,1) que celles qui jugent qu'elle est restée la même (3,4) ou qu'elle s'est améliorée (4,1); la significativité de ces écarts est toutefois plus incertaine.

Tableau 102 Niveaux de confiance envers les institutions selon le type d'institution et l'appréciation des effectifs au travail et de la qualité des soins offerts (phase 1)

	Institutions liées à la documentation et la gestion de la crise sanitaire			Médias		
	Moyenne	Int. de confiance (95 %)		Moyenne	Int. de confiance (95 %)	
		Lim. inf.	Lim. sup.		Lim. inf.	Lim. sup.
Sentiment que le nombre de personnes au travail était adéquat		(p = 0,003)			(p = 0,405)	
Oui	6,0	5,8	6,3	3,5	3,2	3,8
Non	5,4	5,1	5,7	3,3	3,1	3,6
Jugement à l'égard de la qualité des soins offerts par l'ÉQUIPE DE TRAVAIL lors du dernier quart de travail		(p = 0,000)			(p = 0,176)	
Excellente	6,3	5,9	6,7	3,7	0,2	3,4
Bonne	5,9	5,6	6,2	3,4	0,1	3,1
Passable	4,7	4,3	5,2	3,2	0,2	2,8
Pauvre	4,9	3,9	6,0	3,0	0,3	2,3
Ne travaillait pas en équipe	6,6	4,9	8,3	3,1	0,8	1,3
Jugement à l'égard de la qualité des soins offerts par SOI-MÊME lors du dernier quart de travail		(p = 0,000)			(p = 0,040)	
Excellente	6,3	6,0	6,6	3,6	3,3	3,9
Bonne	5,5	5,3	5,8	3,4	3,2	3,7
Passable	5,0	4,3	5,7	2,8	2,4	3,3
Pauvre	4,8	2,6	6,9	2,4	1,1	3,6
Jugement à l'égard de l'évolution de la qualité des soins donnés aux patients depuis le début de la pandémie		(p = 0,000)			(p = 0,050)	
S'est améliorée	6,7	6,0	7,5	4,1	3,4	4,8
Est restée la même	6,0	5,7	6,3	3,4	3,1	3,7
S'est détériorée	5,4	5,1	5,7	3,1	2,9	3,4
Ne sait pas	4,2	2,3	6,0	3,3	2,3	4,3

2.5. Selon les indicateurs de santé

La confiance envers les institutions liées à la documentation et la gestion de la crise sanitaire est associée significativement à l'auto-évaluation de l'état de santé physique et mentale des participants et participantes (Tableau 103). De manière générale, les personnes qui jugent leur état de santé physique passable (4,9) ou mauvais (4,0) ainsi que celles qui jugent leur état de santé mentale passable (5,2) ou mauvais (5,0) présentent des niveaux de confiance statistiquement plus faibles que celles qui les jugent plus positivement. De même, les personnes présentant un problème de santé associé à un risque de développer des complications liées à la COVID-19 font moins confiance à ce type d'institution que celles n'en présentant pas (5,3 contre 5,8). Les personnes qui n'étaient pas vaccinées contre la COVID-19 au moment de l'enquête présentent également un niveau de confiance plus faible envers ces institutions que celles ayant reçu le vaccin (4,2 contre 5,9). En revanche, le fait d'avoir déjà contracté la COVID-19 ne semble pas lié à la confiance envers les institutions liées à sa documentation et sa gestion. Il en va de même des craintes à l'égard de la possibilité de contracter le virus, si ce n'est que les personnes qui craignent beaucoup de le contracter semblent avoir un peu moins confiance en ces institutions (5,3).

La confiance envers les médias ne varie pas de manière significative selon l'auto-évaluation de l'état de santé et la présence ou non d'un problème de santé mettant le travailleur à risque de développer des complications liées à la COVID-19. De même, le fait d'avoir déjà contracté le virus ou de craindre de le contracter ne semble pas lié à la confiance envers les médias. Nous constatons en revanche que les personnes qui n'avaient pas été vaccinées contre la COVID-19 au moment de l'enquête affichent un niveau de confiance envers les médias plus faible (2,8) que celles qui avaient reçu le vaccin (3,5).

Tableau 103 Niveaux de confiance envers les institutions selon le type d'institution et les indicateurs de santé (phase 1)

	Institutions liées à la documentation et la gestion de la crise sanitaire			Médias		
	Moyenne	Int. de confiance (95 %)		Moyenne	Int. de confiance (95 %)	
		Lim. inf.	Lim. sup.		Lim. inf.	Lim. sup.
Perception de l'état de santé physique		(p = 0,000)			(p = 0,750)	
Excellent	5,8	5,1	6,5	3,5	3,0	4,0
Très bon	6,2	5,9	6,5	3,5	3,2	3,8
Bon	5,8	5,5	6,1	3,3	3,0	3,6
Passable	4,9	4,4	5,5	3,3	2,9	3,8
Mauvais	4,0	2,9	5,0	3,1	2,3	3,9
Perception de l'état de santé mentale		(p = 0,000)			(p = 0,149)	
Excellent	5,9	5,0	6,7	3,6	2,9	4,3
Très bon	6,3	5,9	6,8	3,6	3,3	4,0
Bon	6,0	5,7	6,3	3,5	3,2	3,8
Passable	5,2	4,8	5,6	3,1	2,8	3,4
Mauvais	5,0	4,3	5,7	3,3	2,6	3,9
Présence d'un problème de santé à risque de développer des complications liées à la COVID-19		(p = 0,041)			(p = 0,569)	
Oui	5,3	4,8	5,8	3,3	2,9	3,7
Non	5,8	5,6	6,0	3,4	3,2	3,6
A reçu un test positif à la COVID-19		(p = 0,229)			(p = 0,958)	
Oui	5,4	4,9	6,0	3,4	2,9	3,9
Non	5,8	5,6	6,0	3,4	3,2	3,6
Craintes de contracter la COVID-19		(p = 0,592)			(p = 0,469)	
Oui, beaucoup	5,3	4,7	6,0	3,5	3,0	4,1
Oui, moyennement	5,9	5,3	6,5	3,1	2,7	3,5
Oui, un peu	5,7	5,4	6,0	3,5	3,2	3,8
Non, pas du tout	5,8	5,5	6,1	3,3	3,0	3,6
A reçu le vaccin contre la COVID-19		(p = 0,000)			(p = 0,026)	
Oui	5,9	5,7	6,1	3,5	3,3	3,6
Non	4,2	3,6	4,8	2,8	2,2	3,4

2.6. Selon les caractéristiques sociodémographiques

Les niveaux de confiance envers les institutions liées à la documentation et la gestion de la crise sanitaire sont significativement plus faibles chez les personnes âgées de 35 à 44 ans (5,3) et celles qui sont nées à l'étranger (4,3) (Tableau 104). De même, les personnes vivant en couple et ayant un enfant âgé de 6 à 11 ans semblent faire un peu moins confiance (5,0) à ce type d'institution que les autres participants et participantes (5,4 à 6,0); la significativité de cette observation est toutefois plus incertaine. Les autres caractéristiques sociodémographiques ne semblent pas liées à la confiance envers les institutions de documentation et de gestion de la crise sanitaire.

Les personnes âgées de 25 à 44 ans affichent une confiance significativement plus faible envers les médias que les autres participants et participantes (3,1 et 3,2 contre 3,5 à 4,1). Il en va de même des personnes dont le conjoint est actif à l'extérieur du système de santé et des services sociaux (3,2) et de celles qui ne sont pas en situation de proche aidance (3,3). Les autres caractéristiques sociodémographiques ne présentent pas de différences statistiquement significatives quant au niveau de confiance envers les médias.

Tableau 104 Niveaux de confiance envers les institutions selon le type d'institution et les caractéristiques sociodémographiques (phase 1)

	Institutions liées à la documentation et la gestion de la crise sanitaire			Médias		
	Moyenne	Int. de confiance (95 %)		Moyenne	Int. de confiance (95 %)	
		Lim. inf.	Lim. sup.		Lim. inf.	Lim. sup.
Sexe	($p = 0,202$)			($p = 0,916$)		
Homme	5,3	4,6	6,0	3,4	2,8	4,1
Femme	5,8	5,5	6,0	3,4	3,2	3,6
Groupe d'âge	($p = 0,000$)			($p = 0,006$)		
18-24 ans	7,3	6,5	8,1	3,5	2,6	4,4
25-34 ans	5,9	5,6	6,3	3,1	2,8	3,4
35-44 ans	5,3	4,9	5,6	3,2	2,9	3,5
45-54 ans	5,6	5,2	6,0	3,5	3,2	3,9
55 ans et plus	6,0	5,4	6,5	4,1	3,6	4,6
Lieu de naissance	($p = 0,002$)			($p = 0,057$)		
Au Canada	5,8	5,6	6,0	3,4	3,3	3,6
À l'étranger	4,3	3,2	5,4	2,6	1,8	3,5
Situation conjugale	($p = 0,296$)			($p = 0,011$)		
Sans conjoint	5,9	5,5	6,4	3,4	3,1	3,8
Avec conjoint non actif sur le marché du travail	6,1	5,2	7,0	4,3	3,8	4,9
Avec conjoint actif dans système santé et services sociaux	5,4	4,9	6,0	3,7	3,2	4,2
Avec conjoint actif à l'extérieur du système de santé et des services sociaux	5,6	5,4	5,9	3,2	3,0	3,5
Situation familiale	($p = 0,088$)			($p = 0,257$)		
Personne seule	6,0	5,6	6,5	3,4	3,0	3,8
En couple, sans enfant de moins de 18 ans	5,8	5,5	6,1	3,6	3,3	3,9
En couple, plus jeune enfant de 5 ans ou moins	5,5	5,0	6,0	2,9	2,5	3,4
En couple, plus jeune enfant de 6 à 11 ans	5,0	4,4	5,6	3,2	2,7	3,7
En couple, plus jeune enfant de 12 à 17 ans	5,9	5,3	6,5	3,5	3,0	4,0
Personne monoparentale, plus enfant de moins de 18 ans	5,4	4,4	6,5	3,4	2,5	4,2
Situation de proche aidance	($p = 0,484$)			($p = 0,006$)		
Oui	5,5	4,9	6,1	4,0	3,5	4,5
Non	5,7	5,5	5,9	3,3	3,1	3,5

3. Synthèse

L'analyse du niveau de confiance envers les institutions liées à la documentation et la gestion de la crise sanitaire a révélé que cette confiance est statistiquement plus faible chez les préposés et préposées aux bénéficiaires, auxiliaires ou aides de services, les infirmiers et infirmières auxiliaires, les personnes travaillant de 30 à 60 heures par semaine et celles travaillant plus de 90 heures, celles n'ayant pas travaillé des heures supplémentaires et celles n'ayant pas connu de changement de quart au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. De même, les personnes jugeant négativement la qualité des soins offerts par elles-mêmes ou par leur équipe de travail lors de leur dernier quart de travail ainsi que celles qui considèrent que la qualité des soins offerts aux patients s'est détériorée depuis le début de la pandémie affichent un niveau de confiance plus faible à l'égard des institutions liées à la documentation et la gestion de la crise sanitaire. Les personnes évaluant négativement leur état de santé physique et/ou mentale ainsi que celles présentant un problème de santé les mettant à risque de développer des complications liées à la COVID-19 présentent une confiance plus faible envers ce type d'institution. Il en va de même des personnes qui n'étaient pas vaccinées au moment de l'enquête ainsi que des personnes âgées de 35 à 44 ans et de celles nées à l'étranger. Bien que ces constats soient statistiquement plus incertains, les personnes n'ayant pas eu de congé d'au moins 12 heures avant un changement de quart de travail, celles qui travaillent dans un centre de réadaptation et celles qui vivent en couple et dont le plus jeune enfant est âgé de 6 à 11 ans semblent également présenter un niveau de confiance plus faible envers ce type d'institution.

Quant à la confiance envers les médias, elle est plus faible chez les personnes entrées en emploi avant le début de la pandémie et ayant 10 ans ou moins d'ancienneté, celles ayant travaillé des heures supplémentaires obligatoires, celles qui jugent négativement la qualité des soins qu'elles ont offerts lors de leur dernier quart de travail, celles qui n'étaient pas vaccinées au moment de l'enquête, celles âgées de 25 à 44 ans, celles ayant un conjoint actif à l'extérieur du système de santé et des services sociaux ainsi que chez celles qui n'agissent pas comme proche aidant. Bien que ces variables n'aient pas révélé de différences statistiquement significatives, les niveaux de confiance envers les médias semblent un peu plus faibles dans les centres hospitaliers et les CLSC, chez les personnes qui ont des tâches de supervision ou de coordination du travail, celles qui ont travaillé des quarts de nuit au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, celles qui jugent que la qualité des soins s'est détériorée depuis le début de la

pandémie et celles qui sont nées à l'étranger. De même, les personnes qui ont travaillé moins de 30 heures semblent faire un peu moins confiance aux médias.

CHAPITRE 9 : UNE SYNTHÈSE SUR LA CONFIANCE

Les résultats qui ont été discutés dans les chapitres précédents révèlent que les niveaux de confiance organisationnelle et personnelle ont diminué depuis le début de la pandémie. Malgré une certaine récupération entre le printemps 2021 et décembre 2022, ces niveaux sont demeurés plus faibles qu'avant le début de la pandémie. La confiance envers l'employeur, déjà problématique avant le début de la pandémie, et la confiance envers les supérieurs immédiats sont les confiances organisationnelles qui ont été les plus affectées. Il semble par ailleurs que les membres du personnel soignant remettent davantage en question leur choix de carrière, comme en témoigne la forte diminution de cet aspect de la confiance personnelle observée depuis le début de la pandémie. Bien qu'elles aient également diminué, les confiances envers les collègues de travail, les patients et les capacités à bien faire son travail sont demeurées relativement fortes. La confiance envers le personnel d'agence est toutefois demeurée faible et une plus grande méfiance est observée à l'égard de la famille et des proches des patients.

Le présent chapitre synthétise des corrélations entre les différentes échelles de confiance et les caractéristiques de l'emploi principal, les caractéristiques de l'horaire de travail et les absences du travail, les réaffectations ou le travail en zone chaude ou tiède, l'appréciation des effectifs au travail et la qualité des soins offerts, quelques indicateurs de santé et diverses caractéristiques sociodémographiques. Ces corrélations sont discutées à la lumière des propos tenus par les personnes ayant participé à un groupe de discussion ou à un entretien individuel lors de la première phase de la recherche.

1. Les caractéristiques de l'emploi principal

1.1. Les groupes professionnels

Les infirmiers cliniciens et infirmières cliniciennes ainsi que les infirmiers et infirmières affichent le niveau de confiance personnelle le plus faible et rapportent davantage une diminution de cette confiance (Tableau 105). Selon les propos tenus lors des groupes de discussion, les réaffectations, mais aussi les craintes d'être réaffecté à un autre emploi, une autre installation ou un autre établissement ont participé à l'affaiblissement de la confiance personnelle chez ces personnes.

Puis le délestage en CHSLD. Quand tu n'es pas habituée de travailler en CHSLD, on sait ce que c'est. Ce n'est pas une qualité de soins. C'est du travail à la chaîne. J'ai fait de l'écrasage de pilules à la journée longue. Puis en commençant ma journée, tu es déjà en retard. Puis tu ne connais pas les patients, etc. Ça a été horrible. Puis j'ai été juste délestée pendant deux semaines, parce que j'ai rappelé ma boss au bout de deux semaines, j'ai dit : « Tu me rapatries ou moi, je donne ma démission. Ou tu me trouves quelque chose d'autre », mais toutes les autres choses, c'était soins intensifs, urgence. J'ai fait de l'urgence, mais voilà 15 ans. Je n'ai plus ça, ces techniques-là. Ça fait que finalement, ils m'ont rapatriée par la suite. Mais c'est sûr que ça a été, tout le long, c'était toujours la menace de délestage. Pas menacée directement, mais je savais que si ça restait là, je pouvais être délestée n'importe quand, à tout moment. Ça, c'était bien fatigant. (Infirmière)

Ça fait que j'aurais pu être délestée. Mais puisque j'avais l'expérience dans les deux départements, ils pouvaient m'envoyer où est-ce qu'ils voulaient entre les deux départements. Donc, grâce à ça, je n'ai pas été délestée. Mais en tout temps, c'est toujours la pression, le stress de se dire : « Ah, bien là, cette semaine, ça va-tu changer? ». Ça fait que ça, tu perds en quelque sorte la confiance en ton employeur. Parce que tu dis : « Oui, je suis un peu comme un numéro, tsé ». (Infirmière)

En outre, les décès des patients, leur isolement, les soins empêchés, le contexte de travail difficile et la charge de travail ont nui à la confiance chez les infirmiers cliniciens et infirmières cliniciennes et chez les infirmiers et infirmières.

Je me suis vraiment sentie comme, je n'ai pas réussi à les sauver. Moi, j'ai passé longtemps de ma carrière avec les personnes âgées. J'adore les personnes âgées. J'étais comme : « On les a vraiment comme... On les a manquées. On les a déçues. On a échoué ». Ça fait que ça, ça a été comme quelque chose qui a été vraiment difficile. (Infirmière)

C'est un gros coup d'arriver puis faire comme : « Ouch! OK! Il y en a 40 qui sont décédés en fin de semaine ». Puis nous, il faut qu'on remplisse ces lits-là. Ça fait que là, tu dis : « Nice, je vais remplir les lits, mais je les envoie-tu sur la ligne verte, tsé? ». C'est dur. Puis je pense que ça a

fait des mini chocs post-traumatiques de comme continuellement, semaine après semaine, ça a été vraiment comme difficile. (Infirmière)

On nous demandait plus, mais forcément les gens ont abaissé certains gestes là tsé, pis le niveau de soins n'était pas le même. (infirmière)

Non, on était moins performants qu'en temps normal là, les infections, ça a parti. (Infirmière)

Les infirmiers cliniciens et infirmières cliniciennes ainsi que les infirmiers et infirmières sont également les personnes participantes qui font le moins confiance à la direction de l'établissement (Tableau 105). Cette moindre confiance envers la direction ne semble toutefois pas attribuable à la gestion de la sécurité en milieu de travail ni à la gestion de la crise sanitaire par les institutions impliquées, puisque c'est dans ces deux groupes professionnels que ces confiances sont les plus élevées. Cela laisse penser que la plus faible confiance envers la direction est davantage liée à la gestion courante des opérations et n'est pas spécifiquement liée à la pandémie.

Les difficultés du personnel infirmier à réaliser son travail selon les standards professionnels de la profession ainsi que le conflit de valeurs font partie des explications données par les infirmiers et infirmières ayant participé aux groupes de discussion.

Par contre, moi aussi, j'ai vécu par rapport à la confiance, pas nécessairement une confiance diminuée par rapport à mes capacités de faire les choses, mais capacités personnelles et professionnelles. C'est plus dans l'organisation du travail qui était chamboulée, qui faisait en sorte que quand tu arrivais chez vous le soir, tu n'avais pas l'impression d'avoir fait tout de ce que tu devais faire dans la journée. Pas parce que tu n'étais pas personnellement capable de le faire. C'est juste que, bon, à cause du manque de personnel, tu devais prioriser les choses. Ce qui fait que, au bout de la journée, bien, il y a des choses qui n'étaient pas faites ou qui n'étaient pas faites selon les standards qui étaient attendus par la pratique infirmière. [...] Puis à un moment donné, tsé, les valeurs ne sont tellement plus les mêmes que tu te dis : « Bien, est-ce que je vais continuer à travailler dans une machine comme ça qui n'est pas difficile à travailler, mais qui ne répond même plus aux valeurs auxquelles j'ai commencé à travailler avec ». (Infirmier)

Ce conflit de valeurs était exacerbé par les règles sanitaires, et notamment l'isolement des patients.

Ça nous a manqué ça. Quand ils apprennent des mauvaises nouvelles là, par Teams ou par Zoom là le conjoint à l'autre bout là c'est pas ça dont ils ont besoin là. Fait que ça, ça a été assez difficile. (Infirmière)

Beaucoup les valeurs je dirais que c'était beaucoup avec les mourants là qu'on coupait de leurs proches. (Infirmière)

D'autres membres du personnel infirmier ayant participé aux groupes de discussion relèvent le manque de respect, le sentiment d'être peu écoutés et le peu de soutien de la part des gestionnaires.

Moi, c'est plus une perte de confiance envers mon établissement. Dans le fond, le respect des compétences, le respect des droits de pratique, le respect des employés a vraiment, vraiment pris le bord. La non-volonté non plus d'essayer de maintenir les employés au travail malgré leur découragement. Tellement de démissions, du moins dans [région] quand tout allait mal. Je manque moi-même de respect envers les gens qui ont manqué de respect envers mes collègues. Parce que je me dis que ça n'a pas de bon sens. J'ai tellement perdu beaucoup de mes collègues qui auraient pu nous aider dans les deux dernières années. Mais il y a eu un manque complet de suivi des gens. Puis, bien, on se retrouve à être délestés nous dans les GMF, on y a goûté là. J'ai vu aller pallier ces démissions, ces départs ou ces maladies-là par ce manque au niveau de la gestion qui était immense. Le problème était immense, je le reconnais, mais il y a eu un manque d'écoute énorme, je pense, de la part des établissements et des supérieurs. (Infirmière)

Je trouve qu'on n'est pas très bien soutenue globalement en tant qu'infirmière. Puis au niveau de la confiance de la gestion, moi, j'ai mes gestionnaires qui changent à peu près aux six mois. Ça fait que tu commences à avoir confiance en quelqu'un, tu commences à être habituée à quelqu'un, puis finalement, oh, changé, parti ailleurs. Ça fait que ça a changé. Je pense qu'il a eu cinq ou six gestionnaires depuis que je suis arrivée, facilement. Donc, c'est difficile d'avoir confiance. (Infirmière)

On se rendait compte qu'il y avait des incohérences avec ce que les grands gestionnaires demandaient. Plus on était comme : « La façon que vous faites ça, ça fait en sorte qu'il y en a admettons à l'hôpital qui restent plus longtemps. Pendant ce temps-là, ils pognent la COVID. Après, ils ne peuvent pas sortir de l'hôpital parce qu'ils ont la COVID. Puis, éventuellement, il y en a qui décèdent ». Ça fait que là, on était comme : « Il y a une façon de prévenir des décès ». Puis on se faisait dire : « Bien ça, c'est vraiment en haut de nous autres comment c'est géré ». Genre, le ministère s'en fiche un peu. Ça fait qu'ils n'écoutaient jamais les gens sur le plancher. (Infirmière)

Certaines infirmières ayant participé aux groupes de discussion sont allées jusqu'à parler d'omerta dans le milieu de la santé.

Parce que, tsé, l'omerta dans le milieu de la santé, est encore là. Tu ne peux pas dire ce que tu penses parce que tu vas avoir une lettre d'insubordination. (Infirmière)

Quand il voyait que les gestionnaires n'écoutaient pas. Puis les gestionnaires, ses gestionnaires, tsé, il a fait des pieds et des mains pour changer, pour que les patients soient corrects. Je suis sûre que quand il va arriver vers les portes du paradis, il va se sentir bien de l'avoir fait, mais c'est sa carrière qui en a pris un coup parce que je vous garantis qu'il s'est fait tasser, tsé. Même s'il était syndiqué, ils ne pouvaient pas le tasser facilement, mais ils lui ont fait savoir jusqu'à tant qu'il quitte. Tu comprends. Ça fait que cette omerta, elle existe définitivement. (Infirmière)

Le groupe des infirmiers et infirmières cliniciennes est celui qui rapporte davantage une diminution de la confiance envers les patients (Tableau 105). En revanche, c'est dans ce groupe que la confiance envers les collègues est la plus élevée. À ce propos, les infirmiers et infirmières ainsi que les infirmiers cliniciens et infirmières cliniciennes des groupes de discussion ont néanmoins souligné l'enjeu des nombreux départs et du délestage sur la confiance envers les collègues, notant les enjeux d'accueil (charge accrue) et d'expertise.

Ça fait qu'on a perdu quand même plusieurs. Oui, on a eu quelques personnes délestées justement qui avaient fait de la natalité il y a 10 ou 15 ans. Donc, ce n'était plus du tout la même chose. La relation était beaucoup tendue, c'est sûr, avec toutes les collègues restantes. Tout le monde était stressé. Tout le monde est fatigué. Tout le monde est tanné. (Infirmière)

Oui, ça affecte le sentiment d'équipe parce qu'on a une nouvelle personne orientée à chaque semaine. (Infirmier)

Tsé, il faut s'investir quand on oriente. En tout cas, c'est la façon que je le fais quand j'oriente les gens. Mais à un moment donné, c'est fatigant de s'investir en disant : « Bien, cette personne-là va quitter ». Surtout si elle te le dit. Ça fait que je le fais quand même, mais ça affecte quand même le climat de l'équipe et la confiance qu'on a envers pas nécessairement la personne qui arrive, mais envers l'employeur qui ne met pas en place les stratégies pour garder son personnel. (Infirmière)

Le respect des consignes peut également nuire à la confiance, mais il s'agit d'un reproche qui semble concerner les autres groupes professionnels.

Le groupe des préposés et préposées aux bénéficiaires, des auxiliaires et des aides de service est celui où la confiance personnelle est la plus élevée et où cette confiance a le moins diminué depuis le début de la pandémie (Tableau 105). La confiance personnelle est également plus élevée chez les infirmiers et infirmières auxiliaires. En outre, ces deux groupes professionnels rapportent moins une diminution de la confiance envers leurs patients. Ils affichent toutefois les niveaux de confiance envers les collègues les plus faibles et font moins confiance à la gestion de la sécurité dans leur milieu de travail.

Concernant la confiance personnelle, des personnes ayant participé aux groupes de discussion ont relaté des aspects positifs de la pandémie, qui aurait été l'occasion, pour certaines d'entre elles, de développer de nouvelles compétences, voire de se les faire reconnaître.

Mais en même temps, ça m'a ouvert des portes au travail dans le sens que là ben, je suis dans l'équipe PCI, je fais de la formation aux nouveaux employés, je fais les fit tests au niveau des N95 aussi. Euh, puis, c'est ça, pis j'suis pas mal partout un peu dans la maison à ce moment-là, fait que ça m'a ouvert des portes ailleurs, pis ça l'a montré au niveau de mon employeur

d'autres capacités qu'il avait pas vu avant. Fait que ça, ç'a été plus bénéfique, là, de ce côté-là. (Infirmière auxiliaire)

Chez les préposés et préposées aux bénéficiaires, plusieurs nouvelles recrues ont dit à quel point elles se sentaient valorisées dans leur nouvel emploi, le comparant parfois à des emplois précédents, et se montrant particulièrement reconnaissantes vis-à-vis de la formation reçue.

Il n'y a pas un travail que j'ai trouvé plus le fun et valorisant que ça. J'ai trouvé que ça... j'ai toujours eu un sourire. Tsé, peut-être que ça venait chercher plein de qualités que les autres emplois ou les autres... ne venaient pas chercher. Mais j'ai un plaisir extraordinaire. (Préposée aux bénéficiaires)

Être préposé, là, je pense que, malgré tous les métiers que j'ai faits avant, c'est le métier qui m'a le plus rempli le cœur de bonheur. (Préposé aux bénéficiaires)

On est de la nouvelle cohorte, on a appris une nouvelle façon de travailler. On a appris la douceur, on a appris le respect. On a appris un paquet d'affaires qui n'existent pas nécessairement dans notre milieu. (Préposée aux bénéficiaires)

Si les préposés et préposées aux bénéficiaires et les infirmiers et infirmières auxiliaires jugent plus positivement leur confiance personnelle au travail que ne le font les infirmiers cliniciens et infirmières cliniciennes et les infirmiers et infirmières, il demeure que certains d'entre eux rapportent des expériences difficiles, souvent en lien avec les conséquences de la COVID sur les patients.

Ça fait que, tsé, c'est comme, moi, j'ai ressenti qu'on aurait pu faire mieux. C'est comme si c'était voulu qu'autant de personnes âgées meurent. Puis ça, je ne peux pas l'enlever de mon cœur parce que ce n'était pas nécessaire. (Infirmière auxiliaire)

Tsé, comme [participante] disait, le masque, la visière, tout ça, les personnes âgées, tellement froid. C'est tellement froid. Ils n'ont pas droit de visite. Ils vont peut-être mourir seuls. C'est triste. C'est une catastrophe. (infirmière auxiliaire)

Puis il y a trop de monde qui ont la COVID, qui ont été malades longtemps. Il y a des gens qui ont été trois mois dans leur chambre enfermés. Tsé, on ne pouvait pas les sortir, on ne pouvait pas les amener aux bains. Moi, j'ai trouvé ça atroce. (Préposée aux bénéficiaires)

Chez les nouveaux préposés aux bénéficiaires, nous observons également une certaine désillusion avec l'intégration en emploi et la confrontation avec la réalité du terrain.

Pas nécessairement les cours. Parce que les cours, c'était sympathique. C'était très technique, pour ne pas se blesser, là. Comment sortir un patient du lit puis tout ça. Et c'était beaucoup sur le côté pratique. Donc, tout le monde était motivé. C'était le fun puis on faisait beaucoup de simulations. Mais ce n'est pas du tout, du tout dans la réalité. (Préposée aux bénéficiaires)

La surcharge de travail et le manque de personnel affectent également la confiance personnelle des infirmiers et infirmières auxiliaires ainsi que des préposés et préposées aux bénéficiaires. On déplore le fait qu'on doive parfois couper sur la quantité ou la qualité des soins qu'on donne aux patients.

Tsé là c'est sûr, moi dans mon centre, beaucoup de manque de personnel, qui a vraiment affecté comme la qualité des soins que moi je donnais en tant que préposée aux bénéficiaires. Moi je me suis ramassée seule sur un étage d'une vingtaine de patients comme préposée aux bénéficiaires. Tsé j'avais personne pour m'aider, j'avais des toilettes, j'avais de l'alimentation à faire, tout ça. (Préposée aux bénéficiaires)

Hum, c'est sûr que comme je disais, comme on disait, il y avait comme mon conflit de valeurs, tsé que je vis encore aujourd'hui. Que je sais que je donne mon 200 %, j'essaie de faire de mon gros gros possible, pis de donner les meilleurs soins possible. Pis je sais que j'ai des compétences, pis que je suis capable de donner les meilleurs soins possible, mais des fois, dans le contexte dans lequel on est, c'est pas possible. Fait que, tsé j'ai confiance en mes capacités, en ce que j'suis capable de faire, sauf que je suis pas... C'est ça, je suis quand même humaine, pis il y a 24 heures dans une journée, tsé. (Préposée aux bénéficiaires)

Ça fait que les conditions, avec 15, je n'ai pas de temps. Je ne donne pas de temps de qualité à mes patients. Combien de fois qu'on dit, vous allez dire probablement comme ça aussi : « Oui, oui, ce ne sera pas long, je vais revenir ». Tu n'as pas le temps. (Infirmière auxiliaire)

Tsé, il veut jaser. Bien là, je m'excuse, il y a une cloche qui sonne, même si ce n'est pas à toi, ce n'est pas grave parce que tu le sais, toi, dans ta tête, tout ce que tu as à faire. Mais tu te pousses du patient parce que tu ne peux pas le prendre le deux minutes, tu n'as pas le temps. (Infirmière auxiliaire)

Concernant la confiance envers les collègues, les préposés et préposées aux bénéficiaires ayant participé aux groupes de discussion rapportent un conflit avec le personnel plus ancien. Parmi ces personnes participantes, certaines faisaient partie de la nouvelle cohorte de préposés et préposées aux bénéficiaires embauchés dans le cadre du programme de recrutement lancé par le gouvernement dans les mois qui ont suivis le début de la pandémie.

Puis, au début, probablement que [autre participante] peut témoigner, on n'a pas été bienvenus. On n'a vraiment pas été bienvenus parce qu'on s'en allait prendre la place. On s'en allait peut-être voir des défauts qu'eux avaient enclenchés depuis dix, quinze ans. Je ne sais pas. Tsé, quand ils font tous leurs soins vite, vite puis on fait la tournée puis ils s'en vont dans le fond sur leur cellulaire. (Préposée aux bénéficiaires)

J'ai des collègues, ça fait 30 ans qui sont là, qui brusquaient les personnes âgées, tsé. Je me disais : « Hé, ils souffrent assez tellement! » Tsé, sur nos étages, les gens, il y en a qui ont été enfermés comme plus que 12 semaines dans leur chambre sans pouvoir sortir dans le corridor. Ils n'ont pas de bain. On les lave à mitaine. Puis en plus, tsé, tu es enragé, tu es brusque, tsé. C'est ça, ça se mêle un peu dans mon niveau de confiance par rapport à ça. (Préposée aux bénéficiaires)

Dans le cas des infirmiers et infirmières auxiliaires, la plus faible confiance envers la gestion de la sécurité en milieu de travail va de pair avec une plus faible confiance envers la direction. L'inverse s'observe chez les préposés et préposées aux bénéficiaires, les auxiliaires et les aides de service, lesquels affichent le niveau de confiance envers la direction le plus élevé.

Les inhalothérapeutes se démarquent par des niveaux de confiance souvent plus élevés que les autres groupes professionnels, notamment lorsqu'il s'agit de la direction de l'établissement, de la gestion de la sécurité en milieu de travail et de la gestion de la crise sanitaire par les institutions impliquées (Tableau 105). Ils affichent également un niveau de confiance envers leurs collègues plus élevé que les autres groupes professionnels et se montrent généralement plus satisfaits de leur emploi.

Tableau 105 Différences statistiquement significatives observées selon la catégorie professionnelle (phase 1)

		Préposé.e.s aux bénéficiaires, auxiliaires et aides de services	Infirmier.ère.s auxiliaires	Infirmier.ère.s	Infirmier.ère.s clinicien.ne.s	Inhalothérapeutes
Diminution de la confiance	Choix de carrière	Vert			Rouge	
	Capacités à bien faire son travail	Vert		Rouge	Rouge	
	Employeur					
	Supérieur immédiat					
	Collègues					
	Personnel d'agence					
	Patients	Vert	Vert		Rouge	
Famille des patients						
Direction	Gestion	Vert	Rouge	Rouge	Rouge	Vert
	Perception critique			Rouge		
Supérieurs immédiats						
Impersonnelle	Gestion sécurité	Rouge	Rouge	Vert	Vert	Vert
	Accès à l'information					
	Qualité de l'information					
Collègues		Rouge	Rouge		Vert	Vert
Patients						
Confiance personnelle	Confiance en soi	Vert	Vert	Rouge	Rouge	
	Satisfaction en emploi	Vert			Rouge	Vert
Institutions	Gestion				Vert	Vert
	Médias					

Note de lecture : Seules les relations statistiquement significatives sont indiquées. Les cellules vertes correspondent à une plus faible diminution de la confiance, un niveau de confiance ou de satisfaction supérieur, une perception critique ou un niveau d'inquiétude plus faible. À l'inverse, les cellules rouges correspondent à une plus forte diminution de la confiance, un niveau de confiance ou de satisfaction inférieur, une perception critique plus élevée ou un niveau d'inquiétude plus élevé.

1.2. Les établissements

La confiance envers la direction est plus faible dans les centres hospitaliers et dans les CHSLD (Tableau 106). Ces établissements font également partie de ceux où la confiance envers les supérieurs immédiats est la plus faible. La confiance impersonnelle semble également plus faible dans les centres hospitaliers, en particulier lorsqu'il s'agit de l'accès à l'information et de la qualité de l'information, situation qui ne s'observe toutefois pas dans les CHSLD où, au contraire, la confiance envers l'accès à l'information est plus élevée qu'ailleurs.

Plusieurs personnes ayant participé aux groupes de discussion ont fait état de la taille et de la lourdeur bureaucratique des organisations pour expliquer ces plus faibles niveaux de confiance.

Le problème, c'est qu'on n'a pas... c'est [autre participante] qui a dit ça, c'est que ça prend tellement de temps que ça déboule jusqu'au niveau plancher que c'est là le problème. C'est entre ces deux affaires-là qu'est le problème. Mais on ne sait pas où l'identifier parce que la machine est tellement grosse que ça bloque à quelque part, puis on ne se demande pas trop c'est où. On n'est pas capable de l'identifier parce qu'il y a trop de monde. (Infirmier)

J'ai été très méfiante envers l'employeur parce que, aujourd'hui, on dit ça. Demain, la version change. Tu poses... tu te fais dire de quoi le matin. Puis nous autres, notre gestionnaire, elle en a comme trop grand à couvrir. Ça fait que c'était difficile pour elle quand même de tout gérer ça. Parce que moi, c'est des URFI à l'hôpital, mais elle avait tout le reste des CHSLD qui sont éparpillés partout. Puis le CIUSSS MCQ, bien, il est grand. Ça fait que c'est ça. (Infirmière auxiliaire)

Je trouve que tout est compliqué. [...] Tout est compliqué. Là, j'ai besoin d'une interrogation, admettons, pour ma paye. Bien là, c'est un courriel. Là, ils ne te répondent pas. Elle envoie ça dans un autre département. Je ne sais pas. Ça me donne des maux de tête. Je te le dis, là, c'est complexe. Bon, là, l'équité salariale, ce n'était pas bon. Il y avait des erreurs. Là, on va revenir là-dessus. Hé, c'est incroyable. C'est incroyable, incroyable, incroyable! C'est sûr c'est une très, très grosse bâtisse. C'est une grosse machine. (Préposée aux bénéficiaires)

Puis je pense que, oui, la grandeur CIUSSS maintenant n'a pas aidé pantoute à l'envoi d'informations. Ça ne se rendait pas. Il y a un bogue à quelque part. Le Wi-Fi ne marchait pas, puis rien de ça. Ce qui a amené une grosse méfiance. (Préposée aux bénéficiaires)

J'ai l'impression aussi que c'est tellement, tellement, tellement gros, un CIUSSS, là, qu'il n'y a personne qui est imputable. C'est ça l'affaire. C'est ça que j'ai remarqué. Parce que, tsé, on parlait un peu de syndicat. [...] C'est l'imputabilité. Il n'y a pas la structure. Je ne veux pas dire qu'il n'y en a pas. Il y a sûrement une structure quelconque, mais on ne sent pas, on est des petits pions. Je ne sais pas. C'est ça que... Je ne me suis pas sentie encadrée. Je ne me suis pas sentie soutenue. Je n'me suis pas sentie encouragée et valorisée sur ça. Oui. C'est tous des

points que tu te détaches. Tu ne t'identifies plus. Tu essaies, tu veux, mais il n'y a personne qui t'aide à tourner la roue. (Préposée aux bénéficiaires)

Les cliniques médicales et les GMF sont les établissements où les confiances envers la direction et la qualité de l'information sont les plus élevées (Tableau 106). Ils sont également les établissements où la confiance envers les collègues de travail est la plus forte. En revanche, ces établissements font partie de ceux où la confiance envers les supérieurs immédiats est la plus faible. La confiance personnelle y est également plus faible qu'ailleurs.

Concernant la confiance envers les supérieurs immédiats, une participante travaillant en GMF reprochait à son organisation le peu d'écoute face aux enjeux des réaffectations.

Moi aussi, je suis en GMF. Et, oui, le manque de confiance en l'institution, vraiment beaucoup, beaucoup. Puis ça a été des exemples très, très concrets pour moi. À un moment donné, j'ai dit : « Là, ils ne réfléchissent pas, ça n'a aucun sens! » Ils avaient commencé à nous parler de délestage, nous, en septembre, octobre 2020. Plus à l'automne dernier. Là, on avait réagi parce que, en GMF, nous autres, on a des cases load quand même importants : suivi de diabète, suivi de mémoire, les pertes d'autonomie, tout ça. Puis on se remettait à peine, à l'automne 2020, de tout ce qu'on a ramassé, bien, ramassé après le premier confinement, en fait, toutes les personnes âgées, les évaluations de mémoire qu'il fallait faire justement, les personnes âgées suicidaires. Tsé, on a eu une tonne de demandes. On se remettait à peine de ça. Ils se mettent à nous parler de délestage. [...] Puis moi, finalement, j'ai été délestée à l'urgence. Je leur avais dit que je ne pouvais pas retourner dans des milieux de soins. Ça faisait 16 ans que je n'étais pas dans les milieux de soins. J'étais infirmière de liaison à l'urgence pendant huit ans avant mon poste en GMF, où je faisais des évaluations de personnes âgées en perte d'autonomie, tout ça. Puis avant ça, j'étais au CLSC. J'avais déjà travaillé à l'urgence avant, mais bref, je ne faisais plus de technique, rien. Quand ils m'ont délestée, l'urgence était vide. (Infirmière)

Avec les CHSLD, les centres de réadaptation sont les établissements où la confiance envers les patients a le moins diminué depuis le début de la pandémie (Tableau 106). Ils font toutefois partie des établissements où la confiance envers les supérieurs immédiats et la qualité de l'information est la plus faible.

Puis là, quand le spectre du délestage en CHSLD est arrivé, bon, je vais faire mon deuil puis je vais être obligée d'y aller. Mais là, tu entends des choses : « Bien là, il n'y a pas d'équipement de protection. Il manque de masques. Il manque de jaquettes. Il manque de monde ». Des fois, tu es tout seul pour 30 patients. Puis moi, je ne suis pas dans ce milieu-là tout le temps. (Infirmière)

C'est dans les CLSC et les autres établissements que la confiance envers les supérieurs immédiats est la plus forte.

Tableau 106 Différences statistiquement significatives observées selon le type d'établissement (phase 1)

		CHSLD	Centre hospitalier	CLSC	Clinique médicale/GMF	Centre de réadaptation	Autre
Diminution de la confiance	Choix de carrière						
	Capacités à bien faire son travail						
	Employeur						
	Supérieur immédiat						
	Collègues						
	Personnel d'agence						
	Patients						
	Famille des patients						
Direction	Gestion						
	Perception critique						
Supérieurs immédiats							
Impersonnelle	Gestion sécurité						
	Accès à l'information						
	Qualité de l'information						
Collègues							
Patients							
Confiance personnelle	Confiance en soi						
	Satisfaction en emploi						
Institutions	Gestion						
	Médias						

Note de lecture : Seules les relations statistiquement significatives sont indiquées. Les cellules vertes correspondent à une plus faible diminution de la confiance, un niveau de confiance ou de satisfaction supérieur, une perception critique ou un niveau d'inquiétude plus faible. À l'inverse, les cellules rouges correspondent à une plus forte diminution de la confiance, un niveau de confiance ou de satisfaction inférieur, une perception critique plus élevée ou un niveau d'inquiétude plus élevé.

1.3. Les autres caractéristiques de l'emploi principal

Les niveaux de confiance et l'évolution de ceux-ci varient peu selon l'ancienneté, le statut d'emploi, l'accomplissement de tâches de coordination et de supervision, le fait d'offrir des soins directs aux patients et le taux de contamination dans la région de travail (Tableau 107). Quelques exceptions s'observent toutefois. D'une part, il appert que les personnes ayant une ancienneté moyenne sont moins satisfaites de leur emploi alors que celles ayant beaucoup d'ancienneté rapportent moins souvent une diminution

de la confiance envers leur employeur. Le fait que l'ancienneté n'ait pas été respectée lors des réaffectations pourrait expliquer en partie ce résultat.

Puis après, bien, nous, il faut pallier tout ce manque de gestion de ressources humaines, ce qui entraîne un peu une frustration de ma part parce que mon supérieur immédiat, mon milieu de travail, était adéquat. Mais là, quand on me prend pour me mettre dans des endroits où je n'ai pas demandé travailler, ou par ancienneté, j'ai réussi à me placer à un endroit que j'aime, puis après, on ne respecte plus pendant un an et demi, deux ans. (Infirmière)

Parce que quand tu sens l'épée de Damoclès sur ta tête puis que tu risques d'être délesté, parce que, bon, ta gestionnaire vient de te dire : « Bon, bien, les salles d'op, les filles sont toutes rendues à faire des soins intensifs, ça fait qu'on va avoir juste besoin de tant de personnel ». C'est que j'ai déjà mis comme quoi j'avais, je ne sais pas, moi, dix infirmières de trop. Tu le sens que ton épée est en haut de toi puis que tu vas te faire dire : « Bien là, tu t'en vas là pour un bout! » Puis, tsé, quand tu es plus vieux aussi, c'est comme regarde, moi, ça fait 22 ans que je suis infirmière, bien, il y a des places que je sais que je ne veux pas aller, ou que j'ai été ou je sais dans quoi je peux être bonne aussi. Autant quand tu es plus jeune, je ne suis pas en train d'enlever ça. Mais je n'ai pas à... Comment ça se fait que la plus jeune en bas n'est pas obligée avant quelqu'un d'autre ou des choses comme ça? (Infirmière)

D'autre part, les personnes qui doivent accomplir des tâches de coordination/supervision ont une perception plus critique de la gestion de l'organisation et sont moins satisfaites de leur emploi (Tableau 107). Une participante qui accomplit des tâches de supervision explique ce qui semble s'apparenter au malaise des cadres intermédiaires :

Dans le fond de moi, dans mon contexte, c'était vraiment, je voulais dire la non-transparence puis c'est ça, je vous écoute puis c'était ça notre problématique en tant qu'assistant, c'était ça. On avait des consignes à donner aux intervenantes. [...] On a trouvé cela difficile, nous, à passer l'information. Mais je vous dirais, après quelques mois après de parler fort pour dire aux gestionnaires : « On voudrait être avec vous, travailler avec vous, ça veut dire être transparent avec nous. Ça veut dire être transparent avec nos employés. Sinon, on n'arrivera nulle part ». On avait la non-compliance. Chaque fois qu'on annonçait de quoi, comme si c'était nous et non pas la direction, c'était comme nous en tant qu'ASI. C'était nous en tant que chef, comme si c'était nous, on a pris les décisions qui étaient comme ça, que je me rends compte que, parfois, je comprends que tout le monde voit les décisions qui sont prises. C'est pour la, comment dire, pour le bon de tout le monde. Mais nous, malheureusement, il faut que ça soit transparent pour qu'on sache le pourquoi et qu'on puisse travailler. Parce que dernière minute, avoir des informations, pour l'avoir déjà vécu, ce n'est pas aidant. (Infirmière)

Par ailleurs, la confiance personnelle est plus faible chez les travailleurs et les travailleuses à temps partiel, qui rapportent aussi davantage une diminution de cette confiance (Tableau 107). Une participante aux groupes de discussion déplore le fait d'avoir dû travailler à temps plein :

Puis tu as l'impression qu'ils profitent du fait, c'est peut-être un petit peu plus haut, mais tu as l'impression qu'ils profitent du fait que : « OK, tout le monde est à temps plein ». Il y a un communiqué ministériel qui dit que tout le monde est rendu à temps plein, ça fait qu'ils en profitent. Tout le monde est à temps plein. On dirait qu'ils sont, dans un sens, contents parce qu'il y avait des manques d'infirmières. Ça fait que là, tout le monde est à temps plein. Puis, tsé, ils nous laissent à temps plein longtemps. (Infirmière)

Enfin, les personnes qui travaillent dans une région moyennement touchée par la pandémie rapportent davantage une diminution de leur confiance personnelle, à l'inverse des personnes travaillant dans une région peu touchée (Tableau 107).

Tableau 107 Différences statistiquement significatives observées selon les autres caractéristiques de l'emploi principal (phase 1)

		Ancienneté			Coordination/supervision	Soins directs	Statut d'emploi			Région (taux de contamination)			
		Faible	Moyenne	Élevée			Permanent, temps plein	Permanent, temps partiel	Non permanent	Taux élevé	Taux moyennement élevé	Taux moyennement faible	Taux faible
Diminution de la confiance	Choix de carrière												
	Capacité à bien faire son travail												
	Employeur												
	Supérieur immédiat												
	Collègues												
	Personnel d'agence												
	Patients												
Famille des patients													
Direction	Gestion												
	Perception critique												
Supérieurs immédiats													
Impersonnelle	Gestion sécurité												
	Accès à l'information												
	Qualité de l'information												
Collègues													
Patients													
Personnelle	Confiance en soi												
	Satisfaction en emploi												
Institutionnelle	Gestion												
	Médias												

Note de lecture : Seules les relations statistiquement significatives sont indiquées. Les cellules vertes correspondent à une plus faible diminution de la confiance, un niveau de confiance ou de satisfaction supérieur, une perception critique ou un niveau d'inquiétude plus faible. À l'inverse, les cellules rouges correspondent à une plus forte diminution de la confiance, un niveau de confiance ou de satisfaction inférieur, une perception critique plus élevée ou un niveau d'inquiétude plus élevé.

2. Les caractéristiques de l'horaire de travail et les absences du travail

Le temps supplémentaire obligatoire est lié négativement à diverses dimensions de la confiance (Tableau 108). Non seulement les personnes ayant fait du TSO indiquent la plus forte diminution de leur confiance envers les supérieurs immédiats et le personnel d'agence, mais elles font moins confiance à la direction, à la gestion de la sécurité et l'accès à l'information, à leurs collègues ainsi qu'aux institutions impliquées

dans la gestion de la crise sanitaire et aux médias. Le nombre d'heures travaillées est toutefois assez peu lié aux diverses dimensions de la confiance, si ce n'est que les personnes ayant travaillé entre 60 et 80 heures au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête semblent avoir moins d'inquiétudes à propos de la qualité de l'information reçue.

Les membres du personnel qui ont travaillé sur des quarts de soir au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête rapportent davantage une diminution de leur confiance personnelle et de la confiance envers la famille et les proches des patients. En outre, ils font moins confiance à la direction de leur établissement et aux patients et sont plus insatisfaits de leur emploi. Le travail de nuit est lié négativement à la confiance envers la direction et envers les supérieurs immédiats. Une participante aux groupes de discussion explique la spécificité des quarts de soir :

Le soir, ce qui arrive, c'est encore lourd comme le jour, mais... puis c'est lourd, c'est très lourd parce qu'il y a beaucoup de choses qui ne sont pas faites de jour. Ça fait que là, tu dois le faire le soir. Puis si ce n'est pas fait, tout le monde le met sur le quart de soir parce que c'est le quart de soir qui ne l'a pas fait. Ça fait que ce qui arrive, c'est que c'est le quart de soir, eux autres, ils ressentent un stress extraordinaire. Et puis, très souvent, ils sont oubliés qu'ils sont très importants aussi à l'équipe. (Infirmière auxiliaire)

Quant aux changements de quart, il appert que les personnes qui en ont connu plusieurs affichent une confiance personnelle plus faible et rapportent davantage une diminution de cette confiance (Tableau 108). Elles font également moins confiance à la direction de leur établissement et à leurs supérieurs immédiats et rapportent davantage une diminution de ces confiances. Elles sont également plus critiques à l'égard des institutions liées à la gestion de la crise sanitaire. Notons que le fait de ne pas avoir disposé d'un congé d'au moins 12 heures avant le changement de quart semble affaiblir davantage la confiance envers la direction de l'établissement.

Une participante aux groupes de discussion souligne certains enjeux liés aux changements de quarts :

Moi, j'ai un de mes amis, il est arrivé habillé, pauvre petit loup. Il est arrivé sur l'unité. La fille, elle dit : « Tu es de nuit à soir ». Hein! Crime, comment ça? C'est marqué de jour! Hé, écoute! Ça a été... ce n'est pas drôle. Puis lui a des enfants. Moi, je n'en ai pas. Mais lui, il a des jeunes enfants. Ça fait que là, il dit : « Écoutez, arrêtez de me changer de même comme vous voulez parce que ça ne marche pas! » Tsé, des fois, je trouve qu'il y a un petit peu de manque de respect, autant pour les infirmières, autant pour tout le monde, tsé. Le respect, des fois, c'est dur. C'est limite. (Préposée aux bénéficiaires)

Enfin, les personnes qui se sont absentes du travail dans le mois précédant l'enquête rapportent davantage une diminution de leur confiance envers leurs supérieurs immédiats et font moins confiance à

la direction de leur établissement et à leurs collègues (Tableau 108). Elles nourrissent également de plus grandes inquiétudes à l'égard de l'accès à l'information et de la qualité de l'information reçue en milieu de travail. Elles sont également plus insatisfaites de leur emploi et font moins confiance aux médias.

À propos de l'insatisfaction en emploi, une participante témoigne :

Je suis revenue au travail. Et puis là, j'ai vu vraiment une grosse différence de manque de personnel, mi-temps obligatoire, de rester après ton shift. Écoute, j'étais fatiguée. Je revenais de travailler, des fois, je pleurais parce que j'étais trop épuisée. Ça fait qu'à un moment donné, je me suis dit : « J'ai-tu fait le bon choix de revenir dans cette profession-là? ». (Préposée aux bénéficiaires)

Tableau 108 Différences statistiquement significatives observées selon les heures et les quarts de travail ainsi que les absences du travail (phase 1)

		Heures de travail			TSO	Quart de travail			Change-ments de quart		Absence du travail dernier mois
		Moins de 60 h/2 semaines	60 à 80 h/2 semaines	Plus de 80 heures/2 semaines		Jour	Soir	Nuit	2 changements de quart ou plus	Absence de congé de 12 heures	
Diminution de la confiance	Choix de carrière										
	Capacité à bien faire son travail										
	Employeur										
	Supérieur immédiat										
	Collègues										
	Personnel d'agence										
	Patients										
	Famille des patients										
Direction	Gestion										
	Perception critique										
Supérieurs immédiats											
Impersonnelle	Gestion sécurité										
	Accès à l'information										
	Qualité de l'information										
Collègues											
Patients											
Personnelle	Confiance en soi										
	Satisfaction en emploi										
Institutionnelle	Gestion										
	Médias										

Note de lecture : Seules les relations statistiquement significatives sont indiquées. Les cellules vertes correspondent à une plus faible diminution de la confiance, un niveau de confiance ou de satisfaction supérieur, une perception critique ou un niveau d'inquiétude plus faible. À l'inverse, les cellules rouges correspondent à une plus forte diminution de la confiance, un niveau de confiance ou de satisfaction inférieur, une perception critique plus élevée ou un niveau d'inquiétude plus élevé.

3. Les réaffectations et le travail en zone chaude ou tiède

Le fait de travailler ou d'avoir travaillé en zones chaude et tiède est lié à plusieurs dimensions de la confiance et à la diminution de plusieurs d'entre elles (Tableau 109). Nous observons en effet que les personnes ayant travaillé dans les deux zones rapportent davantage une diminution de leur confiance personnelle et de la confiance envers l'employeur et les patients. En outre, ces personnes font moins confiance à leur employeur et à leurs supérieurs immédiats, ont une plus faible confiance personnelle et

font moins confiance aux patients que les personnes qui n'ont pas travaillé dans ces deux zones. Elles sont également plus inquiètes de l'accès à l'information et de la qualité de l'information qui leur est transmise en milieu de travail. Le fait que ces personnes aient travaillé en zone chaude explique une partie de ces résultats (plusieurs résultats similaires sont observés chez les personnes ayant travaillé en zone chaude seulement), mais ne les explique pas entièrement. Aussi, on peut croire que le passage d'une zone à l'autre a également contribué à affaiblir certains aspects de la confiance. Le travail en zone tiède est moins lié à la confiance, même si nous observons que les personnes qui y ont travaillé sont également critiques par rapport à la gestion de la direction de leur organisation et affichent une confiance plus faible envers les patients.

Lors des groupes de discussion, les participants et participantes ont parlé sur les inquiétudes à propos des zones chaude et tiède. Le risque de contamination, le manque d'information ou la qualité de celle-ci ainsi que la circulation entre les zones étaient au cœur des inquiétudes.

Tout le long, on se demandait si l'unité chaude avait un système d'aération spécial. Parce que nous, comme on ne voit pas de patients, qu'on est dans le sous-sol, ils nous envoyaient des femmes enceintes. Moi, j'ai eu cinq femmes enceintes pendant la pandémie qui venaient travailler avec nous autres. Par contre, dans la première vague, les bureaux à côté nous, ils envoyaient le stock des gens morts pour le désinfecter là. Ça fait que là, il y avait du chaud collé à du froid qui ne voit pas de patients, avec le stock des gens qui sont décédés et une seule toilette. Ça fait que, évidemment, une de mes collègues a fini par pigner la COVID. Elle est partie pendant longtemps. (Infirmière)

On avait une section zone rouge, jaune ou verte. Puis les gens circulaient d'un à l'autre, tsé, des gestionnaires. Puis à un moment donné, j'ai dit à la gestionnaire : « Mais, tu ne peux pas faire ça! » Puis elle a dit : « Mais je l'ai eue, la CCC, ce n'est pas grave! ». Tsé, c'était comme incompréhensible. (Préposée aux bénéficiaires)

Ça fait que nous autres, c'était épouvantable dans le sens que : « Je vais-tu tomber malade? Je vais-tu être obligée d'y aller? ». J'ai vu des filles pleurer à la sortie de la réunion et dire : « Moi, je ne veux pas aller dans l'unité COVID. Si j'amène ça chez nous, je tue mon gars, je tue ma fille. Parce qu'il est malade ou n'importe quoi! ». C'était toujours... Oui, c'est notre job. Je comprends qu'on fait partie de gens qui soignent les autres. Mais oui, avec une protection, tsé. Il faut se sentir sécuritaire pour aller dans ça. Puis là, à la façon dont ils demandaient ça, on voyait qu'eux autres aussi, ils ne savaient pas où ils s'en allaient. Et souvent, ce qu'ils nous disaient ne concordait pas avec ce qui se disait à la TV avec Arruda ou bien de quoi de même, tsé. Ils disent une affaire à une place, nous autres, c'est l'autre. Ou les consignes ne se rendent pas. Ou ça ne se rend pas au boss. Ça fait qu'on n'était pas rassurés d'aller dans cette unité-là, préparés à la dernière minute. Puis arrangez-vous avec vos troubles. C'était carrément ça. (Infirmière auxiliaire)

Les niveaux de confiance ne varient pas de manière significative selon le fait d'avoir été réaffecté à de nouvelles tâches, une autre installation ou un autre établissement (Tableau 109). Nous observons toutefois que les personnes qui étaient réaffectées au cours du mois précédent l'enquête rapportent davantage une diminution de la confiance envers l'employeur, les collègues et le personnel d'agence. Malgré le peu de résultats statistiquement significatifs, le thème des réaffectations a été largement abordé par les personnes ayant participé aux groupes de discussion. L'enjeu des compétences, de l'ancienneté et de la coupure de services étaient au cœur des préoccupations.

C'était la cheffe de service de mon unité qui m'a appelée pour me dire : « Moi, j'aurais des choses à te faire faire dans un bureau. Tu ne serais en contact avec personne ». Parfait! On m'a fait faire les affaires que j'étais zéro formée pour faire. Ça fait que je me suis mis à créer des outils de travail pour les filles de l'unité de COVID pour qu'elles sachent c'est quoi les signes que la COVID est en train d'empirer, et qu'il faut s'en aller aux soins intensifs. J'ai créé un corridor de sécurité par où on passe le chemin si on a un patient qu'il faut qu'il s'en aille à Québec en soins intensifs, quel ascenseur? Qui désinfecte, comment ça marche? Mais tsé, la personne qui a le moins d'expertise là-dedans au monde fait ça. J'avais tellement l'impression d'être inappropriée à mon travail. (Infirmière)

Puis moi, finalement, j'ai été délestée à l'urgence. Je leur avais dit que je ne pouvais pas retourner dans des milieux de soins. Ça faisait 16 ans que je n'étais pas dans les milieux de soins. J'étais infirmière de liaison à l'urgence pendant huit aussi ans avant mon poste en GMF, où je faisais des évaluations de personnes âgées en perte d'autonomie, tout ça. Puis avant ça, j'étais au CLSC. J'avais déjà travaillé à l'urgence avant, mais bref, je ne faisais plus de technique, rien. Quand ils m'ont délestée, l'urgence était vide. (Infirmière)

Puis après, bien, nous, il faut pallier tout ce manque de gestion de ressources humaines, ce qui entraîne un peu une frustration de ma part parce que mon supérieur immédiat, mon milieu de travail, était adéquat. Mais là, quand on me prend pour me mettre dans des endroits où je n'ai pas demandé travailler, ou par ancienneté, j'ai réussi à me placer à un endroit que j'aime, puis après, on ne respecte plus pendant un an et demi, deux ans. (Infirmière)

Moi, mon délestage a été, je reçois un téléphone un samedi matin, quand je ne travaille pas, pour me demander à 8 h le matin, quand je travaille le soir, ça fait combien de temps que tu n'as pas été en hémodialyse? Ça fait au moins dix ans minimum que je ne suis pas retournée là-bas. « Ah, OK! D'abord, ils ne te choisiront pas. » Le lendemain, je me fais rappeler, encore un dimanche où est-ce que je suis en congé : « Demain, tu commences le jour ». Puis on s'en fout de qu'est-ce que tu en es. Là, tu arrivais là-bas puis c'est comme : « Comment ça se fait que tu n'es pas souriante? ». Bien, peut-être parce que quand je suis partie, voilà dix ans, il y avait des raisons. Puis qu'on m'oblige aujourd'hui à être avec autres. (Infirmière)

Le fait que les personnes qui n'ont pas été réaffectées craignaient de l'être pourrait expliquer le peu de différences statistiquement significatives entre les personnes réaffectées et les personnes non réaffectées.

Puis là, quand le spectre du délestage en CHSLD est arrivé, bon, je vais faire mon deuil puis je vais être obligée d'y aller. Mais là, tu entends des choses : « Bien là, il n'y a pas d'équipement de protection. Il manque de masques. Il manque de jaquettes. Il manque de monde ». Des fois, tu es tout seul pour 30 patients. Puis moi, je ne suis pas dans ce milieu-là tout le temps. (Infirmière)

Ils avaient commencé à nous parler de délestage, nous, en septembre, octobre 2020. Plus à l'automne dernier. Là, on avait réagi parce que, en GMF, nous autres, on a des cases load quand même importants : suivi de diabète, suivi de mémoire, les pertes d'autonomie, tout ça. Puis on se remettait à peine, à l'automne 2020, de tout ce qu'on a ramassé, bien, ramassé après le premier confinement, en fait, toutes les personnes âgées, les évaluations de mémoire qu'il fallait faire justement, les personnes âgées suicidaires. Tsé, on a eu une tonne de demandes. On se remettait à peine de ça. Ils se mettent à nous parler de délestage. (Infirmière)

Parce que quand tu sens l'épée de Damoclès sur ta tête puis que tu risques d'être délesté, parce que, bon, ta gestionnaire vient de te dire : « Bon, bien, les salles d'op, les filles sont toutes rendues à faire des soins intensifs, ça fait qu'on va avoir juste besoin de tant de personnel ». C'est que j'ai déjà mis comme quoi j'avais, je ne sais pas, moi, dix infirmières de trop. Tu le sens que ton épée est en haut de toi puis que tu vas te faire dire : « Bien là, tu t'en vas là pour un bout! ». Puis, tsé, quand tu es plus vieux aussi, c'est comme regarde, moi, ça fait 22 ans que je suis infirmière, bien, il y a des places que je sais que je ne veux pas aller, ou que j'ai été ou je sais dans quoi je peux être bonne aussi. Autant quand tu es plus jeune, je ne suis pas en train d'enlever ça. Mais je n'ai pas à... Comment ça se fait que la plus jeune en bas n'est pas obligée avant quelqu'un d'autre ou des choses comme ça? (Infirmière)

L'impact des réaffectations sur les équipes de travail pourrait également expliquer le peu de différences observées dans les niveaux de confiance selon le fait d'avoir été réaffecté ou non. La nécessité d'accueillir et d'orienter ces nouveaux membres, souvent peu expérimentés, au sein des équipes affaiblit la cohésion d'équipe selon certaines personnes ayant participé aux groupes de discussion.

Moi, je suis dans un contexte régional où, dans notre service, on était au début de la pandémie trois infirmières pour toute la région [...]. Dont une qui était intégrée depuis le mois de décembre. Donc qui venait juste d'arriver dans notre service. Il y avait déjà... puis là, tsé, je vais aller au cours des mois de la pandémie, dans un service spécialisé comme la toxicomanie, il fallait avoir deux ans d'expérience en toxicomanie pour prétendre à un poste d'infirmière clinicienne. Là, c'était déjà tombé à un an. Puis maintenant, bien, avec le délestage, sont allés chercher des gens qui n'avaient pas d'expérience en toxicomanie, qui en ont en psychiatrie. Tsé, c'est pas... mais en tout cas. (Infirmière)

Puis donc, par rapport à la confiance des collègues, ce qui est difficile, c'est accueillir des nouvelles personnes, c'est de les orienter. (Infirmière)

Malgré qu'ils aient délesté des infirmières, délesté des gens, c'était des gens qui n'étaient pas habitués en CHSLD aussi. Tsé c'est des gens, tsé j'ai confiance en leurs compétences, pis tout ça, pis c'était pas contre eux, mais c'était des gens qui savaient pas le fonctionnement de l'établissement, ils savaient pas quoi faire. Moi j'ai eu des infirmières qui faisaient de la

clinique médicale. Tsé c'est pas qu'est moins compétente, c'est juste que crime, le CHSLD, elle a fait son stage ça fait un petit bout, tsé. Pis, tsé c'est ça, ils étaient comme, crime je le sais pas, tsé ils nous demandaient à nous autres, OK, est-ce que telle affaire c'est là, tsé ils ont pas été orientés, c'est ça, ils étaient là pour faire leur rôle de soins infirmiers, mais nous c'est sûr ça nous rajoutait un certain ouvrage, parce qu'il fallait qu'on les... tsé qu'on réponde à leurs questions pis tout ça, fait que, ouin, c'était beau sur papier, mais sur le terrain, c'était une autre histoire, là. Pis, c'est ça. Je tombe sur des infirmières aussi qui connaissent pas les patients, versus nos infirmiers réguliers. Tsé les infirmières de l'urgence, aussi, qui sont habituées de tout faire pour leurs patients, là on est en CHSLD, c'est une autre histoire, on ne donne pas le même type de soins non plus. (Préposée aux bénéficiaires)

Tableau 109 Différences statistiquement significatives observées selon les réaffectations et le travail en zone chaude ou tiède (phase 1)

		Réaffectations	Travail en zone chaude ou tiède			
			Non	Oui, zone chaude	Oui, zone tiède	Oui, zones chaude et tiède
Diminution de la confiance	Choix de carrière					
	Capacité à bien faire son travail					
	Employeur					
	Supérieur immédiat					
	Collègues					
	Personnel d'agence					
	Patients					
	Famille des patients					
Direction	Gestion					
	Perception critique					
Supérieurs immédiats						
Impersonnelle	Gestion sécurité					
	Accès à l'information					
	Qualité de l'information					
Collègues						
Patients						
Personnelle	Confiance en soi					
	Satisfaction en emploi					
Institutionnelle	Gestion					
	Médias					

Note de lecture : Seules les relations statistiquement significatives sont indiquées. Les cellules vertes correspondent à une plus faible diminution de la confiance, un niveau de confiance ou de satisfaction supérieur, une perception critique ou un niveau d'inquiétude plus faible. À l'inverse, les cellules rouges correspondent à une plus forte diminution de la confiance, un niveau de confiance ou de satisfaction inférieur, une perception critique plus élevée ou un niveau d'inquiétude plus élevé.

4. L'appréciation des effectifs au travail et de la qualité des soins offerts

Les personnes qui jugeaient les effectifs insuffisants lors de leur dernier quart de travail et qui percevaient négativement la qualité des soins offerts par elles-mêmes ou par leur équipe de travail sont non seulement plus nombreuses à rapporter une diminution de leur confiance organisationnelle, personnelle et institutionnelle, mais présentent également des niveaux de confiance plus faibles (Tableau 110). Il en va de même des personnes qui ont le sentiment que la qualité des soins offerts aux patients s'est dégradée depuis le début de la pandémie.

Les personnes ayant participé aux groupes de discussion ont longuement discuté des conséquences des sous-effectifs sur leur santé et sur la qualité des soins offerts aux patients.

C'est juste que, bon, à cause du manque de personnel, tu devais prioriser les choses. Ce qui fait que, au bout de la journée, bien, il y a des choses qui n'étaient pas faites ou qui n'étaient pas faites selon les standards qui étaient attendus par la pratique infirmière. (Infirmier)

Donc, ces personnes-là étaient vraiment retirées. Ils étaient soit aux appels COVID. Donc, au bureau de santé de l'hôpital. Donc, ils s'en allaient là. Donc c'était plus sécuritaire pour elles. Ou sinon, elles s'en allaient, c'est ça, juste aux appels. Donc ça, ça a vraiment fait mal à notre équipe parce que, avec la COVID, on voyait vraiment une grande fatigue. (Infirmière)

Quand il en manque comme ça, je trouve ça de valeur que bien souvent, on coupe sur le soin de la personne âgée, là, tsé. Ça fait que là, c'est là que... tsé. Ça fait que puis, je suis mal faite, mais avant de couper quelque chose pour la personne âgée, là, je vais me couper avant, tsé. Ça fait que c'est ça. Tsé, ça fait que je vais tout le temps tout donner. Ça fait qu'il y a des vieilles qui sont comme moi, qui vont essayer de tout faire. (Préposée aux bénéficiaires)

La proportion de patients/infirmières, c'est trop, c'est vraiment trop. [...] Ça m'est déjà arrivé de me ramasser en plein jour avec la moitié de l'étage, une quinzaine de patients. C'était rendu une habitude sur ma fin de semaine de travail de se ramasser avec 15 patients. C'est lourd, 15 patients de jour avec tous les pansements puis tout ce qu'il y a à faire. [...] Ça fait que les conditions, avec 15, je n'ai pas de temps. Je ne donne pas de temps de qualité à mes patients. Combien de fois qu'on dit, vous allez dire probablement comme ça aussi : « Oui, oui, ce ne sera pas long, je vais revenir ». Tu n'as pas le temps. (Infirmière auxiliaire)

Je suis revenue au travail. Et puis là, j'ai vu vraiment une grosse différence de manque de personnel, mi-temps obligatoire, de rester après ton shift. Écoute, j'étais fatiguée. Je revenais de travailler, des fois, je pleurais parce que j'étais trop épuisée. Ça fait qu'à un moment donné, je me suis dit : « J'ai-tu fait le bon choix de revenir dans cette profession-là? ». (Préposée aux bénéficiaires)

En outre, une participante interprète le manque d'effectifs au travail comme un manque de respect de l'organisation envers ses employés et employées.

Mais souvent, c'est moins quatre PAB par soir. Il manque quatre personnes pour faire le chiffre sur le nombre minimum. Donc, tu es portée à donner beaucoup au système. Mais j'ai l'impression que quand les gens tombent en dépression, bien, le système ne vient pas du tout... il y a comme un laisser-tomber magistral, tsé. (Préposée aux bénéficiaires)

Tableau 110 Différences statistiquement significatives observées selon l'appréciation des effectifs au travail et de la qualité des soins (phase 1)

		Sentiment que les effectifs étaient inadéquats	Perception négative de la qualité des soins offerts par l'équipe de travail	Perception négative de la qualité des soins offerts par soi-même	Perception que la qualité des soins offerts aux patients s'est dégradée
Diminution de la confiance	Choix de carrière				
	Capacités à bien faire son travail				
	Employeur				
	Supérieur immédiat				
	Collègues				
	Personnel d'agence				
	Patients				
	Famille des patients				
Direction	Gestion				
	Perception critique				
Supérieurs immédiats					
Impersonnelle	Gestion sécurité				
	Accès à l'information				
	Qualité de l'information				
Collègues					
Patients					
Confiance personnelle	Confiance en soi				
	Satisfaction en emploi				
Institutions	Gestion				
	Médias				

Note de lecture : Seules les relations statistiquement significatives sont indiquées. Les cellules vertes correspondent à une plus faible diminution de la confiance, un niveau de confiance ou de satisfaction supérieur, une perception critique ou un niveau d'inquiétude plus faible. À l'inverse, les cellules rouges correspondent à une plus forte diminution de la confiance, un niveau de confiance ou de satisfaction inférieur, une perception critique plus élevée ou un niveau d'inquiétude plus élevé.

5. Les indicateurs de santé

Les personnes évaluant négativement leur état de santé mentale présentent les niveaux de confiance organisationnelle, personnelle et institutionnelle les plus faibles et rapportent davantage une diminution de ces niveaux de confiance depuis le début de la pandémie (Tableau 111). Il en va de même des personnes évaluant négativement leur état de santé physique, bien que celles-ci rapportent généralement moins une diminution de ces niveaux de confiance. Le fait de présenter un problème de santé associé à un risque accru de développer des complications liées à la COVID-19 a peu d'effet sur la confiance, sauf lorsqu'il s'agit de la confiance à l'égard des institutions liées la gestion de la crise sanitaire, qui est plus faible.

Lors des groupes de discussion, les participants et participantes ont souligné le manque de soutien de la part de l'employeur au personnel rencontrant des problèmes de santé.

Ce que je voulais ajouter, c'est que la confiance aussi, elle s'est un peu effritée parce qu'on a plusieurs collègues qui sont tombés malades. Mais on a vu que le système les a laissés tomber. Puis moi, je peux parler pour moi, mais aux prises avec une COVID longue maintenant, je n'ai aucun traitement. Tsé, je n'ai pas de... On est laissés à soi-même. Donc on est plusieurs. On est 700 dans la région qui ont les COVID longues. C'est beaucoup. Admettons que je veux aller en ergo, je veux aller en physio. J'ai besoin d'aller en acupuncture, je dois tout de payer. Ça me coûte environ, pour me faire soigner, ça coûte 400 \$ par semaine. Et l'assurance, elle ne paye pas. (Préposée aux bénéficiaires)

J'avais commencé la PAE cet été. En tout cas, mais elle m'a beaucoup aidée parce que c'était vraiment plus comme à tous les jours, au quotidien, comment que je peux améliorer mon quotidien. C'était vraiment comme une gestion un peu de crise. Mais elle m'a expliqué qu'on avait comme cinq ou six rencontres de gratuites, mais que, au début de la COVID, c'était comme neuf ou dix rencontres. Puis là, depuis que, maintenant, on n'était plus en urgence sanitaire, bien là, ça avait baissé à cinq. Là, je suis comme : « C'est parce que tout le monde est comme stressé. Tout le monde est fatigué, tout le monde a besoin d'en parler. Tout le monde a besoin d'aide. Puis là, maintenant, vous diminuez les services, c'est comme... ça ne fait aucun sens! ». (Infirmière)

Le fait d'avoir contracté la COVID-19 est également peu lié à la confiance, si ce n'est que les personnes qui l'ont contractée rapportent plus souvent une diminution de leur confiance personnelle (Tableau 111). En revanche, les craintes de contracter la COVID-19 semblent liées à des niveaux de confiance personnelle plus faibles et des niveaux plus bas de confiance envers les supérieurs immédiats et les patients. Les personnes craignant de contracter la COVID-19 rapportent également davantage une diminution de leur confiance envers les patients, leur famille et leurs proches et se montrent plus inquiètes à propos de la gestion de la sécurité, de l'accès à l'information et de la qualité de l'information en milieu de travail. Une participante aux groupes de discussion témoigne de ses inquiétudes :

Ça fait que nous autres, c'était épouvantable dans le sens que : « Je vais-tu tomber malade? Je vais-tu être obligée d'y aller? ». J'ai vu des filles pleurer à la sortie de la réunion et dire : « Moi, je ne veux pas aller dans l'unité COVID. Si j'amène ça chez nous, je tue mon gars, je tue ma fille. Parce qu'il est malade ou n'importe quoi! ». C'était toujours... Oui, c'est notre job. Je comprends qu'on fait partie de gens qui soignent les autres. Mais oui, avec une protection, tsé. Il faut se sentir sécuritaire pour aller dans ça. (Infirmière auxiliaire)

Les personnes qui n'avaient pas reçu le vaccin au moment de l'enquête affichent des niveaux de confiance institutionnelle plus faibles et ont davantage d'inquiétudes quant à la qualité de l'information qui leur est transmise en milieu de travail (Tableau 111). Elles font également un peu moins confiance à leurs collègues

que les personnes qui étaient au moins partiellement vaccinées. Le manque d'information semble être au cœur des préoccupations.

Je ne sais pas qu'est-ce qu'il y a là-dedans. J'aimerais avoir plus d'informations. « Non, non, non, non. Pas besoin d'avoir d'informations. Crois à la science ». Oui, mais je suis dans le système de la santé. Ma vie professionnelle, c'est de la science. Moi, je te dis j'aimerais avoir plus d'informations. Moi, je te dis j'aimerais comprendre qu'est-ce qu'il y a dedans. Moi, je te dis j'aimerais savoir comment vous êtes venus à créer cette piqûre aussi vite. C'est-ce que je veux savoir. « Non, non, non! Pense pas! Prends-le, c'est tout! » (Infirmière auxiliaire)

Tableau 111 Différences statistiquement significatives observées selon les indicateurs de santé (phase 1)

		Auto-évaluation négative de l'état de santé physique	Auto-évaluation négative de l'état de santé mentale	Présence d'un problème de santé augmentant les risques de complications	A déjà contracté la COVID-19	Craint de contracter la COVID-19	Non vacciné.e
Diminution de la confiance	Choix de carrière						
	Capacités à bien faire son travail						
	Employeur						
	Supérieur immédiat						
	Collègues						
	Personnel d'agence						
	Patients						
	Famille des patients						
Direction	Gestion						
	Perception critique						
Supérieurs immédiats							
Impersonnelle	Gestion sécurité						
	Accès à l'information						
	Qualité de l'information						
Collègues							
Patients							
Confiance personnelle	Confiance en soi						
	Satisfaction en emploi						
Institutions	Gestion						
	Médias						

Note de lecture : Seules les relations statistiquement significatives sont indiquées. Les cellules vertes correspondent à une plus faible diminution de la confiance, un niveau de confiance ou de satisfaction supérieur, une perception critique ou un niveau d'inquiétude plus faible. À l'inverse, les cellules rouges correspondent à une plus forte diminution de la confiance, un niveau de confiance ou de satisfaction inférieur, une perception critique plus élevée ou un niveau d'inquiétude plus élevé.

6. Les caractéristiques sociodémographiques

6.1. Âge, sexe et statut d'immigration

Les personnes âgées de 35 à 54 ans rapportent davantage une diminution de leur confiance personnelle et de leur confiance envers leur employeur et envers leurs supérieurs immédiats (Tableau 112). Les niveaux de confiance personnelle et de confiance envers la direction sont d'ailleurs plus faibles que dans les autres groupes d'âge. Cela pourrait être lié au non-respect de l'ancienneté et des choix professionnels et aux enjeux de la conciliation travail-famille. En outre, les personnes âgées de 35 à 54 ans se montrent plus inquiètes à propos de l'accès à l'information et présentent des niveaux plus faibles de confiance

institutionnelle. Les plus jeunes travailleurs se démarquent peu, si ce n'est qu'ils présentent des niveaux de confiance à l'égard des collègues plus élevés et font davantage confiance aux institutions liées à la gestion de la crise sanitaire. Quant aux travailleurs plus âgés, ils se démarquent essentiellement sur le plan de la confiance envers les collègues, plus faible qu'ailleurs, une plus grande confiance envers les médias et une moindre diminution de la confiance envers leur employeur et leurs supérieurs immédiats.

Nous observons très peu de différences selon le sexe et le statut d'immigration. Les femmes semblent toutefois rapporter davantage une diminution de la confiance envers le personnel d'agence et semblent faire un peu moins confiance aux patients que les hommes. Quant aux personnes nées à l'étranger, elles affichent un niveau de confiance envers les patients et envers les institutions liées à la gestion de la crise sanitaire un peu plus faible que les personnes nées au Canada. Rappelons toutefois que l'échantillon sur lequel s'appuient les analyses comporte une forte majorité de femmes et compte peu de personnes nées à l'étranger.

Tableau 112 Différences statistiquement significatives observées selon l'âge, le sexe et le statut d'immigration (phase 1)

		Femme	Âge			Né à l'étranger
			Moins de 35 ans	35 à 54 ans	55 ans et plus	
Diminution de la confiance	Choix de carrière					
	Capacités à bien faire son travail					
	Employeur					
	Supérieur immédiat					
	Collègues					
	Personnel d'agence					
	Patients					
	Famille des patients					
Direction	Gestion					
	Perception critique					
Supérieurs immédiats						
Impersonnelle	Gestion sécurité					
	Accès à l'information					
	Qualité de l'information					
Collègues						
Patients						
Confiance personnelle	Confiance en soi					
	Satisfaction en emploi					
Institutions	Gestion					
	Médias					

Note de lecture : Seules les relations statistiquement significatives sont indiquées. Les cellules vertes correspondent à une plus faible diminution de la confiance, un niveau de confiance ou de satisfaction supérieur, une perception critique ou un niveau d'inquiétude plus faible. À l'inverse, les cellules rouges correspondent à une plus forte diminution de la confiance, un niveau de confiance ou de satisfaction inférieur, une perception critique plus élevée ou un niveau d'inquiétude plus élevé.

6.2. Situations conjugale et familiale

Les niveaux de confiance et l'évolution de ceux-ci varient assez peu selon les situations conjugale et familiale (Tableau 113). Il apparaît néanmoins pertinent d'observer que les personnes vivant en couple et dont le conjoint ou la conjointe travaille également dans le système de santé et de services sociaux se montrent plus inquiètes de la qualité de l'information qu'elles reçoivent en milieu de travail, alors que celles qui vivent en couple et dont le conjoint ou la conjointe travaille à l'extérieur du système de santé et de services sociaux rapportent davantage une diminution de leur confiance personnelle. Cette plus forte

diminution de la confiance personnelle s'observe également chez les personnes vivant en couple et dont le plus jeune enfant est âgé de 6 à 11 ans, laquelle est couplée avec une diminution plus importante de la confiance envers les collègues de travail et une plus grande insatisfaction en emploi. Une participante aux groupes de discussion témoigne :

Pendant ma formation, j'ai eu ma formation de soir, donc j'ai dû faire garder, trouver une gardienne pour faire garder ma petite fille quand j'allais étudier et tout. Puis je me suis dit : « Ça ne se peut pas. Il manque tellement de monde. Je vais faire mon contrat puis après ça, je risque peut-être d'avoir un poste de jour ou au moins, du moins, la moitié, une sept-quinzaine de jours pour compenser, pour que ça l'aide ». Mais non! Ils voulaient vraiment... même si j'ai parlé à mon syndicat, même si j'avais parlé avec mon chef de service d'expliquer toute la situation. Je me suis battue. J'ai réussi à faire un bout quand même de jour, pendant mon année. Mais honnêtement, tsé, je veux dire, travailler une fin de semaine sur deux, ce n'était pas tant le problème, c'était des journées de faire 17 h 30 à 3 h 30 puis qu'après ça, on te cédait des fois des soirées admettons pendant deux jours une soirée. Après ça, c'est du 3 h 30 à 11 h 30. Ça n'avait pas de sens. Et puis quand j'ai quitté, avant de donner ma démission, mon patron m'a rencontrée pour me dire que, en fin de compte, il ne pouvait plus rien faire pour moi, que j'allais transférer de soir. J'ai fait : « Mais pour quelles raisons? ». Tsé, je veux dire, ça allait bien. J'ai créé des liens, tout ça. « Ah non, je ne peux plus rien faire. C'est la liste de rappel qui décide ». Ça fait que là, j'ai fait : « Bien, parfait. Je donne ma démission ». Puis je ne peux malheureusement plus. Je veux dire, je veux bien travailler, mais c'est qui qui va s'occuper de mon enfant pendant ce temps-là? (Préposée aux bénéficiaires)

Notons enfin que les personnes qui agissent comme proche aidant affichent un niveau de confiance plus faible envers les supérieurs immédiats, sont plus critiques de la gestion au sein de l'organisation et se montrent plus inquiètes face à la gestion de la sécurité dans leur lieu de travail (Tableau 113).

Tableau 113 Différences statistiquement significatives observées selon la situation conjugale et familiale (phase 1)

		Situation conjugale				Situation familiale					Proche aidant
		Personne seule	En couple, conjoint.e sans emploi	En couple, conjoint.e emploi SSSS	En couple, conjoint.e emploi hors SSSS	En couple, sans enfant	En couple, enfant 0 à 5 ans	En couple, enfant de 6 à 11 ans	En couple, enfant de 12 à 17 ans	Monoparentalité	
Diminution de la confiance	Choix de carrière		■		■			■	■	■	
	Capacités à bien faire son travail										
	Employeur										
	Supérieur immédiat										
	Collègues						■	■		■	
	Personnel d'agence										
	Patients										
	Famille des patients										
Direction	Gestion					■	■				
	Perception critique										■
Supérieurs immédiats											■
Impersonnelle	Gestion sécurité										■
	Accès à l'information										■
	Qualité de l'information		■	■							
Collègues											
Patients											
Confiance personnelle	Confiance en soi										
	Satisfaction en emploi						■		■		
Institutions	Gestion										
	Médias	■	■		■						■

Note de lecture : Seules les relations statistiquement significatives sont indiquées. Les cellules vertes correspondent à une plus faible diminution de la confiance, un niveau de confiance ou de satisfaction supérieur, une perception critique ou un niveau d'inquiétude plus faible. À l'inverse, les cellules rouges correspondent à une plus forte diminution de la confiance, un niveau de confiance ou de satisfaction inférieur, une perception critique plus élevée ou un niveau d'inquiétude plus élevé.

CHAPITRE 10 : LES CHANGEMENTS SOUHAITÉS

Lors des groupes de discussion et des entretiens individuels avec les membres du personnel, nous avons interrogé les personnes participantes à propos des changements qui pourraient être apportés dans leur milieu de travail afin d'accroître leurs niveaux de confiance. Ces questions ont ensuite été reprises dans le questionnaire de la deuxième phase de la recherche. Le présent chapitre fait état des résultats obtenus.

1. Les groupes de discussion

Lors des groupes de discussion, nous avons demandé aux personnes participantes quels changements devraient être mis en place afin d'assurer des niveaux de confiance élevés. L'analyse des propos tenus permet de découvrir trois grandes propositions, intimement liées les unes aux autres.

1.1. Une gestion participative

La première proposition a trait au mode de gestion du réseau de la santé. Les personnes ayant participé aux groupes de discussion ont déploré son caractère hospitalo-centré et ont dit souhaiter une plus grande participation des différents intervenants du milieu de la santé à la prise de décision.

Bien moi, je dirais, le réseau de la santé est très hospitalo-centré. Tout tourne autour des hôpitaux. En CHSLD, en CLSC, là, le maintien à domicile, il y a plein d'affaires. [...] Tout tourne autour des hôpitaux. Puis tout tourne autour des médecins aussi. Ça a toujours été des médecins qui ont été ministres de la Santé. Ça fait que les recommandations, je dirais peut-être une infirmière ou une travailleuse sociale peut-être. Ça pourrait aider. [...] J'ai lu beaucoup

sur la transmission aérosol, le lavage de mains [...] Il y avait quelqu'un qui disait que s'il y avait eu plus d'ingénieurs dans la prise de décisions, au niveau de la ventilation des espaces fermés, plutôt que des médecins qui sont bons en médecine, qui sont bons pour traiter, mais qui ont des failles au niveau de la prévention, de la promotion de la santé et de la transmission de certains virus aussi. Je pense que ça serait une recommandation, d'élargir leur spectre de professionnels pour... ça, c'est en très haut niveau je dirais. (Infirmière)

Les participants et participantes souhaitent être davantage consultés lors de la prise de décision.

Puis il y a eu les états généraux des soins infirmiers qui ont sorti le rapport, les recommandations, au mois de septembre. Ça, ça m'a donné un petit peu d'espoir. Je regardais un petit peu ça. Puis, tsé, ils parlent beaucoup, beaucoup du rôle des infirmières cliniciennes, des infirmières... c'est ça. Les infirmières peuvent être encore plus impliquées dans les prises de décisions. Mais sur le plancher, là. C'est ça. D'aller prendre des conseils sur les... aller consulter les gens, mais vraiment le plancher, pour monter. Trouver des solutions en fait. [...] Consulter les infirmières, les autres aussi professionnels qui sont hyper importants. La seule chose, je pense que les infirmières, c'est un des corps professionnels qu'on touche à tout, tsé. On devient expertes, mais on est capables de... on est importantes parce qu'on est capables de toucher un peu à tout, tsé, le côté social, le côté au niveau de la mobilité du patient, au niveau de la médication, au niveau des maladies. On est capables de faire l'enseignement. Ça fait que c'est ce qui fait qu'on est quand même uniques comme professionnelles. (Infirmière)

[...] nous laisser proposer nos idées, nous écouter. Et puis souvent, pas simplement pour dire : « On a écouté, on a donné une carte de PAE. La PDG était là ». On a tellement l'impression souvent que c'est un concept de check-list. Mais nous écouter pour vrai, puis avoir vraiment l'impression qu'on peut amener quelque chose à notre milieu de travail, donc une microgestion avec des leaders positifs. (Infirmière)

Et ça nous surprend parfois la solution qui peut être donnée du terrain, comme les... comme tous les collègues ont déjà parlé. Parfois, nous, entendant le terrain, on peut donner beaucoup de solutions au lieu que ça envoie d'en haut qui venait comme ça à notre niveau. Lorsqu'on discute, on fait un groupe de travail. Comment vous pensez qu'on pourrait arriver à résoudre, disons, le manque d'effectifs dans ça, le manque d'effectifs dans cela? Ça part du terrain. Et c'est là qu'on va aller valoriser. C'est là qu'on va arriver à des solutions. Venir d'en haut, déjà, ça fait plusieurs années qu'on est dans le réseau. Ça ne marche pas. (Infirmière)

En outre, on souhaite davantage de transparence de la part des gestionnaires, une meilleure communication, un meilleur partage des expériences de chacun et chacune ainsi qu'une plus grande cohérence.

Parce qu'on se demande tout le monde, qu'est-ce qui se passe avec nos filles? Elles sont où? Ça fait que, tsé, être transparent par rapport aux coûts. Je pense, tsé, il y a beaucoup de choses à transmettre parce qu'on cache tout ça, mais on le sait très bien que les filles sont parties. Mais on a toujours des demi-vérités. Ça fait que, tsé, je trouve qu'on devrait avoir un groupe quand il y a des cellules de crise. Mais là, l'après-crise, on a besoin de réponses. Puis on se tourne de bord, qu'est-ce qui reste? C'est beau de nous dire qu'on a recruté 12 retraitées, mais elles sont où? C'est beau dire qu'il y a 25 personnes qui sont maintenant à temps complet.

Mais est-ce que ces filles-là faisaient déjà du temps complet? [...] Ça fait qu'on a toujours l'impression qu'on a des demi-vérités pour dorer la pilule. Mais on le sait très bien, ce n'est pas parfait. Mais quand ils vont être honnêtes, je pense qu'on va être plus enclin à les aider à réaliser, ce qu'on a besoin, dans le fond, de faire. Parce que-là, c'est plutôt abstrait pour nous. (Infirmière)

Et puis est-ce que je peux ajouter aussi que le fait, dans le fond, d'avoir appris à propos de cette crise, le partager entre les CISSS et les CIUSSS, qu'est-ce qu'ils ont vécu dans [région] comme crise? De partager. Pourquoi l'autre CISSS, CIUSSS, ils ont pu retenir tant de...? [...] Parce que je peux vous dire que, parfois, il y a beaucoup de communications qui se bloquent au niveau parfois des gestionnaires. [...] Ce n'est pas parce qu'ils ne veulent pas, mais il y a aussi, à travers tout ça, le pourquoi les intervenants n'ont pas eu le message. Ça, il faut que les coordos ou quoi reprennent avec leur chef directif pour voir pourquoi ce n'est pas passé, pourquoi c'est passé quand comme ça? Alors moi, c'est juste le souhait qu'on partage un peu à travers qu'est-ce qui a été bien fait, qu'est-ce qui était moins fait pour qu'on puisse, j'espère que ça ne durera pas, mais c'est sûr, on ne pourra pas dire pour l'avenir. C'est sûr qu'on va avoir d'autres crises. C'est d'apprendre et d'avoir une leçon. (Infirmière)

Si je peux rajouter un point aussi par rapport au CIUSSS, entre CIUSSS. Ma petite sœur aussi s'est fait sélectionner parmi la première cohorte [nouveaux préposés aux bénéficiaires]. Ça fait que dans la même famille, on était deux. Elle est pour le CIUSSS de [région], moi de [autre région]. Elle, elle a eu un cours de PDSB. Moi, je n'en ai pas eu. Ça fait qu'on voit que la constance, même entre CIUSSS, ne se tient pas. C'est fou. Elle me montrait des affaires qu'ils faisaient dans leur centre, que nous, on ne le faisait pas, puis vice versa. J'étais comme : « Bien, mais ça a pas d'allure qu'il n'y a pas ce minimum de constance là entre ces CIUSSS-là! ». (Préposée aux bénéficiaires)

1.2. De la reconnaissance

La deuxième proposition est intimement liée à la première et a trait à la reconnaissance. Les participants et participantes ont dit souhaiter une meilleure reconnaissance de leur expertise et de leurs conditions de travail difficiles.

Je pense que les infirmières doivent être considérées comme des professionnelles de la santé et non pas une paire de bras, pas un numéro. On a nos spécificités, comme l'a dit [autre participante]. On a une vision holistique globale de la personne, contrairement à d'autres professions. (Infirmière)

La reconnaissance. Oui, comme [autre participante] disait. Moi, je leur disais : « Arrêtez, bien, arrêtez de dire que c'est pour l'argent, là, mais que la section prothétique soit reconnue ». Parce que c'est difficile, physiquement, travailler là avec ces gens-là. Et physiquement, pour les aider. Et puis on m'a dit : « Dans les années, untel, ça a l'air qu'il avait une petite prime puis tout ça! ». OK, une petite prime, oui. Mais plus d'aide. Parce que, des fois, sur les autres étages, plus que nous, on était. Ça fait qu'au niveau pour dispatcher, excusez mon anglicisme. (Préposée aux bénéficiaires)

Parlant de la reconnaissance, plusieurs personnes participantes ont déploré le peu de respect dont elles font l'objet dans leur organisation. Elles souhaitent notamment un meilleur respect de leurs choix professionnels et une gestion plus empathique.

Quand vous dites que vous allez nous donner des postes, d'ouvrir plus de postes permanents. On est là, il y a un besoin. Arrêtez de niaiser avec les gens. Payez les humains qui travaillent avec des humains. C'est le travail le plus humble, mais le plus aussi difficile. Ce n'est pas dû à tout le monde de changer des culottes pleines de selles. Ce n'est pas dû à tout le monde de prendre, de serrer quelqu'un dans ses bras, qui pleure parce qu'il est en train de perdre tous ses acquis, toutes ses attitudes. Ça, ça se reconnaît. Puis oui, il y a plusieurs, il y a des diplômés, mais ça, tu l'as ou tu ne l'as pas. D'être humain, d'empathique. Ça fait que c'est ça les recommandations que moi je donnerai ce soir. (Préposée aux bénéficiaires)

Ça fait que la carotte et le bâton, le bâton, là, les arrêtés, je pense que c'est le temps que ça cesse. [...] Ça fait que je pense qu'on est plus, on n'a plus droit de brimer des infirmières qui ont décidé d'être à temps partiel pour x raisons : enfant, pas enfant, TSO, pas TSO. Tu as fait un choix. Je pense que c'est plus logique de gouverner avec des arrêtés. (Infirmière)

[...] il faudrait qu'ils arrêtent de faire un peu la gestion par menace. Donc, ça ne marche pas. C'est ce qui fait partir beaucoup. Le TSO, maintenant tout le monde connaît c'est quoi. Tsé, admettons, à 3 h 45, tu ne t'en vas pas chez vous. Tu restes ici. Tu fais un autre huit heures. Si tu ne rentres pas demain, j'envoie la police. Je m'en vais chez vous. Je te ramène ici. C'est des menaces qu'on a autant des gestionnaires que des coordonnateurs que... Puis ça, ça a juste augmenté. Parce que toutes les démissions, le manque de staff et tout ça. Ça fait que moi, ce que je dirais, c'est un changement de régime un peu, puis de l'empathie, tsé. On dit tout le temps que nous autres, il faut avoir de l'empathie envers nos patients. Pourquoi eux autres n'ont pas de l'empathie envers nous? (Infirmière)

1.3. Un soutien accru

Enfin, la troisième proposition a trait au soutien. Les participants et participantes ont dit souhaiter un plus grand soutien de la part de leurs gestionnaires afin de prévenir les départs en maladie et favoriser la rétention du personnel.

[...] de prévoir une cellule, un groupe, un comité TS, psy, gestionnaires, avec un suivi statutaire, je ne sais pas moi, aux semaines, aux deux semaines, avec les gens qui ont été délégués ou pitchés un peu n'importe où, pour les épauler, pour éviter qu'ils tombent en maladie, qu'ils démissionnent ou qu'ils quittent tout simplement. On l'a vu. Je pense que c'est 420 infirmières qui ont démissionné dans le CISSS Lanaudière. C'est 12 % des effectifs. C'est terrible. (Infirmière)

Cette proposition rejoint les propos de deux autres participantes qui déploraient le peu de soutien de leur employeur en cas de maladie.

Ce que je voulais ajouter, c'est que la confiance aussi, elle s'est un peu effritée parce qu'on a plusieurs collègues qui sont tombés malades. Mais on a vu que le système les a laissés tomber. Puis moi, je peux parler pour moi, mais aux prises avec une COVID longue maintenant, je n'ai aucun traitement. Tsé, je n'ai pas de... On est laissés à soi-même. Donc on est plusieurs. On est 700 dans la région qui ont les COVID longues. C'est beaucoup. Admettons que je veux aller en ergo, je veux aller en physio. J'ai besoin d'aller en acupuncture, je dois tout de payer. Ça me coûte environ, pour me faire soigner, ça coûte 400 \$ par semaine. Et l'assurance, elle ne paye pas. (Préposée aux bénéficiaires)

J'avais commencé la PAE cet été. En tout cas, mais elle m'a beaucoup aidée parce que c'était vraiment plus comme à tous les jours, au quotidien, comment que je peux améliorer mon quotidien. C'était vraiment comme une gestion un peu de crise. Mais elle m'a expliqué qu'on avait comme cinq ou six rencontres de gratuites, mais que, au début de la COVID, c'était comme neuf ou dix rencontres. Puis là, depuis que, maintenant, on n'était plus en urgence sanitaire, bien là, ça avait baissé à cinq. Là, je suis comme : « C'est parce que tout le monde est comme stressé. Tout le monde est fatigué, tout le monde a besoin d'en parler. Tout le monde a besoin d'aide. Puis là, maintenant, vous diminuez les services, c'est comme... ça ne fait aucun sens! ». (Infirmière)

2. Le questionnaire de la phase 2

Lors de la phase 2 du questionnaire, nous avons demandé aux personnes participantes si des changements devaient être apportés dans leur lieu de travail afin d'accroître leur niveau de confiance au travail. La question s'énonçait ainsi :

Selon vous, des changements devraient-ils être apportés dans votre lieu de travail principal afin d'accroître votre niveau de confiance au travail?

La question suivante était ensuite posée aux personnes ayant répondu par l'affirmative à la première question :

Dans quel(s) domaine(s) souhaiteriez-vous que des changements soient apportés afin d'accroître votre niveau de confiance au travail?

- a) Conditions d'emploi et de travail (horaire et temps de travail, charge de travail, salaire, etc.)*
- b) Autonomie et latitude (implications dans les décisions, reconnaissance de l'expertise professionnelle, respect des choix, etc.)*
- c) Structure organisationnelle et gestion de l'établissement (taille de l'établissement, clarté des consignes, transparence, stabilité des équipes de gestion, prise de décision au niveau local, soutien aux supérieurs immédiats, etc.)*

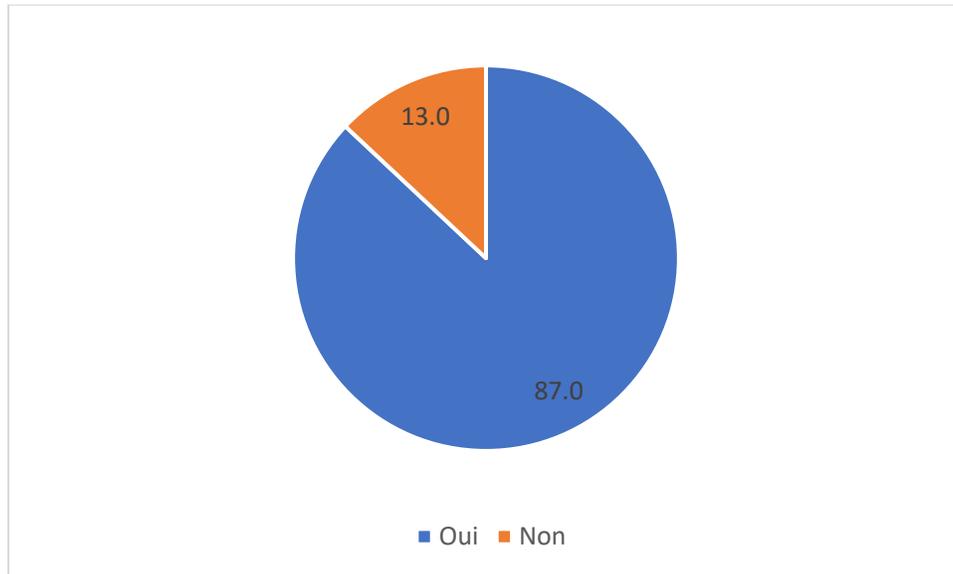
- d) Soutien au personnel (soutien psychologique, empathie des gestionnaires, mesure de conciliation travail-famille, etc.)*
- e) Fonctionnement des équipes de travail (accueil et intégration des nouveaux, collaboration entre collègues, personnel d'agence, etc.)*

Les personnes participantes étaient invitées à cocher tout ce qui s'appliquait. En outre, elles étaient invitées à préciser, sous forme de réponse ouverte, la nature des changements souhaités pour chaque item coché.

2.1. Changements à apporter pour accroître le niveau de confiance au travail

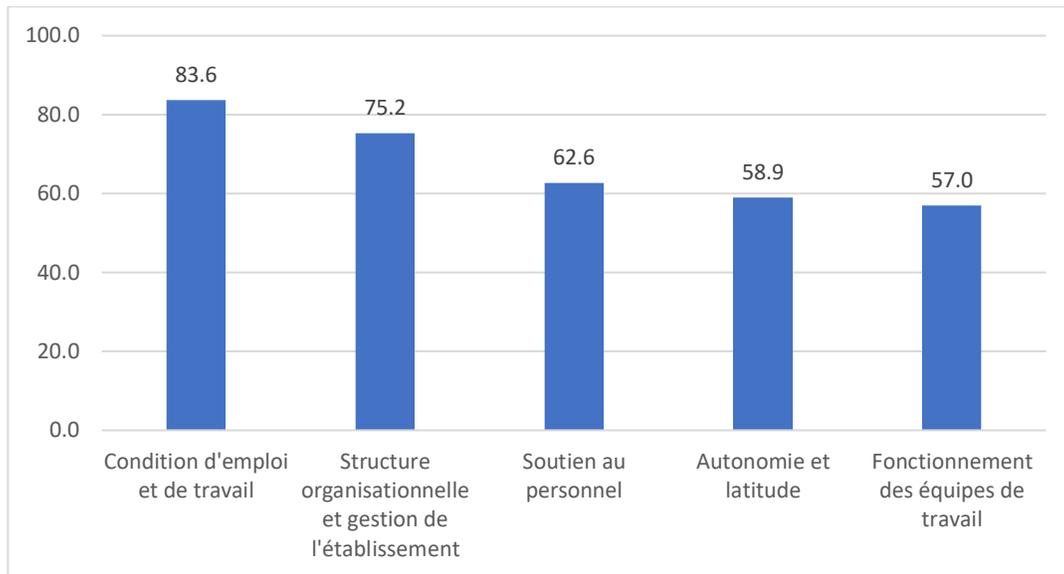
La Figure 8 présente la distribution des réponses à la première question. Il appert que parmi les personnes qui ont participé à la phase 2 du questionnaire, 87 % d'entre elles ont indiqué que des changements devraient être apportés dans leur lieu de travail afin d'accroître leur niveau de confiance au travail.

Figure 8 Distribution des réponses à la question « Selon vous, des changements devraient-ils être apportés dans votre lieu de travail principal afin d'accroître votre niveau de confiance au travail? » (phase 2)



La Figure 9 présente les domaines dans lesquels les personnes participantes souhaitent du changement. Le domaine des conditions d'emploi et de travail, mentionné par 84 % des personnes ayant indiqué que des changements étaient nécessaires, est le domaine le plus fortement identifié. Suivent la structure organisationnelle et la gestion des établissements (75 %), le soutien au personnel (63 %), l'autonomie et la latitude (59 %) et le fonctionnement des équipes de travail (57 %).

Figure 9 Proportion des personnes participantes ayant indiqué qu'un changement devait être apporté, par domaine (phase 2)



2.2. Changements dans les conditions d'emploi et de travail

Dans l'ensemble des personnes ayant participé à la phase 2 du questionnaire, près de trois personnes sur quatre (73 %) ⁴ ont dit souhaiter des changements dans leurs conditions d'emploi et de travail. Les réponses obtenues quant à la nature des changements souhaités dans ce domaine peuvent être regroupées en quatre catégories : les horaires de travail (36 % des réponses obtenues), la charge de travail (32 %), l'écoute, la reconnaissance et le respect (19 %) et les salaires (16 %).

2.2.1. Nature des changements souhaités

Catégorie de réponse la plus fréquente, **l'horaire** fait l'objet de plusieurs réponses. On souhaite notamment un plus grand pouvoir décisionnel sur l'horaire de travail, une réduction, voire l'abolition, du temps supplémentaire obligatoire et des postes en rotation, une plus grande reconnaissance des enjeux liés à la conciliation travail-famille, un plus grand respect des demandes de congés et/ou de vacances et la possibilité de travailler à temps partiel ou d'opter pour des horaires comprimés.

⁴ Soit 84 % des personnes qui ont dit souhaiter du changement pour accroître leur confiance.



Quelques exemples de réponses...

Abolition du TSO, être capable d'avoir nos congés lorsqu'on les demande et [...] avoir un pouvoir décisionnel sur nos horaires.

Accommodements dans nos horaires, flexibilité pour les rendez-vous personnels et familiaux, par exemple pouvoir changer de journée. [...] Nous faire présenter les nouveaux employés qui travaillent dans les gestions des horaires de notre étage.

Accès à la semaine 4 jours temps plein. Capacité de prendre des congés.

Arrêt des postes en rotation. Avoir des postes à temps partiel.

Arrêt du temps supplémentaire obligatoire ainsi que des plans de contingence.

Retourner à une fin de semaine sur trois au lieu d'une fin de semaine sur deux. Rendre les postes à temps partiel disponibles comme avant la dernière convention collective. Avoir des garderies pour le personnel soignant pour les 3 quarts de travail.

Avoir la confiance des gestionnaires du CISSS sur la gestion de mon horaire et de mon temps.

Avoir une plus grande latitude dans nos horaires pour permettre une meilleure conciliation vie personnelle/travail. [...] Avoir des incitatifs pour les fins de semaine ou quart de soir et de nuit.

Cesser les TSO et les gardes obligatoires qui sont des TSO déguisés.

Avoir un horaire de travail fixe et au moins pour 2 mois. Savoir mon horaire plus de 2 semaines à l'avance. Revoir la création de postes en 12 h et en 8 h afin de mieux combler les besoins.

Fin du TSO et respect des disponibilités lors de la création des horaires (en autogestion).

Avoir un horaire qui me permet de savoir quand j'entre chez moi.

J'aimerais pouvoir réduire mes heures par semaine.

Meilleure capacité à gérer nos horaires de travail. Pas de refus automatique des congés.

Avoir un horaire stable [...] pour pouvoir planifier rendez-vous et améliorer qualité de vie familiale.

Possibilité de faire nous-mêmes nos horaires.

Prioriser les conditions en lien avec la conciliation travail/famille.

Une plus grande flexibilité, autogestion des horaires, des congés fériés accordés pour vrai.

Remettre des postes à temps partiel. [...] Alléger le processus de demande de congé comme un férié.

Deuxième catégorie de réponses en importance, les enjeux liés à la **charge de travail** renvoient essentiellement au souhait que la charge de travail soit diminuée, par l'embauche de personnel supplémentaire et la stabilisation des équipes. Plusieurs réponses font état de cas de plus en plus lourds et de la nécessité de pouvoir offrir des soins sécuritaires de qualité.



Quelques exemples de réponses...

Meilleur ratio patients/infirmière, donc charge de travail serait moindre et les soins plus sécuritaires.

Adoption de ratios sécuritaires. Personnel en nombre suffisant.

Réduire la charge de travail, les patients sont de plus en plus lourds et avec des problèmes cognitifs.

Avoir le personnel nécessaire pour assurer les soins sécuritaires aux patients, et ce, en tout temps et pour tous les titres d'emplois.

Avoir un ratio résidents/préposée humainement possible!

Charge de travail plus raisonnable et planifier la main-d'œuvre en conséquence.

Avoir le droit d'évaluer notre charge de travail et non de se la faire imposer comme tout professionnel qui se respecte.

Diminuer la surcharge de travail et s'assurer d'avoir le bon nombre d'employés nécessaire pour donner les services.

Que la direction admette le manque flagrant de ressources.

Les quotas devraient être implantés en tenant compte du degré de "lourdeur" des patients.

Arrêter d'augmenter le nombre de patients sans augmenter le personnel.

Pouvoir prodiguer des soins professionnels, dont les résidents méritent, à la hauteur de mes attentes.

Réglementer les charges de travail selon les soins a prodigué et non par rapport à l'achalandage de l'urgence!!!

S'assurer que le ratio patients/PAB soit respecté.

Stabilisation des équipes. Le manque de personnel baisse le moral des employés.

Un respect des capacités des soignants à soigner, un nombre maximum de patients et avoir dans l'équipe chaque titre d'emploi nécessaire. Ne pas surcharger les équipes avec de la paperasse et dédoublement de soins.

Les enjeux liés à **l'écoute, la reconnaissance et le respect** constituent la troisième catégorie de changements en importance. On souhaite essentiellement être écouté, cru et traité avec respect par l'organisation et une véritable reconnaissance de son travail.



Quelques exemples de réponses...

Présence de supérieur de jour sur l'étage. Nous faire saluer quand on la croise dans le corridor.

Arrêter de proposer des idées qui ne fonctionnent pas pour que la direction nous fait croire qu'ils font de quoi pour nous aider. Exemple faire autogestion des horaires par les employés et que l'employeur les refuse à 90 % par la suite.

Être écouté et entendu. On parle régulièrement de problématiques vécues au quotidien, mais aucune solution n'est apportée en ce sens. La direction ne fait que détourner les conversations sans régler les problématiques irritantes.

Nous prendre au sérieux.

J'aimerais être considéré.

Humanité de la part de l'employeur. Arrêter d'avoir l'impression d'être qu'un numéro.

Plus de latitude et d'autonomie face à mon travail. Que la confiance règne par rapport à ces éléments et qu'on arrête de se sentir comme des enfants d'école.

Plus de reconnaissance de notre travail, pour que le public comprenne mieux ce que nous faisons et le travail extrême que cela demande, plus d'avantages aussi lorsque nous ne sommes pas capables d'avoir une seule pause durant 12 heures, un repas gratuit devrait être fourni, ou mes supérieurs devraient participer aux pauses pour nous aider.

Que mon employeur ne me considère pas comme un numéro d'employé, mais bien comme une personne à part entière qui fait partie de cette société.

Tout est à refaire, mais en premier écouter nous!

Enfin, la question des **salaires** est également mentionnée par plusieurs personnes participantes. On souhaite de meilleurs salaires, une plus grande équité par rapport à d'autres professions – notamment les professions masculines – et des primes, ou la bonification de celles-ci, pour les horaires atypiques et le temps supplémentaire.



Quelques exemples de réponses...

Temps double pour les temps supplémentaires.

Amélioration du salaire pour gagner au moins autant que les agences qui travaillent avec moi.

Avoir un meilleur salaire pour la surcharge de travail.

Avoir un meilleur salaire, nous avons beaucoup d'actes de la loi 90 que les infirmières nous délèguent, mais notre salaire reste au même niveau qu'une préposée aux bénéficiaires.

Une augmentation de salaire digne de ce nom. Mon pouvoir d'achat diminue! [...] Avoir des incitatifs pour les fins de semaine ou quart de soir et de nuit.

C'est bien beau que le gouvernement ait fait un ajustement de salaire pour les préposés. Par contre, pratiquement tout le monde a atteint le plafond salarial.

Meilleur salaire lors des gardes, meilleur salaire tout court.

Augmentation salariale et indexation au taux d'inflation.

Avoir un salaire qui répond à notre charge de travail.

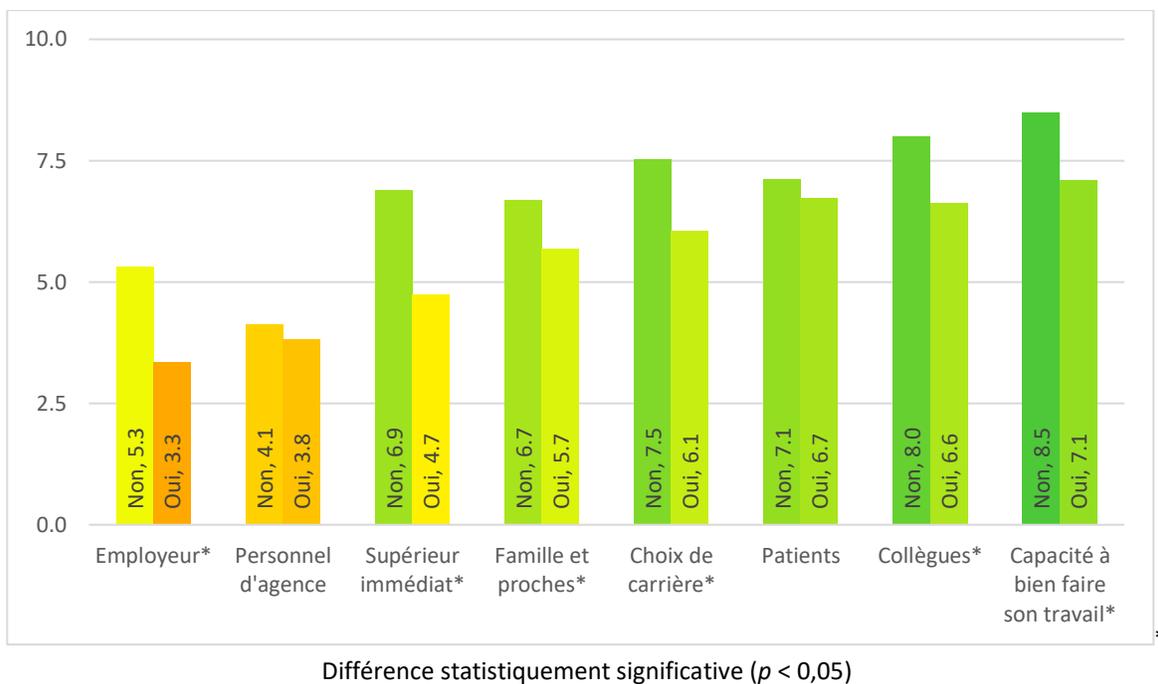
Augmentation de salaire comparable aux métiers de la construction. J'ai fait le même cours professionnel 1800 heures qu'un électricien alors qu'il gagne 1,5 fois mon salaire.

2.2.2. Liens avec la confiance personnelle et organisationnelle

La Figure 10 présente les niveaux de confiance personnelle et organisationnelle moyens en décembre 2022 selon le fait d'avoir mentionné (ou non) les changements dans les conditions d'emploi et de travail comme moyens d'augmenter sa confiance au travail. Sur le plan de la confiance organisationnelle, nous constatons

que les confiances envers l'employeur, les supérieurs immédiats, les collègues de travail et la famille et les proches des patients sont significativement plus faibles chez les personnes ayant indiqué souhaiter ce type de changement comparativement à celles qui n'ont pas indiqué ce type de changement. Les confiances envers les patients et le personnel d'agence ne sont toutefois pas liées de manière significative à ce type de changement souhaité. En ce qui a trait à la confiance personnelle, les niveaux de confiance envers le choix de carrière et envers la capacité à bien faire son travail sont significativement plus faibles chez les personnes ayant indiqué ce type de changement que chez celles qui ne l'ont pas mentionné.

Figure 10 Niveaux de confiance moyens selon le fait de souhaiter (ou non) des changements dans les conditions d'emploi et de travail (phase 2)



2.3. Changements dans la structure organisationnelle et la gestion de l'établissement

Dans l'ensemble des personnes ayant participé à la phase 2 du questionnaire, près de deux personnes sur trois (65 %)⁵ ont dit souhaiter des changements dans la structure organisationnelle et la gestion de leur établissement. Les réponses obtenues quant à la nature des changements souhaités dans ce domaine

⁵ Soit 75 % des personnes qui ont dit souhaiter du changement pour accroître leur confiance.

peuvent être regroupées en quatre catégories : les gestionnaires (27 % des réponses obtenues), la gestion décentralisée (25 %), la gestion participative (19 %) et la cohérence/transparence (12 %).

2.3.1. Nature des changements souhaités

Les changements relatifs aux **gestionnaires** constituent la première catégorie en importance lorsqu'il s'agit des changements souhaités dans la structure organisationnelle et la gestion des établissements. Concrètement, on souhaite des gestionnaires plus proactifs qui connaissent et respectent le travail des professionnels et qui sont présents sur le plancher et sur tous les quarts de travail. On souhaite qu'ils soient disponibles en cas de besoin et qu'ils fassent des rétroactions régulières. En outre, on souhaite une plus grande stabilité des gestionnaires et une plus grande imputabilité.



Quelques exemples de réponses...

Avoir des gestionnaires en poste serait déjà un plus. De la stabilité (ex. : exiger que les chefs passent au moins 2 ans en fonction sur leur poste).

Avoir des rencontres avec ma gestionnaire pour connaître ses attentes! Même pas eu une rencontre de 10 minutes avec elle après 2 mois à l'emploi.

Avoir des suivis réguliers.

Avoir plus de stabilité dans les équipes de gestion.

Avoir un boss qui se souvient de ce que c'est que d'être sur le "plancher" avec nous. Qu'il voit notre réalité, pas juste ses chiffres.

Avoir un chef qui a du temps pour ses équipes, qui n'est pas responsable de cinq départements et qui est toujours à la course.

Avoir un supérieur qui connaît le travail qu'on doit effectuer et ses enjeux et qui a à cœur les besoins de la clientèle (patients/proches) qui est vulnérable.

Les gestionnaires doivent s'occuper du personnel et non pas être constamment en réunion.

Des gestionnaires sur le plancher 24/7.

Gestion plus surveillée par un organisme indépendant et gestion imputable.

Gestionnaires plus présents sur les lieux de travail.

Moins de cadres; moins de microgestion. Des cadres professionnels et qui comprennent la réalité terrain. Moins de surveillance; plus de suivis. Une ouverture aux initiatives.

Qu'il y ait moins de roulement de gestionnaires.

Que l'employeur se mêle réellement aux salariés pour ainsi comprendre la réalité et l'impact de ses actions.

Que les gestionnaires soient imputables de leurs décisions.

Stabilité de l'équipe de gestion et encadrement des nouveaux gestionnaires.

Stabilité des gestionnaires. Plus de proximité, gestionnaires « terrain ». Capacité de gérer les conflits entre employés. Gestionnaire qui défend son équipe.

Tout simplement du monde compétent et pas trop de boss qui se relancent la balle.

Les changements relatifs à la **gestion décentralisée** constituent la deuxième catégorie en importance lorsqu'il s'agit des changements dans la structure organisationnelle et la gestion de l'établissement. On critique fortement la taille des établissements, jugés trop grands, et on souhaite une gestion plus locale, décentralisée, plus proche des enjeux rencontrés sur le terrain.



Quelques exemples de réponses...

CIUSSS trop grand, difficile de régler des problèmes, les gestionnaires sont toujours occupés et ne peuvent jamais vous aider.

Décentraliser la prise de décisions. Dans un CISSS comme le nôtre, avec une énorme superficie, les décisions ne peuvent pas s'appliquer "mur à mur". Que l'on ramène les prises de décision touchant le travail plancher au niveau des gestionnaires de proximité. Ces gestionnaires ayant leurs bureaux près des employés sont beaucoup plus aptes à prendre les bonnes décisions, car ils ont le pouls de leur équipe de travail.

Démantèlement des SUPER structures qui ne permettent pas des prises de décisions près des travailleurs.

Gestion de proximité qui reconnaît les différentes réalités des milieux.

Gestion plus locale.

Je nous vois très très éloignés de la haute direction. Ma supérieure immédiate et sa propre supérieure n'apparaissent même pas dans l'organigramme de l'organisation.

La gestion des horaires devrait revenir comme avant les CISSS, c'est-à-dire gestion locale. Cela fonctionnait vraiment mieux.

La lourdeur de la machine me décourage.

La structure est devenue trop grosse. Il devrait y avoir des changements pour que nous restions seulement en hébergement et que nos priorités et besoins soient adaptés à notre réalité. Enfin de nous sentir qu'il y a un lien d'appartenance et de confiance dans notre milieu.

Gestion de proximité plutôt qu'une gestion autoritaire qui prend toutes les décisions sans consulter les personnes qui sont influencées par ces décisions.

Moins grosse structure moins de papiers et formulaires.

Prise de décision locale et éviter que ma supérieure ait à s'occuper de deux établissements différents situés à 150 km l'un de l'autre, ce qui l'oblige à être aux deux endroits dans la même semaine.

Que la gestion revienne au niveau local. [...] Que l'information descende plus vite vers nous.

Retour à des entités de taille humaine. Le réseau est trop centralisé. Les gestionnaires ne sont pas du personnel soignant et ne connaissent pas les enjeux.

Taille d'un CHU trop gros pour des communications efficaces, pour une réelle reconnaissance des experts cliniques et pour favoriser leur autonomie.

Trop gros comme institution.

Trop gros. Défusionner les 5 hôpitaux. La réalité du CHUL est différente de HSFA qui est différent de HSS et de HEJ.

La **gestion participative** est le troisième groupe de réponses les plus fréquentes. Les personnes participantes souhaitent être écoutées, participer à la prise de décisions ou, minimalement, être consultées.



Quelques exemples de réponses...

Écouter les professionnels!!!

Être écouté et que les gens agissent.

Faire partie des décisions.

Impliquer les infirmières dans les décisions de planification.

Inclure du personnel soignant terrain sur les tables de discussions. Que des inhalothérapeutes puissent avoir accès aux postes de gestion et qu'elles soient représentées par une inhalo au lieu d'être représentées par une assistante-infirmière chef ou une chef infirmière.

Nous demander ce qui ne fonctionne pas sur les étages.

Prendre en compte l'avis des employés avant tout changement significatif qui affecte notre travail.

Que les décisions viennent de la base, pas d'en haut par des bureaucrates inefficaces.

Que les gestionnaires écoutent vraiment les équipes sur le terrain et que les décisions soient prises en accord avec le terrain, soit du bas vers le haut et non le contraire comme présentement.

Que nous soyons réellement écoutées lorsque nous proposons des solutions ou de nouvelles façons de faire.

Enfin, la question de la **cohérence et de la transparence** a également été mentionnée par plusieurs personnes participantes. Celles-ci souhaitent un meilleur partage des informations, une plus grande transparence et une plus grande clarté et cohérence des règles, consignes et procédures. En outre, elles souhaitent que les informations leur soient plus rapidement communiquées.



Quelques exemples de réponses...

Avoir une mission claire, des consignes claires.

Meilleure communication [et] plus de transparence.

Beaucoup plus de transparence de la direction.

Mettre en place des directives avec un plan, des indications claires et pourquoi ce changement est demandé. [...] Impression qu'on nous laisse dans un sentiment de désorganisation et qu'on doit patauger là-dedans.

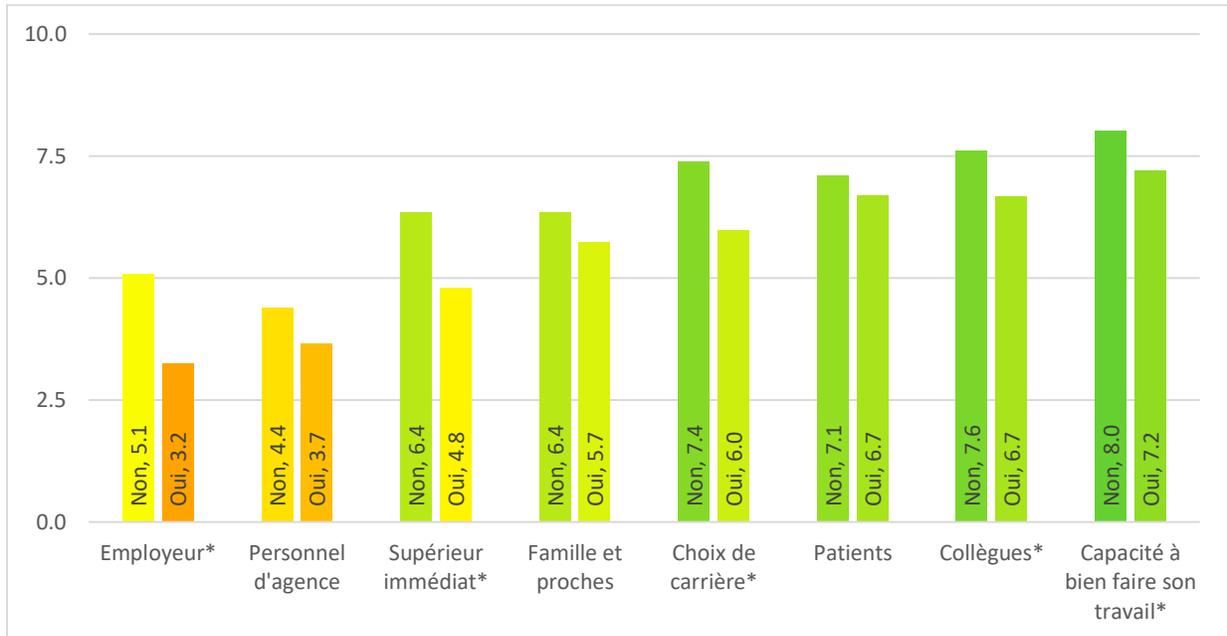
Temps de réponse long. Consignes pas toujours claires ou changeantes.

*Manque de cohérence. Trop de boss. Règles changent trop.
Une uniformité dans les décisions.*

2.3.2. Liens avec la confiance personnelle et organisationnelle

La Figure 11 présente les scores moyens de confiance personnelle et organisationnelle en décembre 2022 selon le fait d’avoir mentionné (ou non) les changements dans la structure organisationnelle et la gestion de son établissement comme moyens d’augmenter sa confiance au travail. Sur le plan de la confiance organisationnelle, nous constatons que les confiances envers l’employeur, les supérieurs immédiats et les collègues sont significativement plus faibles chez les personnes ayant indiqué souhaiter ce type de changement comparativement à celles qui n’ont pas indiqué ce type de changement. Les niveaux de confiance envers les patients, la famille et les proches des patients ainsi que le personnel d’agence ne sont toutefois pas liés de manière significative à ce type de changement souhaité. En ce qui a trait à la confiance personnelle, les niveaux de confiance envers le choix de carrière et envers la capacité à bien faire son travail sont significativement plus faibles chez les personnes ayant indiqué ce type de changement que chez celles qui ne l’ont pas mentionné.

Figure 11 Niveaux de confiance moyens selon le fait de souhaiter (ou non) des changements dans la structure organisationnelle et la gestion de son établissement (phase 2)



* Différence statistiquement significative ($p < 0,05$)

2.4. Changements dans le soutien offert au personnel

Dans l'ensemble des personnes ayant participé à la phase 2 du questionnaire, un peu plus de la moitié (54 %) ⁶ ont dit souhaiter des changements dans le soutien offert au personnel. Les réponses obtenues quant à la nature des changements souhaités dans ce domaine, peuvent être regroupées en cinq catégories : la reconnaissance (28 % des réponses), le soutien psychologique (25 %), l'horaire de travail (14 %), les superviseurs (7 %) et la charge de travail (6 %).

2.4.1. Nature des changements souhaités

Première catégorie en importance, l'enjeu de la **reconnaissance** renvoie au souhait manifesté par les personnes participantes que leur situation d'emploi difficile soit mieux reconnue et que leurs doléances soient davantage écoutées. Elles veulent être crues, écoutées, entendues.



Quelques exemples de réponses...

Pour nous encourager, me faire appeler par mon prénom et non ne pas savoir qui je suis même après plusieurs mois. Des encouragements, des petits cadeaux pour montrer l'appréciation, des soupers et déjeuners d'équipe pour renforcer les liens et non pas juste notre numéro de matricule, car sinon je me sens comme une prisonnière.

Avoir un chef d'équipe qui nous croit, qui nous écoute et pas de saute d'humeur.

Avoir un gestionnaire à l'écoute.

De la considération, de l'humanité et de l'empathie pour moi-même, les usagers et leurs familles.

Être plus à l'écoute des besoins et des désirs des employés.

Nous en avons marre de se faire dire "j'entends ce que tu me dis" avec une expression neutre, et aucune initiative suit pour induire des changements en équipe vers un but. [...] Le respect aussi serait agréable à [a]voir.

Pause. Reconnaissance.

Plus d'humanité, de compréhension et d'empathie de la part des gestionnaires.

Pouvoir parler de certaines situations et être écouté comme il se doit.

Reconnaissance et merci à la place de se faire taper dessus, car la plupart du temps le monde sont épuisés.

Se sentir compris et considéré par les gestionnaires. Que les décisions administratives soient prises en tenant compte du bien-être des employés.

Se sentir écouté lorsque nous rapportons une problématique ou une situation difficile.

Sentir que notre opinion compte. Que les décisions soient prises et instaurées dans le but d'une intégration positive et en prenant compte que cela peut ébranler certaines personnes. [...] Offrir

⁶ Soit 63 % des personnes qui ont dit souhaiter du changement pour accroître leur confiance.

des moments prévus dans la semaine individuels ou en groupe afin de discuter de ce qui est plus difficile et idées de solutions (avec gestionnaire).

Soutien par rapport à l'attitude de familles insatisfaites qui nous manquent de respect et qui ne sont pas recadrées malgré la politique de tolérance zéro face au manque de respect dans l'établissement.

Une vraie reconnaissance des efforts surhumains déployés depuis le début de la pandémie et même avant, une ambiance de travail plus saine sans violence psychologique.

L'enjeu du **soutien psychologique**, deuxième catégorie en importance, concerne à la fois la disponibilité des ressources de soutien psychologique, mais aussi la fréquence d'utilisation de celles-ci. On souhaite non seulement avoir accès à du soutien au moment où on en a besoin, mais on souhaite ne pas être limité dans le nombre de séances de soutien auquel on a droit.



Quelques exemples de réponses...

Accès à un psychologue postévénements traumatiques.

Aide psychologique gratuite dans notre milieu de travail.

Mettre des équipes de soutien psychologique disponibles automatiquement après chaque mort ou don d'organes ou situations psychologiquement difficiles (bébé secoué, etc.).

Avoir [...] un peu de soutien lorsqu'on perd un résident dont on a soin depuis longtemps. Même chose pour le décès de collègues.

Avoir un meilleur accès au PAE, les délais sont très longs.

Avoir une TS ou un psychologue sur place pour nous aider immédiatement en cas de besoin.

Dans mon CHSLD, il n'y a aucun soutien psychologique ou émotionnel. Rien n'est mis en place pour permettre aux gens de ventiler leurs émotions quand on vit des situations difficiles. Je suis veilleuse et ce n'est qu'un beau mot sur du papier. Dans les faits, je n'ai pas de temps pour écouter une jeune auxiliaire qui vient de vivre son premier décès ou encore le préposé qui trouve difficile l'accompagnement d'une personne avec TNCM, car elle lui rappelle sa maman qui est décédée il y a 2 mois, etc. Je n'ai pas de temps pour discuter de l'anxiété éprouvée par une nouvelle infirmière qui a de la difficulté à s'adapter à l'autonomie infirmière en CHSLD. Je trouve terrible que la seule réponse des gestionnaires soit de leur conseiller d'appeler le PAE.

Le programme d'aide aux employés est insuffisant. Cinq rencontres avec un intervenant, qui ne peut poursuivre un suivi par la suite... Ça peut aider, mais c'est bref. Il devrait y avoir des rencontres à l'occasion pour ventiler sur le vécu, les situations sensibles, les événements sur les lieux de travail qui restent dans notre tête rendus à la maison. Il n'y a pas assez de « débriefings » dans le réseau. Cela permet de prendre soin des professionnels en soins et de les garder en santé au niveau mental.

Plus d'accès faciles à du soutien psychologique quand ça ne va pas bien. Aide à la gestion du stress.

Augmenter le nombre de séances PAE.

Troisième en importance, l'enjeu de l'**horaire** regroupe les réponses concernant la possibilité d'être accommodé en cas de besoin, notamment lorsqu'on a de jeunes enfants, mais aussi lorsqu'on vit des moments difficiles. On souhaite pouvoir se reposer, se ressourcer.



Quelques exemples de réponses...

Arrêter de nous dire que les demandes de congés sont refusées par manque de personnel et y trouver une alternative. Que ce soient des congés pour études, pour la conciliation travail-famille, congé syndical, etc.

Augmenter la conciliation travail-famille avec une meilleure modulation de l'horaire faite par les employés.

Une meilleure conciliation travail-famille pour celles avec de jeunes enfants permettrait probablement une diminution des maladies.

Permettre une plus grande flexibilité d'horaire pour la conciliation travail/famille.

Plus de souplesse pour des congés qui sont parfois refusés sans raison valable.

Poursuivre la conciliation travail-famille et les horaires modulables

Quand on demande une journée de congé personnel, ne pas faire un chialer et avant de passer quelqu'un au bureau pour ses absences, vérifier le pourquoi elle a été absente.

Que l'on essaie VRAIMENT d'aider les employés avec des problématiques particulières. Il n'est pas normal que l'employeur refuse des accommodements à des employés ayant, par exemple, des enfants avec des besoins particuliers. La réponse qui est régulièrement donnée à ces employés est : "Si on t'accommode, il faudra accommoder plusieurs employés. On ne commencera pas ça."

L'enjeu des **superviseurs** touche à la fois à la présence de ceux-ci sur le plancher, sur tous les quarts de travail, mais aussi leur disponibilité en cas de besoin. On souhaite pouvoir leur parler quand on en a besoin et se sentir écouté et entendu.



Quelques exemples de réponses...

Avoir des rencontres régulières, et ce, avant notre quart de travail et non pas durant, car on n'a pas de temps.

Gestionnaire présent et à l'écoute

Voir les gestionnaires sur le plancher pour qu'ils voient les besoins non comblés, et la qualité des soins dégradée, car ne semblent pas croire ce qui leur est rapporté.

Plus de présence des gestionnaires et réelle écoute.

Rencontres régulières avec gestionnaire, avoir évaluation et compte-rendu de notre travail.

Visite de la cheffe de département sur les trois quarts, plus de réunions, discussions des cas problèmes au lieu de nous faire dire que c'est un problème d'attitude de notre part.

Enfin, l'enjeu de la **charge de travail** concerne le nombre de personnes disponibles sur le plancher dans son établissement. On souhaite du renfort dans les équipes pour prendre soin des patients.



Quelques exemples de réponses...

Avoir du back-up en cas de besoin.

Des équipes de travail pleines et non amoindries par les coupures.

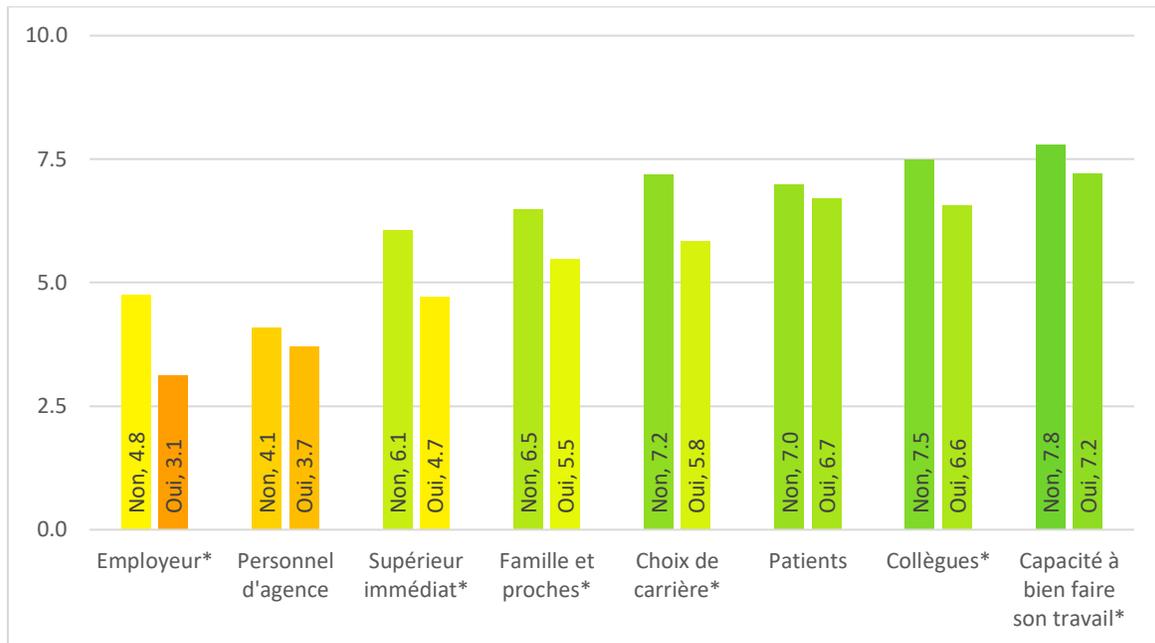
Plus de personnel quand y manque de monde et nous tenir au courant lorsqu'il manque du personnel.

Trouver des solutions aux problèmes du manque du personnel.

2.4.2. Liens avec la confiance personnelle et organisationnelle

La Figure 12 présente les niveaux de confiance personnelle et organisationnelle moyens en décembre 2022 selon le fait d'avoir mentionné (ou non) les changements dans le soutien au personnel comme moyens d'augmenter sa confiance au travail. Sur le plan de la confiance organisationnelle, nous constatons que les confiances envers l'employeur, les supérieurs immédiats, les collègues et la famille et les proches des patients sont significativement plus faibles chez les personnes ayant indiqué souhaiter ce type de changement comparativement à celles qui ne l'ont pas indiqué. Les confiances envers les patients et le personnel d'agence ne sont toutefois pas liées de manière significative à ce type de changement souhaité. En ce qui a trait à la confiance personnelle, les niveaux de confiance envers le choix de carrière et envers la capacité à bien faire son travail sont significativement plus faibles chez les personnes ayant indiqué ce type de changement que chez celles qui ne l'ont pas indiqué.

Figure 12 Niveaux de confiance moyens selon le fait de souhaiter (ou non) des changements dans le soutien offert au personnel (phase 2)



* Différence statistiquement significative ($p < 0,05$)

2.5. Changements dans le niveau d'autonomie et de latitude décisionnelle

Dans l'ensemble des personnes ayant participé à la phase 2 du questionnaire, environ la moitié (51 %) ⁷ a dit souhaiter des changements dans son niveau d'autonomie et de latitude décisionnelle. Les réponses obtenues quant à la nature des changements souhaités dans ce domaine peuvent être regroupées en deux catégories : l'autonomie et le respect du champ de compétence (44 % des réponses) et la latitude décisionnelle (27 %).

2.5.1. Nature des changements souhaités

Première catégorie en importance, **l'enjeu de l'autonomie et du respect des compétences** renvoie au souhait manifesté par les personnes participantes de pouvoir exercer pleinement leur profession et que leur champ de compétence soit pleinement reconnu. En outre, on souhaite pouvoir gérer son temps et sa charge de travail de manière autonome, mais aussi de pouvoir bricoler ses propres solutions. On souhaite également avoir accès à toute l'information pertinente pour mieux soigner les patients.

⁷ Soit 59 % des personnes qui ont dit souhaiter du changement pour accroître leur confiance.



Quelques exemples de réponses...

Assister au rapport infirmier pour connaître mieux les patients.

Augmenter la confiance des dirigeants envers le jugement nursing.

Avoir l'autonomie de prescrire, de modifier les plans de traitement.

Avoir le droit d'exercer de long en large mon champ de compétence.

Avoir plus de latitude aiderait à maximiser notre temps de travail pour ainsi avoir plus de temps pour les choses réellement importantes.

Me donner tous mes droits actes en tant qu'infirmière auxiliaire.

Nous les PAB, nous sommes les yeux et les oreilles des infirmières auxiliaires. Nous n'avons pas besoin de savoir s'il faut exemple mettre du zinc sur une petite rougeur.

Nous permettre de faire notre travail de façon plus autonome.

Nous sommes limités par le CMDP qui tarde depuis plus de 5 ans à officialiser certaines ordonnances collectives de l'INESSS.

Permettre aux employés d'utiliser leur pleine compétence et non seulement celles que l'on permet.

Permettre des outils maison (ex. : formulaires personnalisés au site au lieu d'attendre que le CIUSSS nous fasse parvenir ceux qui seront utilisés). On attend longtemps pour des décisions simplistes, ce qui freine les initiatives, provoque des frustrations... Nous n'avons pas de lignes directrices claires alors l'autonomie ou la latitude permise est floue.

Plus de reconnaissance lorsque nous avons des formations universitaires, pouvoir faire les actes que nous apprenons, plus d'autonomie professionnelle.

Pouvoir exercer tout ce que l'on peut faire selon l'ordre professionnel.

Que nos compétences professionnelles soient utilisées à leur plein potentiel, trop souvent encore notre CIUSSS ne nous permet pas de faire tout ce dont nous sommes habilitées à accomplir.

Que notre jugement soit reconnu et non se faire imposer.

Que tout ce qui peut être délégué aux infirmières le soit.

Reconnaissance et utilisation du plein champ d'activité de la profession infirmière. Valoriser le rôle de l'infirmière dans l'établissement.

Si une tâche m'est attribuée, ne pas me faire surveiller par un autre collègue.

Utiliser notre champ de pratique au maximum. De mettre de côté la guerre entre infirmières et infirmières auxiliaires.

Seconde catégorie en importance, **la latitude décisionnelle** renvoie au souhait manifesté par les personnes participantes d'être écoutées et d'être impliquées dans les décisions qui les concernent. Derrière ce souhait se trouve le sentiment de disposer de l'expertise nécessaire à la prise de décision, sans que celle-ci soit suffisamment mobilisée par l'organisation pour laquelle on travaille. En outre, on souhaite pouvoir décider de son horaire et de sa charge de travail.



Quelques exemples de réponses...

Choisir nos fins de semaine et combien nous voulons en faire... et combien de patients nous voulons soigner.

Dans les rencontres multidisciplinaires, les préposés ne sont jamais à la table de discussion et pourtant c'est nous qui pouvons mieux répondre à certaines informations que même les infirmières ne savent pas. Exemple : comment le patient se déplace, difficulté de motricité, etc.

Demander l'opinion des employés qui donnent les soins.

En tant que préposés aux bénéficiaires, c'est nous qui comblons 90 % des soins aux résidents. Mais nous ne faisons jamais partie des réunions qui visent à régler une problématique.

Être consultée et traitée comme une professionnelle lorsqu'il y a des décisions à prendre en lien avec mon travail au quotidien.

Être consultés quand des décisions ont un impact sur le travail, au minimum être avisés avant le changement et ne pas l'apprendre après coup, par la bande.

Gestion de mon travail : possibilité de gérer moi-même mes moments de télétravail et de présence au bureau.

Horaire de travail flexible, planification individuelle de ma charge de travail.

J'aimerais que l'on nous implique lors des décisions provoquant un changement dans la gestion du travail quotidien. Que l'on prenne en compte l'avis des gens sur le terrain.

J'aimerais que les inhalothérapeutes de mon département soient consultés avant que nos chefs sortent des protocoles ou des façons de faire des choses. Nous ne sommes jamais consultés et ils semblent toujours choisir la solution la plus complexe et impossible à appliquer dans notre travail quotidien.

Lors de mise en place de programme de formation ou de changement important sur le département, prendre en compte l'expertise de l'équipe plutôt que de prendre des décisions dans les bureaux sans consulter personne.

Moins de formations futiles, laisser le choix pour qu'on cible nos besoins d'apprentissage.

Nous donner la possibilité de voter sur certains changements organisationnels physiques.

On nous descend toujours des choses sans nous avoir avisé avant ou demandé notre avis/consulté.

Participer aux décisions, les personnes sur le terrain sont importantes dans le processus.

Qu'on me demande mon opinion serait un bon début.

Qu'ils arrêtent de nous bloquer la route avec leurs millions de procédures lorsque nous avons des idées pour améliorer le fonctionnement du service.

Que ma gestionnaire prenne en compte les idées de ses employés.

Se sentir impliqué dans les processus de décisions, car les décisions prises sont souvent prises par des fonctionnaires qui ont oublié ce qui se passe vraiment sur le plancher et nous imposent des choses sans savoir vraiment de quoi ils parlent... Ils ne voient pas tout et oublient souvent le plus important.

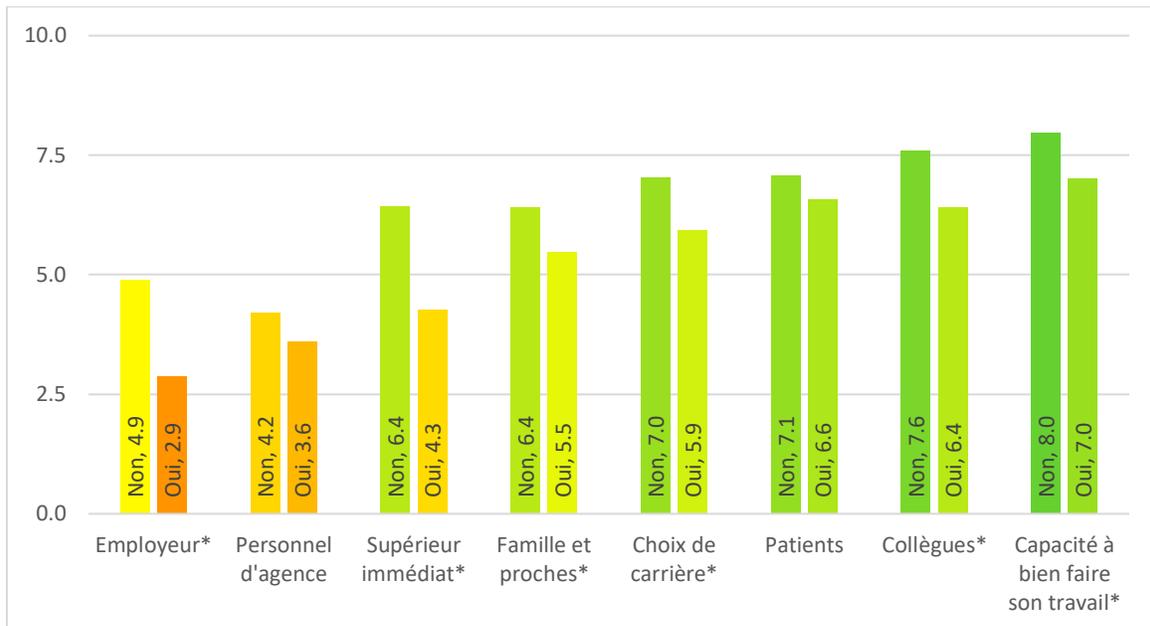
Une meilleure écoute et d'arrêter de prendre les préposés aux bénéficiaires [pour] moins que rien.

Venir nous consulter avant de faire des changements dans la clinique.

2.5.2. Liens avec la confiance personnelle et organisationnelle

La Figure 13 présente les niveaux de confiance personnelle et organisationnelle moyens en décembre 2022 selon le fait d'avoir mentionné (ou non) les changements dans le niveau d'autonomie et de latitude décisionnelle comme moyens d'augmenter sa confiance au travail. Sur le plan de la confiance organisationnelle, nous constatons que les confiances envers l'employeur, les supérieurs immédiats, les collègues et la famille et les proches des patients sont significativement plus faibles chez les personnes ayant indiqué souhaiter ce type de changement comparativement à celles qui ne l'ont pas indiqué. Les confiances envers les patients et le personnel d'agence ne sont toutefois pas liées de manière significative à ce type de changement souhaité. En ce qui a trait à la confiance personnelle, les niveaux de confiance envers le choix de carrière et envers la capacité à bien faire son travail sont significativement plus faibles chez les personnes ayant indiqué ce type de changement que chez celles qui ne l'ont pas indiqué.

Figure 13 Niveaux de confiance moyens selon le fait de souhaiter (ou non) des changements dans son niveau d'autonomie et de latitude décisionnelle (phase 2)



* Différence statistiquement significative ($p < 0,05$)

2.6. Changements dans le fonctionnement des équipes de travail

Dans l'ensemble des personnes ayant participé à la phase 2 du questionnaire, une personne sur deux (50 %)⁸ a dit souhaiter des changements dans le fonctionnement des équipes de travail. Les réponses obtenues quant à la nature des changements souhaités dans ce domaine peuvent être regroupées en quatre catégories : la consolidation des équipes de travail (33 % des réponses), l'accompagnement (15 %), la collaboration (15 %) et la communication (14 %).

2.6.1. Nature des changements souhaités

Première catégorie en importance, **la consolidation des équipes de travail** renvoie au souhait manifesté par les personnes participantes de stabiliser les équipes de travail et de s'assurer qu'elles sont complètes, quitte à réduire les services lorsqu'elles ne le sont pas.

⁸ Soit 57 % des personnes qui ont dit souhaiter du changement pour accroître leur confiance.



Quelques exemples de réponses...

Augmenter le nombre d'employés sur tous les quarts de travail.

Avoir du personnel stable sur les unités (pas d'équipe volante). Avoir un ratio patients/infirmière moins élevé.

Avoir plus de collègues de travail pour diminuer la charge de chacune.

J'aimerais plus de stabilité dans les équipes de travail.

Avoir des équipes sans sous-effectif. Sinon fermer des lits pour avoir des ratios sécuritaires.

La stabilité de l'équipe, être en nombre suffisant, nous ne sommes pas assez nombreux, augmenter le nombre des équipes.

Moins de roulements de personnel.

Plus d'infirmières et plus de PAB, sinon fermez des lits.

Qu'on travaille ensemble du début jusqu'à la fin de notre quart de travail.

Deuxième catégorie en importance, l'**accompagnement** renvoie au souhait manifesté par les personnes participantes de mieux accompagner les nouvelles recrues afin de faciliter leur intégration. Le jumelage de ces nouvelles recrues avec du personnel plus ancien fait partie des solutions proposées, de même que la prolongation de la période d'orientation. L'enjeu régional est également souligné, de même que l'importance de respecter les choix du personnel.



Quelques exemples de réponses...

De l'accompagnement pour les nouveaux.

Des collègues attirés au support et à la formation des nouveaux. Que tous partent avec les mêmes bases d'orientation plutôt que selon le bon vouloir des employés en place qui crée des inégalités et des frustrations quand ils sont forcés.

Former les nouveaux arrivants, jumeler ces nouveaux arrivants avec une personne dédiée.

Je travaille dans un très petit milieu spécialisé (urgence en région) et il est difficile d'orienter du nouveau personnel qui n'a aucune expérience préalable dans notre milieu. Nous devrions avoir des partenariats avec des centres plus gros pour l'orientation.

Meilleur accueil de la jeune relève, respecter les départements où ils désirent travailler, ils sont obligés de travailler en CHSLD lors de leur première année suivant l'embauche, et plusieurs quittent le réseau, car, en agence privée, le choix des unités de soins est respecté. Instaurer un accompagnement pour la jeune relève (0-5 ans), soit en remettant le programme de préceptorat sur pieds, soit en nommant des tuteurs/conseillères infirmières auxiliaires ou infirmières pour du coaching clinique, et ce, même en heures défavorables.

Période d'orientation plus longue, jumelage entre travailleurs d'expérience et les novices.

Une meilleure préparation et un meilleur accueil pour les nouveaux à partir de l'école.

Également deuxième catégorie en importance avec l'accompagnement, la **collaboration** renvoie au souhait de renforcer la collaboration sur les lieux de travail, y compris la collaboration interprofessionnelle.

En outre, on souhaite plus de rencontres d'équipes interdisciplinaires et une plus grande stabilité dans les équipes afin de favoriser le sentiment d'appartenance.



Quelques exemples de réponses...

Optimiser les duos (infirmières + infirmières auxiliaires) dans les différentes sections.

Plus de rencontres interdisciplinaires.

Promotion du travail d'équipe.

Favoriser la collaboration avec les associés dans les dossiers, cesser le travail en silo. Avoir des bureaux fixes et non se promener dans les locaux. Besoin d'appartenance à une équipe.

L'entraide entre multiples travailleurs est bénéfique en plusieurs points. Se limiter à ses "tâches respectives" ne favorise pas la confiance en ses collègues de travail.

Mettre en place un travail d'équipe uniforme et le maintenir.

Plus de rencontres d'équipes et décider en équipe tout changement qui devrait être apporté.

Que nous puissions faire des discussions de cas entre nous.

Que toutes les professions respectent les autres et ne se sentent pas supérieures.

Une meilleure cohésion d'équipe et un meilleur travail d'équipe interprofessionnelle. Une entraide mutuelle et non à sens unique.

Quatrième enjeu en importance, la **communication** renvoie au souhait d'un meilleur partage de l'information, tant entre supérieurs et subordonnés qu'entre collègues et professions.



Quelques exemples de réponses...

La communication a tous les niveaux, mais surtout des gestionnaires envers les équipes.

Meilleure communication intraéquipe. Sensibiliser chacun des membres de l'équipe à l'importance de la responsabilité professionnelle.

Meilleure communication interprofessionnelle.

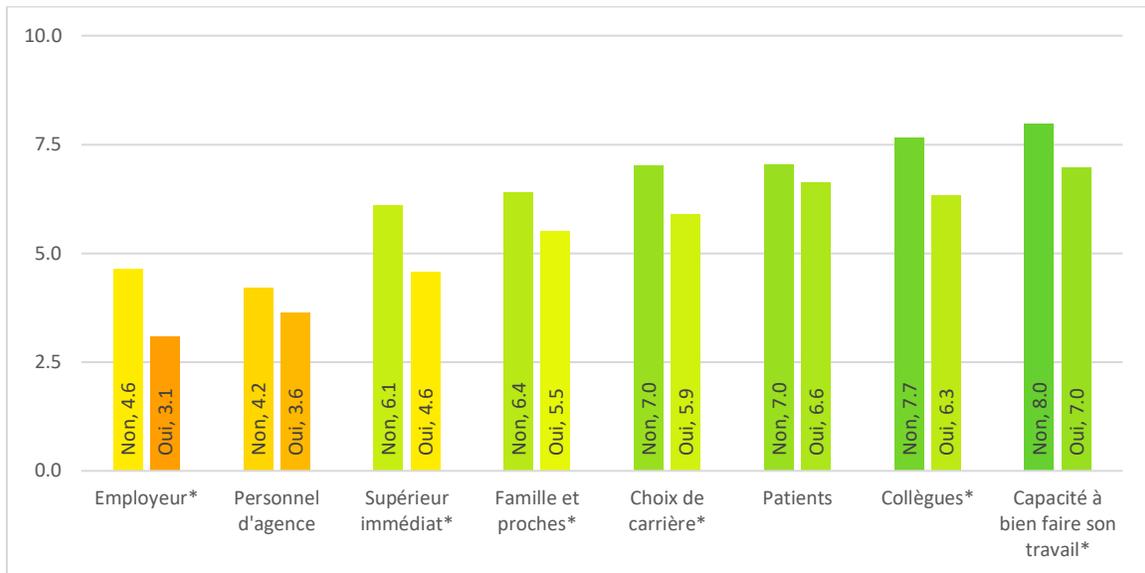
Plus de communication.

2.6.2. Liens avec la confiance personnelle et organisationnelle

La Figure 14 présente les niveaux de confiance personnelle et organisationnelle moyens en décembre 2022 selon le fait d'avoir mentionné (ou non) les changements dans le fonctionnement des équipes de travail comme moyens d'augmenter sa confiance au travail. Sur le plan de la confiance organisationnelle, nous constatons que les confiances envers l'employeur, les supérieurs immédiats, les collègues et la famille et les proches des patients sont significativement plus faibles chez les personnes ayant indiqué souhaiter ce type de changement comparativement à celles qui ne l'ont pas indiqué. Les confiances envers les patients et le personnel d'agence ne sont toutefois pas liées de manière significative à ce type de changement

souhaité. En ce qui a trait à la confiance personnelle, les niveaux de confiance envers le choix de carrière et envers la capacité à bien faire son travail sont significativement plus faibles chez les personnes ayant indiqué ce type de changement que chez celles qui ne l'ont pas indiqué.

Figure 14 Niveaux de confiance moyens selon le fait de souhaiter (ou non) des changements dans le fonctionnement des équipes de travail (phase 2)



* Différence statistiquement significative ($p < 0,05$)

3. Synthèse

Que ce soit lors des groupes de discussion, des entretiens individuels ou du questionnaire, les professionnels et professionnelles de la santé ayant participé à la présente recherche ont non seulement indiqué majoritairement que des changements étaient nécessaires pour accroître leur niveau de confiance au travail, mais ils ont également réfléchi à la nature des changements susceptibles d'accroître leur confiance au travail. Mentionnés par les trois quarts des personnes ayant participé à la phase 2 du questionnaire, les changements dans les conditions d'emploi et de travail arrivent en tête de liste des changements souhaités. Ils concernent les horaires et la charge de travail, mais aussi le salaire, l'écoute et le respect. Les changements dans la structure organisationnelle et la gestion des établissements arrivent en deuxième place des changements souhaités, étant mentionnés par les deux tiers des participants et participantes. Ces changements renvoient aux qualités des gestionnaires, à la gestion décentralisée et participative ainsi qu'à la cohérence et la transparence. Mentionnés par un peu plus d'une personne participante sur deux, les changements dans le soutien offert au personnel et les changements dans le

niveau d'autonomie et de latitude arrivent en troisième et quatrième places des changements souhaités. Sur le plan du soutien, les changements souhaités ont principalement trait à la reconnaissance, au soutien psychologique, aux mesures d'accommodement, à la présence et la disponibilité des superviseurs ainsi qu'à la réduction de la charge de travail. Les changements dans le niveau d'autonomie et de latitude renvoient pour leur part à l'autonomie et au respect des compétences ainsi qu'à la latitude décisionnelle. Enfin, les changements dans le fonctionnement des équipes, mentionnés par une personne sur deux, se rapportent à la consolidation des équipes de travail, à l'accompagnement des recrues, à la collaboration et à la communication.

L'ensemble des changements souhaités sont liés aux niveaux de confiance mesurés en décembre 2022 lors de la deuxième phase du questionnaire. Que ce soit la confiance personnelle, organisationnelle ou personnelle, la plupart des confiances sont apparues plus faibles lorsque la personne participante indiquait qu'un changement était nécessaire pour accroître sa confiance en milieu de travail. L'introduction de tels changements est donc susceptible d'accroître la confiance personnelle et organisationnelle du personnel et, par le fait même, d'accroître la résilience du système de santé québécois.

CHAPITRE 11 : POINT DE VUE DES CADRES INTERMÉDIAIRES

Lors de la phase 2 de la recherche, cinq groupes de discussion ont été organisés avec des cadres intermédiaires. Ces groupes de discussion avaient pour objectif de discuter de l'évolution de la confiance organisationnelle, personnelle et institutionnelle dans le système québécois de santé et de services sociaux depuis le début de la pandémie de COVID-19, et plus spécifiquement d'entendre leurs réactions à propos des principaux résultats de la phase 1, de réfléchir à des changements opérés et souhaités pour réduire les facteurs nuisant à la confiance et d'identifier les défis associés à la mise en place de ces changements. Les personnes participantes ont été recrutées avec la collaboration de l'Association des gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux (AGESSS) qui a transmis notre invitation à ses membres par le biais de son infolettre.

Ce chapitre présente les principaux résultats issus de ces groupes de discussion. Il est d'abord question de la façon dont ces cadres intermédiaires expliquent les niveaux de confiance des professionnels qui leur ont été présentés. Nous présentons ensuite les stratégies qu'ils ont mises en place pour favoriser des niveaux de confiance élevés au sein de leur équipe. Puis, dans la troisième partie, nous faisons état des contraintes qu'ils ont eux-mêmes identifiées et qui limitent leur pouvoir d'action. Enfin, leurs propositions de changements sont présentées dans une quatrième partie.

1. Comment les cadres intermédiaires expliquent-ils les niveaux de confiance des professionnels?

Invités à réfléchir aux résultats concernant la confiance du personnel soignant, les cadres intermédiaires qui ont participé aux groupes de discussion ont mentionné plusieurs raisons qui pourraient expliquer les faibles niveaux de confiance personnelle et organisationnelle ainsi que leur affaiblissement depuis le début de la pandémie dans certains cas. Ces raisons ont trait notamment à la charge de travail, aux horaires de travail et au manque de soutien du personnel. Plusieurs de ces facteurs concordent avec ceux qui ont été identifiés par le personnel soignant lui-même.

1.1. Les enjeux du manque de personnel

Le manque de personnel serait un des facteurs qui, selon les cadres intermédiaires, participeraient à la diminution de la confiance du personnel soignant. Non seulement ce manque de personnel occasionnerait une surcharge de travail pour le personnel restant, mais il réduirait la qualité des soins offerts aux patients et augmenterait le risque d'incidents chez les patients.

J'ai un bon pourcentage de mon équipe qui travaille 50 % plus de leurs heures qui sont planifiées en « overtime » déjà. Alors, j'ai des équipes qui font 30 heures de plus par 2 semaines, du 40 heures de plus par 2 semaines, juste pour être capable de combler. Et je suis quand même content et fier qu'ils soient prêts à faire ça, mais en même temps, c'est... Je vois la qualité du travail, ça baisse. Puis quand ils sont fatigués, puis plus aptes à travailler, je ne peux rien dire. Ils ont déjà donné pas mal beaucoup. Cela serait mal vécu par le personnel soignant. (Cadre intermédiaire)

C'est sûr que moi, il y a quand même quelque chose qui me touchait dans votre question qui était en lien avec... les infirmières avaient l'impression de donner des soins de moins bonne qualité. [...] Ça a beaucoup changé, c'est sûr, depuis qu'on a eu la pandémie. C'est surtout, nous, en qualité. Il y a tellement de choses qu'on aimerait faire, qu'on [ne] peut pas [faire] parce que les équipes n'ont pas la capacité. Même nous, on n'est plus non plus une équipe... Tu sais, je pense que la dernière fois qu'on a été une équipe complète, à la direction des soins, c'était en 2018. (Cadre intermédiaire)

Sur un espace [...] de 10 semaines, [...] je pense que j'ai eu 62 incidents, accidents de travail. Pas d'accidents de travail, non, mais incidents avec des patients. [...] On manque tellement de gens que les patients ont le temps de tomber 3 fois par terre dans leur chambre avant qu'on soit capables d'être présents. [...] Ça devient difficile à, comme je disais tantôt là, tu as besoin, tu as 20 infirmières, mais tu en as 12. [...] Je dirais à force de médiocrité, mais à force de mauvaise qualité de soins, ça n'incite pas nécessairement l'équipe à rehausser ce qu'ils font là. À un moment donné, on fait ce qu'on fait pour être capables de survivre. (Cadre intermédiaire)

Le manque de personnel affecterait non seulement la charge de travail et la qualité des soins, mais obligerait les gestionnaires à recourir à du personnel d'agence ou du personnel moins qualifié. Cela participerait à l'affaiblissement de la qualité des soins, mais aussi à la diminution de la confiance au sein des équipes.

Puis le problème c'est que là, [...] on met toujours des employés pas formés. Fait que là, les gens qui restent en place, pour eux, c'est de plus en plus lourd. Ça peut être un préposé qui est avec un ADS, quelqu'un qui n'est pas complètement formé. Bien eux, ce préposé-là qui est vraiment de formation, il est avec quelqu'un qui ne sait pas ce qu'il fait et ça devient lourd. (Cadre intermédiaire)

Le recours au personnel d'agence amènerait également un sentiment d'iniquité en regard des conditions de travail.

Puis, des fois, on en a encore qui, du privé, qui émettent des contraintes qu'on n'accepterait pas de nos employés, au niveau de la gestion du temps ou des disponibilités, mais qu'on se trouve obligés d'accepter parce que je fais affaire avec l'agence. (Cadre intermédiaire)

Le manque de personnel a également conduit à l'annulation de vacances et à l'imposition d'horaires de travail défavorables. Selon les cadres intermédiaires rencontrés, cela aurait participé à l'affaiblissement de la confiance du personnel soignant.

Puis effectivement, [...] au-delà de la COVID, il y a quand même eu beaucoup de changements. Il y a quand même eu les conventions collectives qui sont tombées. [...] Il y a certaines personnes qui avaient des postes à temps partiel qui se sont retrouvées à temps complet malgré elles, contre elles. Ça a été imposé à certains moments. Donc, les temps partiels se sont retrouvés à temps complet sans qu'on leur demande finalement leur avis. (Cadre intermédiaire)

Oui, je voulais rebondir parce que ça m'a fait penser à d'autres choses qui ont fait en sorte que nos employés ont perdu confiance en nous. Le fait qu'on devait annuler des vacances et avoir de la difficulté à les replanifier par la suite. (Cadre intermédiaire)

1.2. L'anxiété et la perte de sens en contexte de pandémie

Les gestionnaires rencontrés ont mentionné le contexte anxiogène lié à la pandémie comme cause possible de l'affaiblissement de la confiance du personnel soignant. Selon eux, le contexte pandémique aurait apporté beaucoup d'incertitudes dans les milieux de travail et des inquiétudes concernant le risque de contamination.

[Les membres du] personnel étai[en]t anxieux parce qu'eux aussi [ils] avaient peur d'avoir la COVID. Ils ne savaient pas s'ils pouvaient partir parce qu'ils ne savaient pas s'il y avait un

collègue qui allait rentrer. Ils ne savaient pas s'il allait y avoir une autre personne qui allait tomber positive pis qui avait été en contact avec eux. Donc, toute cette incertitude-là a fait que les gens ont perdu confiance. (Cadre intermédiaire)

Les réaffectations auraient, elles aussi, participé à l'augmentation de l'anxiété dans les milieux de travail, conduisant même certaines personnes à quitter pour des raisons de maladie.

Fait que là, moi je suis la méchante qui leur dit : « Demain, tu ne rentres pas. Tu vas au 6^e. » Pis même mes gens de l'URDM, étant donné qu'il y avait moins d'activité en endo, moins d'activités au bloc opératoire, mais ce sont des gens qui jamais n'ont fait de proximité avec les patients. Bien là, ils leur ont trouvé mille et une tâches... aller aider à la salubrité. Là, il y en a qui sont partis en maladie. Ils capotaient parce qu'on les envoyait dans des salles de COVID, alors que d'habitude, ils sont isolés dans leur département, ils [ne] voient pas les patients. (Cadre intermédiaire)

Selon les gestionnaires interrogés, le contexte pandémique aurait également affaibli l'autonomie professionnelle du personnel soignant. Cela aurait contribué à diminuer leur motivation au travail et, par le fait même, leur confiance en leur choix de carrière et en leur équipe de travail.

Ce que je crois qui a été très démotivant pour les employés, ça a été beaucoup qu'avant la pandémie, il y avait énormément d'autonomie professionnelle. Donc, ils prenaient beaucoup de décisions professionnelles avec leur jugement clinique puis tout ça. Puis avec la pandémie, ils ont perdu un peu cette valeur-là. Il y avait beaucoup de décisions qui descendaient d'en haut. Les façons de travailler qui étaient imposées puis tout ça. Puis je pense que ça effrité un peu la confiance qu'ils pouvaient avoir. Heureusement, on a pu rattraper au fil du temps les choses-là. Mais au début, ça a été un gros irritant pour mes employés, en tout cas. (Cadre intermédiaire)

Ce qui a miné, je pense, la confiance, c'est que les équipes veulent pouvoir se réaliser. Pouvoir avoir des projets, que ce soit d'amélioration continue, de sentir qu'ils réfléchissent sur la façon d'améliorer la qualité des soins. Mais là, avec le roulement, avec la pandémie, avec la charge de travail, c'est comme on a moins de temps pour pouvoir s'arrêter et réfléchir ensemble, ce qui consolidait l'équipe. Chacun avait l'impression d'apporter quelque chose de constructif, d'avancer en santé. Et là, ça, bien, on a mis beaucoup de choses sur pause, trop de choses sur pause d'après moi. (Cadre intermédiaire)

En outre, la perte d'autonomie, mais aussi le contexte d'adaptation continue aux nouvelles mesures et consignes sanitaires, pas toujours jugées cohérentes, pourrait avoir conduit à une perte de sens chez certains membres du personnel soignant.

Mais, ce que je dirais qui m'a été beaucoup rapporté et que j'ai beaucoup senti, c'est que pendant la pandémie, il y avait beaucoup, comme disait [autre participant], du « topdown », des changements de directives et les employés cherchaient la cohérence et n'en trouvaient plus. Ils trouvaient qu'il y avait une perte de sens dans les différents ajustements des différentes directives, protocoles qui nous venaient du MSSS. C'est sûr que c'était la première

fois qu'on faisait face à une pandémie, mais pour eux, ils étaient toujours en quête de sens et ça ne faisait pas toujours de la cohérence par rapport à ce qui était imposé comme règle, que ce soit pour les patients, que ce soit pour les visiteurs et pour eux-mêmes, masque, pas de masque, N95, pas de N95, etc. (Cadre intermédiaire)

1.3. Un soutien psychologique, une offre de formation et un système de communication défaillants

Alors que l'anxiété et la perte de sens au travail augmentaient en contexte pandémique, le soutien offert au personnel soignant s'avérait bien souvent insuffisant. C'est du moins ce qui ressort des groupes de discussion avec les cadres intermédiaires. Selon eux, le soutien psychologique défaillant aurait participé à l'affaiblissement de la confiance du personnel soignant.

Ça a été pénible de voir les gens essayer de se soutenir le plus possible, mais j'avais demandé de l'aide pour des groupes, d'avoir peut-être comme un psychologue, passer à travers les étages avec les équipes pour les supporter. Il y a un gros manque de support de santé mentale pour les équipes. C'est tout individuel. Tu appelles la ligne, tu appelles la ligne, mais c'est juste pour toi. Je pense que ce serait à améliorer au niveau de la confiance aussi. (Cadre intermédiaire)

Selon les cadres intermédiaires rencontrés, l'offre de formation et les dispositifs de communications auraient également connu des ratés. Cela aurait contribué à l'affaiblissement de la confiance du personnel soignant, en particulier pour les personnes qui travaillent sur des quarts de soir ou de nuit. L'offre de formation ne serait en effet pas adaptée aux personnes qui travaillent sur ces quarts, les obligeant à faire leur formation durant la journée. Les dispositifs de communication seraient également inadéquats pour le personnel qui travaille sur les quarts de soir et de nuit.

Mais on est encore « runnés » dans le mode jour. On est jour du lundi au vendredi pis pas vraiment soir-nuit. Donc, il y a beaucoup de différences au niveau du « feedback » du personnel de soir-nuit qui se trouve que les consultations ne vont pas trop loin. Les gens ne se déplacent pas pour soir-nuit. Les communications, les différences entre les quarts de travail, et surtout les temps partiels dans les effectifs en fin de semaine. Il y a un manque de communication énorme avec cette clientèle-là, que ça soit les cadres intermédiaires, que ça soit aussi les employés sur les quarts de fin de semaine. [...] Au lieu de faire les formations par vidéos et les mettre disponibles avec le questionnement que les gens peuvent avoir. Ils perdent les apprentissages comme ça. (Cadre intermédiaire)

1.4. Le roulement des cadres

L'important roulement des cadres intermédiaires participerait également à la perte de confiance des membres du personnel selon les cadres intermédiaires rencontrés.

Puis ça n'aide pas à la confiance des équipes [...] quand tu changes quatre fois de gestionnaire dans la même année, ça n'aide pas aux équipes non plus. (Cadre intermédiaire)

Nous autres, on a perdu beaucoup de gestionnaires. En tout cas, ici, on en a perdu beaucoup de gestionnaires. (Cadre intermédiaire)

2. Stratégies mises en place par les cadres intermédiaires pour accroître la confiance des membres de leur équipe

Lors des groupes de discussion, nous avons demandé aux cadres intermédiaires de nous parler des stratégies qu'ils avaient mises en place pour maintenir la confiance des membres de leur équipe. Les stratégies qui ont été mentionnées s'inscrivent à l'intérieur des cinq domaines de changements identifiés au chapitre précédent, soit les conditions d'emploi et de travail, la structure organisationnelle et la gestion des établissements, le soutien au personnel, l'autonomie et la latitude décisionnelle et le fonctionnement des équipes. À ce propos, il est intéressant de constater que plusieurs stratégies mentionnées par les cadres intermédiaires correspondent à des changements souhaités par les membres du personnel (voir chapitre précédent). Plus intéressant encore, plusieurs stratégies allaient à l'encontre des consignes et directives qui avaient été données aux cadres intermédiaires.

2.1. Les conditions d'emploi et de travail

Une des stratégies mises en place par les cadres intermédiaires rencontrés concerne l'autogestion des horaires de travail. Par cette stratégie, les cadres intermédiaires souhaitaient reconnaître les besoins du personnel en matière de conciliation travail-famille, mais aussi favoriser l'engagement des membres de leur équipe.

Cela a fait évoluer les pratiques au niveau de la gestion des horaires, toujours sur ententes et en mesures volontaires. [...] Ce bout-là a été un bon coup, ça laisse une latitude aux employés. (Cadre intermédiaire)

Qu'ils se sentent entendus, reconnus dans ce qu'ils font, puis ils ont le droit d'avoir une vie à côté! Donc, ça les nourrit. Ils ne se sentent pas coupables. [...] Sinon, on va se le dire là, ils auraient « callé malade » le matin même, sachant qu'il n'y avait pas de solution. [...] Donc, je pense que c'est dans l'engagement là. Moi, mes postes se sont tous comblés, même durant la pandémie, à cause de cette approche-là. Puis ç'a été le cas pour d'autres collègues, dans mes secteurs qui étaient en dehors des CH, puis je pense que c'est pour ça que le projet là, postpandémie, continue dans l'autogestion des horaires. (Cadre intermédiaire)

Dans le même esprit, plusieurs gestionnaires ont dit avoir octroyé des congés aux membres de leur équipe, et ce, malgré les arrêtés ministériels en vigueur. Selon les cadres rencontrés, il était de loin préférable d'accorder quelques jours de congé à un membre du personnel que de le voir partir en arrêt de travail pour maladie ou invalidité pendant plusieurs semaines. Ils ont néanmoins dû s'en justifier auprès de leurs supérieurs.

Ce qui fait qu'on a eu un arrêté où les vacances étaient suspendues. Pendant un temps, on ne pouvait plus donner de congé à personne. On a eu l'arrêté qui disait qu'il fallait que tous les temps partiels soient rehaussés à temps complet et ça a duré des semaines et des mois où on ne pouvait pas donner des congés. Moi j'en donnais, des congés, parce que je me dis que je préfère quelqu'un qui prend deux ou trois jours de congé plutôt que trois semaines de congés, mais il fallait justifier auprès de nos supérieurs pourquoi on se retrouvait à moins, pourquoi là on est en TSO. Pis là, maintenant, on est dans l'époque où il faut rendre des comptes par rapport aux coûts COVID, moi je les assume. (Cadre intermédiaire)

La seule façon de bien gérer comme cadre intermédiaire, dans mon opinion, ça a été de me rapprocher le plus possible [...] des employés et de les connaître, d'être présente et de savoir quand ils sont au bout de leur corde. Puis oui, ils ont besoin de cette journée-là de congé, pis tu vas leur donner, pis tu vas répondre plus haut parce que tu l'as fait, oui. (Cadre intermédiaire)

Une autre stratégie mise en place a été d'augmenter les effectifs au sein des équipes, quitte à défoncer les budgets.

Je n'ai aucune idée, je suis rendue à moins 8000, moins 3000 ou à moins 12 millions d'heures depuis le début de l'année. Je ne les « checke » pas. Je dis à mon directeur : « Tu sais quoi? Je m'en fous éperdument d'être en déficit d'heures. » Moi, j'ai besoin de monde. On a besoin de travailler. J'ai une offre de service à donner. On n'arrive pas, on manque de monde. J'ai 3 « surcroîts » à temps complet depuis 2 ans, puis j'attends que les RH me disent, puis les finances, que je suis en déficit d'heures, je vais juste leur dire, aller leur dire : « Venez faire la job à notre place. » (Cadre intermédiaire)

2.2. La structure organisationnelle et la gestion de l'établissement

D'autres stratégies concernaient l'application de certaines directives venant « d'en haut » au sein des équipes de travail. L'une d'entre elles consistait à refuser d'appliquer ces directives lorsqu'elles ne semblaient pas adaptées à la réalité de son milieu de soins. Les cadres intermédiaires qui ont employé cette stratégie ont dit qu'ils étaient conscients d'aller à l'encontre d'une décision organisationnelle et qu'ils risquaient de perdre leur emploi. Mais pour eux, il était plus important de maintenir leur crédibilité au sein de leur équipe.

Il y a des délinquants à tous les niveaux. Puis je veux dire, il y a des directeurs délinquants, mais je sais, moi, j'ai un directeur qui est très cartésien et puis je lui dis : « Je sais que je vais te sortir de ta zone de confort, mais je te dis non. » Fait que là écoute, là je le scie en deux quand je fais ça, mais c'est plate, mais je vais pas suivre une procédure. [...] Je vais protéger mes employés, puis des fois, je retiens de la demande. Je fais beaucoup de rétention parce que je protège mon équipe. Je dis : « Non, non là regarde, ça suffit. » [...] Mais effectivement, à un moment donné, on est en mode survie! On est en mode survie, c'est carrément ça! Ça fait qu'on prend les moyens qu'on a pour se sauver, puis sauver nos équipes, puis sauver ce qu'on peut du réseau parce que c'est ça nos mécanismes de défense habituels. (Cadre intermédiaire)

En réalité, c'est simple. On n'a pas le choix de se replier sur notre équipe, puis exclure la haute direction. [...] Puis c'est la seule façon de survivre parce que des fois j'ai des consignes que je dois vraiment appliquer, et je ne les passe même pas à mon équipe. J'appelle ça faire de la filtration. Parce que je sais que ça ne fait pas de sens. Puis, je ne suis pas capable de les vendre à mon équipe. Fait que si je n'y crois pas, bien je ne le fais pas. (Cadre intermédiaire)

Sans aller jusqu'à refuser d'appliquer des directives, il arrive aussi que les cadres attendent avant de les transmettre à leur équipe. Le fait de retenir ainsi les directives s'explique notamment par le changement fréquent des consignes.

J'avoue qu'il y avait des moments où je prenais sur moi d'attendre parce que, dans un même 24 h, on pouvait avoir... on pouvait avoir blanc et noir. Donc, le lundi, je dis quelque chose, le mardi, je dis autre chose, le mercredi, je dis autre chose... je me sentais moi-même un petit peu comme heu... bien, il y a des moments, j'attendais. (Cadre intermédiaire)

Comme nous venons de le voir, plusieurs stratégies visaient à maintenir la crédibilité du cadre intermédiaire vis-à-vis de son équipe de travail. Dans ce même esprit, plusieurs cadres intermédiaires nous ont dit qu'il avait fait le choix de la transparence, au risque de paraître parfois incompetents.

Combien de fois on m'a dit : « [...] tu veux qu'on fasse ça, mais pourquoi? » Et moi-même, ne comprenant pas le pourquoi, j'étais incapable de leur répondre. Donc, j'ai joué la carte de la franchise. Je leur disais, quand je ne comprenais pas, je leur disais : « Écoutez, moi, je ne suis pas la meilleure personne pour vous répondre. » On allait chercher la PCI pour essayer d'expliquer les choses et j'ai pris ce qui m'appartenait. (Cadre intermédiaire)

Enfin, une autre stratégie a été la mobilisation collective des cadres intermédiaires pour accroître leur pouvoir d'influence. Elle a notamment été utilisée pour mettre un terme au plan d'effectifs réduits.

La deuxième fois qu'on a dû mettre notre pied à terre, c'était dans notre plan d'effectifs réduits, qui devait durer quatre à six semaines et là c'était rendu quasiment à six mois. Après le quatrième mois, on a appelé le commissaire aux plaintes pour lui dire que ça devait être une mesure temporaire pour aider les centres hospitaliers, mais on était en pénurie de main-d'œuvre, on ne pouvait pas délester des gens en centre hospitalier. Et on le tenait au courant des faits et la prochaine étape, c'est qu'on avait rédigé une lettre, adressée au PDG et au conseil d'administration pour mettre un terme. (Cadre intermédiaire)

2.3. Le soutien au personnel

Plusieurs stratégies déployées par les cadres intermédiaires visaient le soutien aux membres de leur équipe. Parmi ces stratégies se trouvaient les visites sur le terrain, qui permettaient aux gestionnaires de montrer à leurs équipes qu'ils les comprenaient, qu'ils les soutenaient. Certains d'entre eux ont même fait de ces visites sur le terrain une routine quotidienne.

Au niveau du TSO obligatoire, ils étaient épuisés, ils pleuraient. Alors, on allait souvent sur les étages, [...] leur parler. (Cadre intermédiaire)

De leur montrer que j'étais proactive à chercher du monde, même à les appeler sur leurs journées de congé ou à les solliciter quand je les croisais dans les corridors. [...] C'était de leur montrer, si on arrive à moins [de personnel] cette journée-là, bien j'ai tout fait pour qu'on n'arrive pas à moins. Donc, c'était toujours quand même de leur montrer que je restais proactive par rapport à leur quotidien. Donc, d'être sur le terrain, d'être au milieu des équipes, d'aller les voir. (Cadre intermédiaire)

Moi, ce qui a beaucoup aidé, c'est d'avoir des rencontres fréquentes sur les étages. (Cadre intermédiaire)

J'ai instauré la routine que quand j'arrive le matin, première affaire que je fais, je dépose ma boîte à lunch, mon sac, mes choses dans mon bureau, j'ouvre mon ordi, je pars, je fais le tour de la bâtisse. Je vais dire bonjour dans chacun de mes bureaux. [...] Fait que je fais le tour, puis je vais voir chacun de mes employés. (Cadre intermédiaire)

Le soutien aux équipes consistait parfois à mettre l'épaule à la roue.

C'est vraiment [...] de voir que nous aussi on mettait la jaquette, puis le masque, puis qu'on faisait la PCI, puis tout ça. Ils se sentaient soutenus. (Cadre intermédiaire)

Des fois, j'essaie de donner un petit coup de main, c'est-à-dire d'aller aider à la salle de récupération post-examen pour donner les congés parce que bon, je suis encore capable de faire ça, j'ai encore ma licence! Mais, ce n'est pas toujours évident non plus dans mon emploi de temps. (Cadre intermédiaire)

Moi-même, ça faisait des années que je n'étais pas allée sur le terrain. Je suis allée donner des quarts de travail à [lieu] parce qu'on fermait l'hôpital s'il n'y avait pas de gestionnaires qui allaient se mobiliser pour maintenir les services à [lieu]. (Cadre intermédiaire)

Une autre stratégie consistait à multiplier les rencontres de suivi, malgré un emploi du temps chargé. Cela permettait de se rapprocher des équipes et, souvent, de régler des problèmes.

J'ai augmenté la cadence des rencontres, mais n'empêche que cette demi-heure-là que je prends, je ne suis pas en train de lire [...] tous les courriels qui sont rentrés le matin. Mais au

moins, je me rapproche de mes équipes comme ça. Puis, c'est là que souvent, je vais régler des affaires, des discussions de cadres de porte. (Cadre intermédiaire)

Les petites attentions sont une autre stratégie employée par les cadres intermédiaires rencontrés pour soutenir leurs équipes. Ces petites attentions sont souvent pensées et préparées en dehors des heures de travail, et parfois même payées de la poche du gestionnaire.

Moi, ce qui a beaucoup aidé, c'est d'avoir des rencontres fréquentes sur les étages. Je leur ai même donné des petites cartes avec des petits mots. Puis à un moment donné, il y en a une, elle est venue me voir. Elle me dit : « Ça fait 25 ans que je travaille ici. Je n'ai jamais eu une carte de personne. » J'ai dit : « Bien, je veux juste que vous sachiez qu'on vous a tous à cœur. » (Cadre intermédiaire)

On a été jusqu'à faire des acrostiches pour mes 30 employés avec leurs noms, avec des qualités, je ne sais pas si vous savez, mais ça, c'est sur mon temps personnel hein qu'on le fait, des cadeaux, des chocolats, des dîners offerts pizza. Le budget de reconnaissance pour les employés, c'est 10 \$ par employé. Je pense chez nous, par équivalent à temps complet là, bien je l'ai « busté » depuis très longtemps ce budget-là. Fait qu'en plus, moi en tout cas, j'essaie de les gâter, de les motiver. Cela a sûrement porté fruit parce que, malgré ce qu'on a vécu, je n'ai perdu aucune fille pour « burnout » dans les deux dernières années dans mon équipe. (Cadre intermédiaire)

Enfin, pour mieux soutenir leurs équipes, certains cadres ont fait des démarches afin d'obtenir du soutien et des services d'aide psychologique pour leur personnel.

La première fois, c'était après notre éclosion de COVID. On a tenté de passer par le programme d'aide aux employés, et eux, au début, ils disaient : « Si les employés sont atteints, ils peuvent nous appeler. » Donc, ils préconisaient vraiment le mode individuel. Puis on a dit : « Non. Nous, on a entendu dire que vous aviez un service de groupe. On maintient qu'on a besoin que quelqu'un se déplace. » Ils disent : « Ah... mais les consignes de COVID... on doit limiter... » « On a une équipe en détresse. On a besoin d'un soutien de groupe » et puis ils sont venus. Ils sont venus à deux reprises pour voir deux groupes différents. C'était très très utile. (Cadre intermédiaire)

2.4. L'autonomie et la latitude

Certaines stratégies mises en place par les cadres intermédiaires visaient à s'appuyer sur les forces de chacun des membres de leur équipe pour les mobiliser. Il s'agissait d'une façon de reconnaître leurs compétences, mais aussi de leur donner un peu plus d'autonomie et de latitude décisionnelle.

On a donné à chacune de mes conseillères un projet qui leur tenait à cœur, un développement d'une procédure, d'un protocole, peu importe quelque chose comme ça, et ils le font en télétravail. Donc, je les libère une journée par deux semaines. Elles sont en télétravail pour avancer un de leurs projets, faire des recherches, émettre les meilleures recommandations.

Fait que non seulement justement c'est une approche qu'on a réussi à mettre en place dans un contexte encore où est-ce que j'ai besoin que mes équipes soient sur le terrain, mais si je veux les garder mes équipes, [il] fallait que je trouve une façon de les garder motivées et faire autre chose que de gérer de la COVID ou de l'influenza sur le terrain. (Cadre intermédiaire)

Puis ce qui a été fait, on a vite vu quelles étaient les forces et les faiblesses de chacune des personnes, puis on a travaillé avec les forces, ce qui a permis qu'on puisse vraiment passer à travers vraiment de la bonne façon. (Cadre intermédiaire)

La reconnaissance des compétences du personnel a été une stratégie utile pour gérer les réaffectations du personnel. Il s'agissait non seulement de tenir compte des compétences de la personne, mais aussi de ses préférences afin de la déployer dans le secteur/lieu adéquat et de maximiser son bien-être et son sentiment de sécurité.

Dans le délestage, ce qui a été important, ce que j'avais réussi à faire, moi, quand j'avais été à [lieu] c'était d'essayer de trouver des secteurs qui, en bon français, « fitaient », avec les compétences de mes joueurs pour les ramener. Pour les laisser pratiquer le lieu où ils seraient confortables et non dangereux professionnellement. Je vais dire ça comme ça. [...] Là, ça va très bien. Il a fallu qu'on refasse un deuxième tour de roue aux fêtes l'année passée, de délestage. J'en ai délesté encore. Puis encore là, on a réussi à trouver une méthode. (Cadre intermédiaire)

2.5. Le fonctionnement des équipes

Le dernier type de stratégies déployées par les cadres intermédiaires a trait au fonctionnement des équipes. Une des stratégies qui s'inscrit dans cette catégorie consistait à mobiliser les membres au moyen de discours rassembleurs. Il s'agissait ici de faire appel à la solidarité collective, tout en démontrant une empathie envers les réalités vécues par le personnel.

Parce que le but dans tout ça, c'était que les équipes [...] gardent en tête que je suis humaine, que je suis dans le même bateau, que je suis avec [elles]... parce que certains [employés], parfois, l'oubliaient. Donc, il fallait rappeler continuellement que « ce que vous vivez comme difficultés, on les vit aussi ». [...] Les gens étaient ultras réactifs dans ce qu'il se passait dans les nouvelles. Donc, il fallait être à l'affût de tout ce qui se disait, de tout ce qui se faisait. Mais, mon bout à moi, c'était de leur montrer : « Bien, je suis dans le même bateau. Je suis dans le même bateau. On va travailler ensemble pour qu'il ne coule pas trop. » (Cadre intermédiaire)

Moi, j'avais beaucoup de rencontres. J'essayais de les rencontrer fréquemment pour avoir le pouls. Tu recevais leur désarroi ou leur mécontentement, mais en même temps, ils sentaient que : « [Nom de la participante] ce n'est pas toi qu'on vise, on sait que ça ne vient pas de toi, on sait que ça vient du ministère. » Fait que là, à un moment donné on se disait : « Ben, écoute, je suis avec vous. On va au front ensemble. On va essayer de trouver des solutions ensemble. » (Cadre intermédiaire)

Enfin, certains cadres ont organisé des activités pour permettre aux membres de leur équipe de tisser des liens entre eux et d'accroître ainsi la cohésion d'équipe.

Les équipes doivent avoir un sentiment d'appartenance, vraiment. Puis peut-être que nous, on est une petite région, mais toutes les équipes, tu sais l'équipe du [...] souvent on fait un petit 5 à 7, au moins deux, trois fois durant l'été. C'est hors du travail, puis se connaître en dehors du travail, ça favorise que les gens connectent encore plus puis [qu'on est] comme une grande famille. Moi, des départs du bloc, je n'en ai pas eu, à part des personnes qui sont tombées enceintes, ou qui se sont cassé une jambe, ou que, peu importe là, mais tu sais, je n'en ai pas eu parce que... l'équipe est serrée, serrée. (Cadre intermédiaire)

3. Contraintes vécues par les cadres intermédiaires pour introduire des changements

Si les cadres intermédiaires ont nommé plusieurs stratégies qu'ils avaient mises en place pour renforcer les niveaux de confiance des membres de leurs équipes, ils ont aussi fait état de plusieurs contraintes contextuelles et organisationnelles qui limitaient leurs actions.

3.1. Les enjeux de main-d'œuvre

Les enjeux de main-d'œuvre constituent une contrainte majeure qui limite le pouvoir d'action des cadres intermédiaires. Ces enjeux concernent le recrutement et la rétention du personnel soignant, le recours aux agences privées, la gestion des générations et la perception que les membres du personnel ont parfois de leur gestionnaire.

Selon les cadres intermédiaires interrogés, le recrutement de personnel consume une grande partie de leur temps de travail et représente une charge de travail importante qui affecte leur capacité à remplir pleinement leur rôle de gestionnaire. Les difficultés de recrutement ont non seulement trait aux pénuries de personnel, mais sont également liées à des contraintes organisationnelles, notamment le manque de flexibilité dans la définition des postes.

Je vais vous donner un exemple pour vous dire comment le système est sclérosé. J'avais un étudiant qui m'a rappelé. Il m'a dit : « Moi, je travaillerais bien entre Noël puis le jour de l'an. » Je lui ai dit : « Parfait, je vais te donner des heures. Ça va me permettre de donner des congés à mes préposés. » Les ressources humaines m'appellent et me disent que : « Non, non, vous ne pouvez pas l'engager, madame. Il n'est pas assez disponible. Il faut qu'il ait quatre jours quinzaines. » Et je dis : « Peut-on changer le paradigme là? Il veut bien me donner de la disponibilité. Je veux bien l'embaucher. Ça me permet de donner du congé à mes personnes qui sont épuisées. » Mais il a fallu que je me batte pour pouvoir embaucher ce petit gars-là. Fait qu'on est vraiment dans un schème de pensée comme il y a 30 ans, quand il y avait du

monde qui attendait à la porte pour travailler. Alors que présentement, on est vraiment démunis, mais on est encore dans nos façons de faire. J'ai même le syndicat à dos parce que j'ai engagé une fille à temps partiel. Elle m'a dit : « Moi, je suis prête à revenir au bloc opératoire. [...] Mais je veux un temps partiel. » « Parfait, je te crée un poste ma grande, puis viens travailler avec nous. » J'ai un grief du syndicat parce que j'ai créé un temps partiel. (Cadre intermédiaire)

Outre les contraintes organisationnelles, les conditions de travail difficiles dans le secteur de la santé compliquent le recrutement de personnel, pourtant nécessaire pour soulager les équipes. Selon certains cadres intermédiaires rencontrés, les conditions de travail et le climat de travail ne sont pas assez attractifs pour recruter du personnel et il est difficile de lutter contre l'attractivité des agences privées, qui offrent davantage de flexibilité au personnel, notamment en matière de conciliation travail-famille.

La plupart des infirmières, tu leur demanderais : « Tu veux-tu plus de salaire? » Elles te diraient non. Elles vont toutes te dire une qualité de vie. Mais je parle des autres employés, les préposés. Ils disent qu'ils ont majoré leurs salaires. Je m'excuse, mais 24 piastres de l'heure-là, pour l'instant, tu es presque au seuil de la pauvreté [...]. Puis si tu es à 24 piastres de l'heure, puis ton conjoint ou ta conjointe ne travaille pas, puis que tu as des enfants, je vous le dis que le panier d'épicerie doit être maigre, puis il doit y avoir beaucoup de pâtes alimentaires là-dedans. Fait qu'on est vraiment là-dedans. Puis là, on se compétitionne pour des ressources qu'il y en a peu. En plus qu'on ne leur donne pas de salaire, on ne leur donne pas de qualité, puis très peu de reconnaissance. (Cadre intermédiaire)

La profession d'infirmière, aujourd'hui, quand vous parlez avec des gens, ils vont vous dire : « Mais moi, je ne veux pas être infirmier. Non, je ne veux pas être infirmière. » [...] Qu'est-ce qu'on fait pour amener des gens [...] à aller dans ces professions-là? Ce n'est pas lorsqu'on nous laisse dans nos problèmes opérationnels ici, prendre des décisions de TSO, qu'on va développer une passion pour les professions de la santé. (Cadre intermédiaire)

J'ai lu quelques articles sur les agences. Si les gens aujourd'hui sont partis beaucoup dans les agences, c'est parce qu'en fait, il manque [dans le secteur public] cette flexibilité-là qui leur permettrait d'harmoniser leur vie personnelle, peut-être leurs études, et cætera. En tout cas, leurs besoins personnels. (Cadre intermédiaire)

La prolongation des plans d'effectifs réduits a été une autre mesure organisationnelle qui a compliqué le travail de recrutement des cadres intermédiaires rencontrés. Si ces mesures se voulaient temporaires, elles se sont prolongées pendant plusieurs mois.

On devait être en plan d'effectifs réduits planifiés. On s'était fait dire que ça devait être une période de quatre à six semaines et ça l'a été au-delà de six mois jusqu'à tant que les gestionnaires disent : « Ça suffit, il y a une atteinte à la qualité. C'était censé être une mesure temporaire. Là, c'est comme si c'était la norme, ça n'a pas d'allure. » [Il] fallait vraiment mettre notre pied à terre pour que ça revienne à la normalité. (Cadre intermédiaire)

Au-delà des difficultés de recrutement, les cadres intermédiaires doivent également s'assurer de la pleine collaboration des membres de leur équipe pour garantir que les services soient rendus. Cette collaboration n'est pas toujours facile à obtenir, compte tenu de l'épuisement du personnel soignant.

Moi, ça fait deux ans que je suis passée séductrice numéro un. [...] On est tout le temps, tout le temps, dans la négociation. C'est perpétuel. Et c'est... j'avoue que ces négociations-là, c'est pour éviter d'être en conflit... parce que les gens étaient fatigués, écœurés. Je me suis dit : « Une chance qu'il n'y en a aucun qui a porté plainte contre moi », parce que je les sollicitais même pendant leurs vacances. Je les appelais chez eux. « Peux-tu rentrer s'il te plaît? » Mais j'avoue qu'au bout de deux ans et demi, c'est épuisant d'être toujours dans cette espèce de mode de... je ne dirais pas... je dis séduction, mais c'est vraiment dans le mode où on est tout le temps à broser les gens dans le sens du poil. Donc on est tout le temps, tout le temps, là-dedans. On est toujours sous tension perpétuelle. (Cadre intermédiaire)

Selon certains cadres, la gestion de la nouvelle génération de travailleurs poserait des défis particuliers auxquels ils disent avoir été peu préparés.

Puis en même temps, tout d'un coup, on est comme surpris de cette nouvelle génération-là qui arrive, qui amène un choc de valeur avec juste la génération qui est arrivée 5-6 ans avant. Puis là, bien on est contents qu'il y ait des gens qui ont le goût de vivre leur vie de famille puis leurs passions. Mais pendant ce temps-là, nous, comme chef, on n'a pas [adapté] nos modes de gestion à ces jeunes-là. [...] Dans toutes les études qu'on nous présente puis toutes les conférences qu'on assiste, ce qu'on nous dit, c'est que c'est « l'expérience employé ». Les gens, ils ne viennent plus nécessairement avec la flamme du réseau de la santé tatoué sur le cœur [...]. Ils arrivent pour vivre une expérience, puis ils vont rester 2 à 3 ans, puis si tu réussis à être assez cool pour qu'ils restent 6 mois de plus, bien tu es quand même dans la marge puis tu deviens un gestionnaire exceptionnel de garder ton monde. (Cadre intermédiaire)

Ce que je pourrais dire aussi, je ne sais pas si c'est la nouvelle génération, mais je pense qu'on a une réflexion à faire comme gestionnaires dans la façon de répondre aux attentes de la nouvelle génération qui se greffe à nous. Les nouveaux professionnels, du moins, je remarque qu'ils ont beaucoup d'attentes en termes de flexibilité, d'horaire, de congés, de sans solde, conciliation travail et vie personnelle, mais dans notre réalité du milieu de la santé, les patients sont là et il faut les desservir. Et là, il y a beaucoup, beaucoup d'attentes, ils trouvent qu'il n'y a pas de reconnaissance, ça, ça devient un casse-tête aussi. Je ne veux pas perdre personne parce qu'on est en pénurie de main-d'œuvre, mais là, j'ai pu d'idées, c'est rendu que j'ai épuisé ma boîte de créativité. (Cadre intermédiaire)

Les cadres intermédiaires rencontrés nous ont également parlé des enjeux liés au recours à la main-d'œuvre indépendante. Parmi ces enjeux se trouve le manque de qualification, mais aussi les questions d'équité entre le personnel régulier et le personnel d'agence.

Ça créait comme deux catégories : des employés qui ont de beaux privilèges, qui sont payés le même salaire que l'autre à côté, qui est ton employé, mais avec qui tu ne peux pas négocier.

« Veux-tu rester deux heures? » et tout ça, c'est très rare qu'ils vont accepter, eux autres. Ils font leurs heures puis tu as moins cette attache-là. (Cadre intermédiaire)

La gestion du personnel serait d'autant plus compliquée que, selon certains cadres intermédiaires rencontrés, la profession de cadres intermédiaires serait parfois mal perçue par les membres du personnel.

L'autre chose que je voulais parler, c'est le regard aussi du personnel sur : « Oh ben, on sait bien que vous autres, les cadres, au salaire que vous faites. » Je suis plus capable d'entendre ça. Moi, ils ont tout fait 2 fois mon salaire pendant 2 ans là. Fait que moi, me faire dire ça, c'est comme me dire bien continue la folle là, moi je fais bien de l'argent en plus, puis en plus je vais te le dire qu'il y en a qui nous ont même dit qu'ils en faisaient plus que nous autres, fait que ça aussi. Fait que ça aussi un moment donné, quand je me retrouve tout seul avec moi-même, je fais : « Mais pourquoi je fais ça? Pourquoi je continue à faire ça, puisque je reçois tout ça? » (Cadre intermédiaire)

3.2. Le contexte organisationnel

Parallèlement aux enjeux de main-d'œuvre, le contexte organisationnel de réalisation du travail des cadres intermédiaires contraindrait leur travail et participerait à la réduction de leur pouvoir d'action. Les cadres intermédiaires rencontrés nous ont dit devoir faire face à des demandes de leur direction ou du MSSS qui ne correspondaient pas toujours aux réalités du terrain ou qui ne tenaient pas compte du manque de personnel, lequel est nécessaire pour faire fonctionner des services. Ils doivent malgré tout exécuter les directives, au risque d'empirer la situation vécue sur le terrain. Cela engendre notamment une pression sur le personnel en poste et une diminution de la qualité des services et soins.

On n'opère pas selon les ressources qu'on a. Comme moi, on me demande d'ouvrir des salles. Puis je vais le faire parce que ma direction m'a dit d'ouvrir des salles. Mais moi, je sais que je vais créer plein de TSO sur les étages. Fait que là, arrêtez, je vais créer du TSO, les gens vont démissionner. Puis là, il va y avoir la même roue. Il va falloir que je ferme des salles pour ensuite être obligée de délester du personnel ultraspécialisé pour aller faire le travail sur les étages parce qu'il n'y en a pas. (Cadre intermédiaire)

Quand je reviens à la fameuse création d'étages où il faut ouvrir, faut ouvrir, faut ouvrir, mais on est plein [à] craquer. Et vous voulez qu'on ouvre? Et parfois, on est obligés d'aller vider des magasins, à appeler l'hôpital de l'autre côté pour qu'on nous envoie un lit. Puis, on crée quelque chose comme ça. Alors que quand on regarde... On ne parle plus de ratios évidemment, parce que quand on regarde le ratio qui devrait fonctionner, ça n'existe plus pratiquement. Vous avez peut-être un ASI qui doit contrôler plus de 80 clients. Quelle qualité vous voulez lui demander? (Cadre intermédiaire)

À ces demandes auxquelles il est difficile de répondre, s'ajouterait la reddition de compte, parfois impossible à faire.

On est dans une course « non-stop ». Les demandes arrivent de partout. Le ministère nous a écrit vendredi à 4 h moins 3 [pour avoir] une réponse pour lundi matin 11 h. [...] C'est tout est pour hier, tout est... tout est dû. Nos DQEPE font un excellent travail, mais ils veulent des données, veulent des données, ils veulent des stats, là les rapports annuels s'en viennent. Je n'ai pas la donnée brute là. Tu sais c'est comme, il a manqué des éléments dans la dernière, les 2 dernières années, parce qu'on a géré à gauche puis à droite toutes sortes d'urgences, puis là on nous demande de fournir de la donnée. (Cadre intermédiaire)

Mais aussi les consignes et des mesures à implanter qui changeaient constamment.

Donc, on vivait beaucoup cette incohérence-là. Des décisions qui sortaient et on les apprenait à 16 h le vendredi puis il fallait se revirer de bord et les mettre en place. Et rendus au lundi, la consigne avait changé. (Cadre intermédiaire)

Le contexte organisationnel se caractériserait également par un roulement important chez les gestionnaires, à tous les niveaux.

D'ailleurs, ça roule beaucoup là. Moi, depuis 2019, ici à l'hôpital, essaie de savoir qui qui est rendu sur quelle chaise. Tabarnouche, l'organigramme est toujours en train de se faire mettre à jour. (Cadre intermédiaire)

Donc, quand j'ai obtenu le poste ici en... j'ai couvert les deux postes pendant une période parce que ma collègue, elle aussi est partie dans le « flow » de maladies et elle n'est jamais revenue. Dans le fond, elle est partie en maladie, pis elle a pris sa retraite au courant de sa maladie parce qu'elle ne voulait pas revenir sur sa chaise. (Cadre intermédiaire)

En outre, les compétences des nouveaux cadres sont parfois questionnées.

Par la suite, il a changé puis là, depuis quelques mois, on a de nouvelles personnes qui viennent d'un autre centre. Ils ne connaissent pas la culture. On a l'impression de se répéter, il y a eu du mouvement, on a comme... tout le monde a comme monté d'échelon puis il y a des nouveaux. Puis là, il y a des intérimaires puis c'est très difficile d'avoir confiance quand il y a autant de mouvance. Au CISSS de [région], en plus du PDG qui est parti [...] à peu près 75 % des directeurs ont changé. On a de plus en plus de jeunes directeurs là, des gens qui ont peut-être 15 ans de gestion en arrière de la cravate puis qui ont monté les échelons très rapidement, qui ont butiné d'un poste à l'autre, qui n'ont jamais été très stables dans un endroit et c'est très difficile. (Cadre intermédiaire)

On déplore aussi la communication organisationnelle, parfois problématique. Ce qui est en cause ici, c'est la lourdeur des informations transmises, le volume des communications, les changements perpétuels dans les informations, mais aussi le moment où cette information serait transmise.

Il y a même un vendredi soir, je suis rentrée au début quand ça a commencé, je pense que c'est février-mars, je me suis ramassée avec 165 courriels. La plupart des courriels étaient comme 8 à 15 pages sur des procédures. Il fallait tout mettre en place immédiatement, passé 16 h le

vendredi. C'est mon syndrome du vendredi. [...] Donc dans le fond, toute la surcharge d'informations, de communications, qui se fait, le volume qui se fait, ce serait important de regarder quand ils font les communications, ils sont ciblés pour où exactement et pour qui, et comment. Parce qu'il y a toujours un bon « timing » pour certaines choses. Oui, il y a des urgences, il va toujours en avoir, mais le « timing » des changements qu'ils font... Au niveau de l'information, ça stresse beaucoup les employés aussi puis les cadres intermédiaires. (Cadre intermédiaire)

Les cadres intermédiaires ont également déploré l'absence d'espaces sécuritaires pour communiquer les problématiques organisationnelles. Selon eux, l'obligation de demeurer loyal envers l'organisation (devoir de réserve) ne permettrait pas de soulever certaines problématiques, voire d'émettre certaines préoccupations.

Pourquoi on est toujours en train de signer dès l'entrée en poste? On ne partage pas des informations, on a un département de communications, affaires juridiques... Imaginez, pendant la pandémie, c'est très rare, on en a entendu, mais c'est très rare puis c'était surtout des syndicats. On n'entendait pas les employés parler aux médias. Tu sais, sur des fils [...] qu'on partageait tous comme préoccupations, des choses à améliorer. Pourquoi? Parce qu'à la minute où on nous engage, c'est le silence. Tu ne peux rien dire parce que c'est d'être déloyal envers l'organisation [...]. Il faut avoir une façon [...] de pouvoir dire les choses sans se faire taper sur la tête. On est professionnels. (Cadre intermédiaire)

Les cadres intermédiaires ont également souligné le peu de marge de manœuvre des gestionnaires des établissements face aux demandes du MSSS.

Je pense qu'en réalité, nos PDG n'ont pas plus de pouvoir que nous autres là. Je pense qu'eux autres aussi reçoivent des commandes du ministère, parce que justement, quand ils nous amènent des dossiers, c'est... bon, ils ont eu la cassette. Ils veulent nous la refiler. Finalement, quand tu appelles le reste des autres milieux, bien tu t'aperçois que tout le monde a les mêmes soucis. Ça fait qu'en réalité, tu as quelqu'un en haut qui a décidé que ça va marcher si on fait ça. Sans consulter, sans valider, sans avoir un plan profond. (Cadre intermédiaire)

Enfin, à l'instar des professionnels, les cadres intermédiaires rencontrés dans les groupes de discussion ont souligné la taille des organisations et le nombre de paliers hiérarchiques comme sources de problème. Cela déshumaniserait le milieu de la santé.

Oui. Tu deviens un numéro quand la structure est trop grosse, ce n'est pas normal. (Cadre intermédiaire)

3.3. Des cadres intermédiaires dans une position inconfortable

C'est dans ces contextes que les cadres intermédiaires rencontrés ont dit devoir faire leur travail. Pour illustrer leurs difficultés, plusieurs ont parlé de la position inconfortable dans laquelle ils se trouveraient. Ils se retrouveraient entre l'arbre et l'écorce.

Nous, en tant que gestionnaires, effectivement, quand vous dites qu'on est « squeezés » là. On l'est par le terrain qui est insatisfait, les directives qui arrivent d'en haut. Fait qu'on est comme « squeezés » entre les deux. Pis là, on sait plus trop où se positionner. (Cadre intermédiaire)

À cela, s'ajouteraient les pressions des patients et de leur famille, parfois contradictoires, que les cadres intermédiaires doivent également gérer.

Après ça, tu as ceux dans les CHSLD qui, comment je pourrais dire ça, et je les comprends, se disent : « Heille moi, c'est mes derniers milles, je peux-tu juste vivre? Je m'en fous si je meurs de la COVID, je peux-tu juste vivre? Arrêtez de m'enfermer dans ma chambre à chaque fois qu'il y a des cas. » Mais tu as aussi de l'autre côté, des familles pour qui c'est l'inverse : « Oui, mais moi, je ne veux pas que ma mère attrape la COVID. J'aimerais ça qu'elle vive encore cinq ans. J'aimerais ça qu'elle en profite, fait que pouvez-vous mettre les mesures en place? » Tout ça fait que c'est nous qui sommes confrontés dans les deux dualités. (Cadre intermédiaire)

Selon quelques cadres intermédiaires rencontrés, la pandémie serait venue rendre encore plus inconfortable la position dans laquelle les cadres intermédiaires se trouvaient déjà avant la pandémie. Il deviendrait particulièrement difficile pour eux de mobiliser leur équipe et de maintenir une certaine cohérence dans un contexte de perte de repères, de gestion de l'ambiguïté, de changements continuels et de difficulté à obtenir des réponses.

En fait, durant la pandémie, tout a perdu son sens. Donc pour les, tous les employés, on était énormément dans du « top-down ». Donc, les directives descendaient. Les directives changeaient. Les directives de voilà 2 jours revenaient. On a énormément géré d'ambiguïté, de confusion, de messages divergents de toutes parts et nous, les gestionnaires, on était tellement démunis avec ces infos-là qu'on recevait. Normalement, quand on reçoit de l'info, on a le temps de la mâcher, de la préparer. Puis, on présente ça à nos équipes. Tu sais, si c'est un changement drastique, on va chercher avec eux autres pour trouver un sens, puis on va chercher de la mobilisation. On avait 0 marge de manœuvre, 0 latitude, on descendait de l'info, on perdait, nous-mêmes on perdait le sens, ça fait que c'est difficile d'être mobilisant, mobilisé, de donner un sens à quelque chose quand on n'en a pas là. C'est ça qui est arrivé, ça fait que les employés se sentaient tellement dépassés, démunis, parce qu'on n'était même pas à même de les soutenir. Et c'est ce qu'on a ressenti énormément. (Cadre intermédiaire)

En outre, la pandémie serait venue alourdir la charge de travail des cadres intermédiaires.

Il y a tellement de choses qui rebondissent de tous bords tous côtés. [...] Là je n'ai pas le temps de faire mon suivi budgétaire, je n'ai pas le temps de faire mes indicateurs de performance, tu sais, la job de gestionnaire qu'on doit faire, gérer nos ressources humaines, faire justement la reconnaissance, les rencontres individuelles avec les employés. On n'a pas le temps de faire ça, fait que là on est comme pris dans la fin du tourbillon de la pandémie, puis on nous demande de performer à un niveau [...]. On a encore des dommages collatéraux [de la pandémie], on a encore des choses à adresser. Ne me demande pas de faire mes rencontres d'appréciation de la contribution à mes 85 employés. Je ne peux pas là présentement, je, je ne fais pas ça, je n'ai pas le temps. Ils savent tous que je les aime, que je les ai appréciés, je leur dis tous individuellement quand je les vois. Je n'ai pas 1 h à chacun à consacrer pour leur demander quels sont [leurs] objectifs pour la prochaine année. « Est-ce que tu as des besoins de formation que t'aimerais qu'on explore ensemble? » Je n'ai pas le temps de faire ça. (Cadre intermédiaire)

Moi je n'ai jamais travaillé les fins de semaine avant cette période-là, tu sais je veux dire mes fins de semaine, ce n'est pas que je ne voulais pas, mais je n'étais pas sollicitée. Là, maintenant, on est sollicités. On est dérangés le soir, on est dérangés, nous autres notre établissement, il a mis en place des règles qu'il n'y a pas de courriels qui sont envoyés entre 7 h le soir et 8 h le matin pour préserver, justement, la bulle familiale de tout ça. Et qu'est-ce qu'on fait? On marque tous « envoyer plus tard », « envoyer plus tard », ça fait qu'à 8 h, je reçois 85 courriels. (Cadre intermédiaire)

L'augmentation des plaintes à traiter participerait également à l'augmentation de la charge de travail des cadres intermédiaires.

Mais il y a aussi tout le volume de plaintes qu'on reçoit via le commissaire aux plaintes. Moi, dans mes premières années, j'avais une plainte par année, c'était quelque chose. Là, j'en reçois aux semaines. [...] Puis, pour un gestionnaire, analyser une plainte du commissaire aux plaintes là, maudit que c'est long là, mais t'en as tout le temps. Il y a tout le temps des gens comme pas contents. Puis, au final, tu regardes, puis il n'y a pas tant de choses qu'on aurait pu faire autrement avec la vraie réalité du plancher. (Cadre intermédiaire)

Certains cadres nous ont rapporté à quel point ils trouvaient difficile de travailler dans un tel contexte. Pour certains, cela irait à l'encontre de leurs valeurs, de leur propre code de déontologie.

Ce qu'on fait présentement vient froisser mon code de déontologie et ma sécurité en tant que professionnelle parce que c'est un peu fait cowboy là. Actuellement c'est un peu cowboy avec les hôpitaux qui débordent. (Cadre intermédiaire)

Certains ont d'ailleurs changé de poste, considérant que de continuer aurait été à l'encontre de leurs valeurs.

C'est pour ça que j'ai changé de poste pis que je suis partie de la coordination. Je ne voulais plus être partie prenante de traiter les employés d'une certaine façon que je trouvais que c'était vraiment rendu un danger. Puis ça a été super difficile l'incohérence en disant qu'on

traite des humains, on est avec des humains, mais on n'est pas capable de prendre soin de nos employés et donner le support qu'ils ont besoin. (Cadre intermédiaire)

Les conditions de travail difficiles des cadres intermédiaires auraient par ailleurs des effets sur leur santé psychologique, certains d'entre eux allant jusqu'à parler de « choc post-traumatique ».

La normalité qu'on connaissait avant la pandémie, pour moi personnellement, c'était comme complètement perdu. [...] Donc, on essayait... comme si t'étais dans un lac puis que tu nages, tu ne sais pas comment nager, puis t'essaies constamment de garder ta bouche pour avoir un souffle en quelque part... puis il y a peut-être une bouée à côté de toi, mais tu n'es même plus capable de réfléchir sur ça parce que tu es vraiment en mode survie. (Cadre intermédiaire)

M'as-tu tomber en pleine face, je vais-tu sortir plus forte? J'en ai aucune idée. Fait que non, moi je ne l'ai pas passé le choc post-traumatique, puis beaucoup de mes collègues sont pareils. Puis ça aussi on y pense, parce que ça se peut qu'on tombe au combat, un an plus tard, deux ans plus tard, trois ans plus tard, quatre ans plus tard. (Cadre intermédiaire)

3.4. Des cadres intermédiaires qui se sentent peu soutenus

Plusieurs cadres ont souligné le peu de soutien et de ressources dont ils bénéficiaient pour effectuer leur travail. Selon eux, le soutien ne serait pas suffisant pour leur permettre de remplir l'entièreté de leur rôle. Certains ont même l'impression d'avoir été laissés à eux-mêmes pendant la pandémie.

On a été vraiment laissés, moi je trouve, les cadres intermédiaires, vraiment seuls. Et j'ai trouvé ça pénible, il y a des journées que je parlais de mon travail, puis j'étais dans mon auto... puis je me disais : « Ce n'est pas vrai que je veux que ma famille me voie comme ça ». J'allais dans le parc puis je pleurais. (Cadre intermédiaire)

Une participante constate que les directions offraient même de moins en moins de services aux gestionnaires.

Puis, je pense que c'est entre autres lié à la pénurie de personnel, mais il y a toute une espèce de mode, des services de soutien, je trouve, qui est appelée, « responsabiliser le gestionnaire ». [...] Les directions offrent de moins en moins de services aux gestionnaires. Puis, c'est sous la mode de nouvelles procédures visant une plus grande autonomie du gestionnaire. Mais dans les faits là, ce que ça veut dire, c'est juste qu'on en pellette plus dans la cour du gestionnaire [...] tout ce qui est, ce qui aurait pu être fait par d'autres gens historiquement, antérieurement, que ça soit en termes de ressources humaines, en termes de création d'horaires et de recrutement, de tous ces aspects-là, de plus en plus, c'est remis dans la cour des gestionnaires. (Cadre intermédiaire)

Ce manque de soutien concernerait également le soutien psychologique. Selon une participante, si des ressources ont été offertes pendant les premiers mois de la pandémie, elles ont rapidement été retirées.

Moi j'avais des intervenants psychosociaux où mes conseillères pouvaient parler. Je n'étais pas là, j'étais « out » de la conversation, mais ils avaient un moyen de parler. Les gestionnaires, ils avaient comme un système de veilleurs. Ici, le gestionnaire, il avait des personnes qui étaient de garde pour pouvoir ventiler, mais COVID et urgence sanitaire : fini, pas tant. [...] Et après, il a fallu que je coure pour de l'aide. (Cadre intermédiaire)

Le manque de soutien et d'accompagnement serait particulièrement problématique pour les jeunes gestionnaires. Des cadres intermédiaires nous ont dit avoir dû apprendre par eux-mêmes le travail qu'ils avaient à faire.

Bien moi en fait, comme nouveau gestionnaire, je suis arrivé à l'automne 2020. Donc, en plein milieu de la pandémie. J'étais déjà dans des équipes en hébergement dans un service professionnel, donc je connaissais déjà un peu. Sauf, ce qui a été un défi, c'est qu'en fait, il n'y avait personne. La personne qui était sur le poste avait quitté en maladie. Donc, je me suis ramassé à m'autoformer, car il n'y avait pas personne d'autre vraiment qui fait le même travail avec les mêmes équipes. Donc, ça a été beaucoup d'apprentissages. (Cadre intermédiaire)

Le roulement des cadres et les longues procédures de recrutement contribueraient au problème, ne favorisant pas – voire ne permettant pas – le transfert des connaissances.

Un gestionnaire, selon son contrat d'embauche, doit, s'il veut quitter, donner un avis de 30 jours. Mais avant que l'affichage de poste, les entrevues, la nomination puis que la personne rentre, bien l'ancien gestionnaire est déjà parti. Donc, il peut avoir, des fois, un 4 à 6 semaines où c'est que c'est un autre gestionnaire qui va prendre sa place en cumul. Donc, c'est très difficile au niveau du transfert des connaissances. (Cadre intermédiaire)

4. Solutions et recommandations proposées par les cadres intermédiaires

Lors des groupes de discussion, nous avons interrogé les cadres intermédiaires à propos des solutions qui devraient être apportées, selon eux, pour assurer des niveaux de confiance élevés chez le personnel et, par le fait même, la résilience du système de santé. Plusieurs pistes de solutions ont été proposées. Celles-ci peuvent être regroupées en trois grandes catégories : les solutions liées à l'offre de services; celles liées au personnel et celles liées à la structure organisationnelle et la gestion des établissements.

4.1. Les recommandations visant l'offre de services

La première catégorie de propositions concerne l'offre de services. Pour certaines personnes participantes, l'offre de services offerts par visioconférence ou par téléphone durant la pandémie est

perçue très positivement et doit être maintenue, voire enrichie. Ce type d'offre de services favoriserait la conciliation travail-famille chez le personnel.

Visioconférence, offre de services virtuels. Moi, j'espère que ça va demeurer, bien que ça ne s'adresse pas à tous les clients. Ça s'adresse quand même à une certaine catégorie de clients. Et surtout, je pense que ça permet d'offrir des services dans des heures défavorables pour les services ambulatoires. Par exemple, ça fait en sorte qu'en soirée, mon intervenante peut être chez elle, puis offrir en virtuel des services à de la clientèle qui, en temps normal, sont demandés à toute... à la moitié de mon équipe d'être là de soir, ça serait un peu difficile. Mais s'ils peuvent le faire en télétravail, bien ils peuvent arriver, préparer le souper, coucher les petits à la limite. Tu sais, j'en ai qui ont de jeunes enfants. Ils couchent les petits à 7 h. Le conjoint est là. Bien eux autres, ils vont refaire des rencontres, une rencontre professionnelle avec des usagers à 7 h, pis une à 8 h, puis ça convient aux usagers, qui eux autres, ont aussi une vie en dehors d'être quelqu'un qui utilise des services du système public. (Cadre intermédiaire)

Toujours à propos de l'offre de services, certains cadres se sont demandé si, dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre et de vieillissement démographique, l'offre de services ne devait pas être réduite. Ils ont à cœur la santé des membres de leur équipe et la situation actuelle leur *semble intenable*.

Je pense que c'est davantage macro, tu sais ma réflexion, puis je ne gagnerais pas d'élections avec ça, mais c'est qu'on n'a plus la capacité d'offrir autant de services, mais il n'y a personne qui va avoir le courage, de vraiment couper, fait qu'on continue de faire semblant qu'on est capable de tout donner ça, puis d'épuiser notre personnel.

En réalité, il faudrait couper des pans de service, puis remettre les personnes aux bonnes places. On est là, puis on ne veut pas le voir. On veut tout tenir à bout de bras là, il faut que ça tienne puis il faut que ça revienne comme avant. Mais on est en 2022. On n'a plus de personnel, puis on n'a pas les ressources. Puis si on continue comme on est là, on pense qu'on a frappé un mur, mais on va en frapper un encore plus parce que les gens ne resteront pas dans la profession. (Cadre intermédiaire)

Ça fait presque 30 ans que je suis dans le système de santé. C'est la première fois que je [...] [ne] vois pas d'issues. Tantôt [autre participante] parlait beaucoup de main-d'œuvre, de manque de main-d'œuvre... c'est généralisé là. Dans le système de santé, mais partout aussi ailleurs. Je pense qu'on doit faire des choix. Puis « on », ce n'est probablement pas nous, mais au-dessus de nous, et probablement pas nos PDG, mais la vision ministérielle. Mais, tout ce qui est services de proximité, je pense qu'on n'a plus le luxe de s'offrir ça. Il y a plein de choses qu'on n'a plus les moyens, comme société, de s'offrir. Et je ne sais pas qui va prendre les décisions et comment ça va s'articuler, mais la main-d'œuvre là, on ne la créera pas. Ce n'est pas vrai qu'on va en avoir dans cinq ans, ce n'est pas vrai qu'on va en avoir dans dix ans. (Cadre intermédiaire)

Pour certains cadres interrogés, la réduction des services poserait toutefois de nombreux enjeux éthiques. Cette réflexion devra se faire tôt ou tard selon eux.

[Il] va falloir reprendre les ressources et les allouer où est-ce qu'on va décider que c'est le plus urgent. Je m'excuse et je ne devrais pas le dire, mais moi, des fois, on met des dispositifs extrêmement dispendieux à des gens qui ont 88 ou 92 ans. S'ils avaient toute leur tête, ça me dérangerait plus ou moins. Mais pendant ce temps-là, moi, l'hôpital d'à côté au [nom de l'hôpital], ils me demandent de leur prêter des infirmières pour des bébés. Puis, je ne peux pas, parce qu'on a décidé que, nous, on continuait à faire les mêmes choses qu'on faisait avant. Mais moi, j'ai un cas de conscience parce que je me dis : « OK, on va mettre une pause là, pendant que les enfants sont tous en détresse ». Puis, j'en ai des infirmières qui sont volontaires pour aller là-bas. Mais je ne peux pas le faire parce que je dois continuer à faire comme on fait depuis tout le temps ici. Ça fait que là, le ministère, puis partout dans la société, il va falloir qu'on décide où on met nos priorités. Qu'est-ce qui est prioritaire? Qu'est-ce qui est important pour nous comme société? Puis, on alloue le peu de ressources qu'on a pour faire ce qui est important. Puis le reste, peut-être que c'était important il y a 5 ans, mais là, ce ne l'est pas. (Cadre intermédiaire)

4.2. Les recommandations visant le personnel

Une des recommandations qui a été faite à propos du personnel a trait au soutien psychologique pour les équipes de travail. Le soutien individuel ne serait pas suffisant selon les cadres intermédiaires rencontrés.

Le premier décès qu'on a eu dans notre territoire, c'était [...]. Ça, ça a secoué tout le monde. Et je pense qu'au niveau du service de support santé mentale, un numéro que tout le monde peut appeler pour avoir du support, mais du support d'équipe à l'intérieur des établissements, ça manque beaucoup. C'était les équipes qu'il fallait vraiment cibler, pour les employés, pour vraiment aider avec la confiance. (Cadre intermédiaire)

Ça a été pénible de voir les gens, d'essayer de se soutenir le plus possible. J'avais demandé de l'aide pour des groupes, d'avoir peut-être comme un psychologue, passer à travers les étages avec les équipes pour les supporter. Il y a un gros manque de support de santé mentale pour les équipes. C'est tout individuel. Tu appelles la ligne, tu appelles la ligne, mais c'est juste pour toi. Je pense que ce serait à améliorer au niveau de la confiance. (Cadre intermédiaire)

Une autre recommandation a trait à la gestion participative dans la gestion des horaires. Il s'agit d'une solution qui aurait été mise en place dans certains milieux et que l'on souhaite toujours voir appliquée. Elle permettrait de redonner un certain pouvoir aux membres du personnel et favoriserait la conciliation travail-vie personnelle/familiale.

Qu'ils se sentent entendus, reconnus dans ce qu'ils font, puis ils ont le droit d'avoir une vie à côté. [...] Moi, mes postes se sont tous comblés, même durant la pandémie, à cause de cette approche-là. Puis ç'a été le cas pour d'autres collègues dans mes secteurs qui étaient en dehors des CH puis je pense que c'est pour ça que le projet là, postpandémie, continue dans l'autogestion des horaires là. (Cadre intermédiaire)

Une meilleure prise en compte des spécificités des différents quarts de travail, en particulier ceux de soir et de nuit, a également été proposée. De l'aveu des cadres rencontrés, ces quarts de travail seraient trop souvent oubliés lors de la programmation d'activités, notamment les formations.

On est encore « runnés » dans le mode jour. On est jour du lundi au vendredi puis pas vraiment soir-nuit. Donc, il y a beaucoup de différences au niveau du « feedback » du personnel de soir-nuit qui se trouve que les consultations ne vont pas trop loin. Les gens ne se déplacent pas pour soir-nuit. Les communications, les différences entre les quarts de travail, et surtout les temps partiels dans les effectifs en fin de semaine. Il y a un manque de communication énorme avec cette clientèle-là, que ça soit les cadres intermédiaires, que ça soit aussi les employés sur les quarts de fin de semaine. [...] Au lieu de faire les formations par vidéos et les mettre disponibles avec le questionnement que les gens peuvent avoir. Ils perdent les apprentissages comme ça. [...] Donc, nos façons de faire sont pas ciblées, je pense, dans la réalité des gens qui travaillent soir-nuit. Puis ça, c'est un élément que je vois depuis que je suis dans le réseau, 30 ans, qu'il faudrait vraiment changer. (Cadre intermédiaire)

Parmi les propositions des personnes participantes se trouve également le déploiement de mesures incitatives, notamment sur le plan des conditions salariales. Il s'agit ici de reconnaître les efforts déployés par le personnel.

Les bonis justement quand ils sont payés taux double quand ils font du temps supplémentaire, des choses concrètes pour les employés. (Cadre intermédiaire)

Enfin, il a été suggéré de mettre les travailleurs au centre des priorités, au cœur des décisions, afin de favoriser la motivation et la qualité des soins.

Tantôt, on disait les patients, oui les patients, mais encore plus pour mes équipes. Tu sais on fait dont la priorité « patient » en ce moment, « la priorité, c'est le patient ». Et des fois, je me dis : « Bien peut-être pour que le patient soit une priorité, il faudrait mettre en priorité nos employés ». Tu sais, on n'arrête pas de dire : « Ce qui est au cœur de nos décisions, c'est le patient », c'est toujours ce qu'on nous demande et qu'on mette le patient en priorité. Mais je pense qu'on prend le problème de la mauvaise... moi, à mon avis, on prend le problème par le mauvais sens. C'est l'inverse qu'il faut faire. Il faut mettre les employés au cœur de nos décisions et si nos employés sont au cœur de nos décisions, c'est le patient qui va en bénéficier en bout de ligne. (Cadre intermédiaire)

Je me suis toujours définie comme si je prends soin de mes employés, mes employés vont prendre soin de mes patients. Les employés heureux, ça a un impact majeur sur l'atmosphère de travail, sur l'équipe de plancher et avec les patients, ils vont sentir qu'il y a de l'entraide. Ils vont sentir qu'il y a de l'écoute, de la bienveillance, de la coopération et tout ça. Mais nous, on est là pour susciter ça effectivement. Donc, ça, c'est difficile de le faire actuellement. (Cadre intermédiaire)

4.3. Les recommandations visant la structure organisationnelle et la gestion des établissements

Plusieurs recommandations faites par les cadres intermédiaires concernaient la structure organisationnelle et la gestion des établissements. Elles avaient plus spécifiquement trait aux communications organisationnelles, à la rétention des cadres intermédiaires et à la reconnaissance de leur expertise, à la collaboration et à la dépolitisation des services de santé.

À propos des communications organisationnelles, il a été suggéré que les façons de faire soient revues afin de rendre les communications plus efficaces et plus ciblées. Il s'agit notamment de réfléchir au moment où ces communications sont faites, à leur fréquence et leur longueur. (Cadre intermédiaire)

Sur la communication, moi, je dirais que ce que j'ai retenu de la pandémie qui était très efficace, ce sont des communications brèves, mais fréquentes. Donc, pour moi, ça, de conserver ça, c'est vraiment optimal. Puis nous, dans notre CISSS, il y a certains niveaux qui ont été conservés à des moments précis là. Des moments où on le sait que ça s'en vient. (Cadre intermédiaire)

Puis aussi, bien c'est sûr que, tu sais, tout le monde l'a mentionné, le ministère descend des choses qui ne sont pas nécessairement pertinentes pour nous, mais peut-être plus de... je pense... être à l'affût de nos besoins, peut-être plus de ce qui est criant. (Cadre intermédiaire)

Nous aussi, on a mis des règles et j'espère que ça va perdurer dans le temps, dans le respect de la vie personnelle. On s'est donné des règles et des règles de direction en termes de la fin de semaine. On ne s'envoie pas de courriel. Après 5 h, on ne met plus de réunion. Avant 8 h, idéalement, on ne met pas de réunion. Donc, dans une espèce de respect de la personne à part entière, comme individu et non pas... elle n'est pas seulement gestionnaire dans la vie. (Cadre intermédiaire)

Les recommandations concernant la rétention des cadres intermédiaires portent essentiellement sur l'amélioration des conditions de travail. On souhaite plus d'autonomie dans la gestion de son temps de travail et une réduction de la charge de travail afin de pouvoir mieux faire son travail.

Ce qui est sûr, moi, si on demandait à l'ensemble des gestionnaires dans mon CIUSSS ce qu'on veut garder, c'est postpandémie là, mais c'est quand même là, c'est l'aménagement de temps de travail qui permet aux gestionnaires de faire du neuf-dix. [...] on aménage notre temps de travail. [...] Là, on a l'opportunité de pouvoir aménager l'horaire de travail qui nous permet, par deux semaines, de... bien qu'on soit disponible, de ne pas avoir de rencontres dans l'agenda et de faire autre chose dans notre vie que le travail. Et ça, c'est énormément apprécié, pis on espère que ça va faire partie des nouvelles... du nouveau règlement sur les conditions de travail des gestionnaires. (Cadre intermédiaire)

Donnez-nous une marge de manœuvre et donnez-nous une charge de travail qui est réaliste et humaine pour qu'on puisse faire ce qu'il y a à faire. Je pense que c'est ça qu'il manque actuellement. On se garroche à gauche et à droite, on est désabusés, démotivés parce qu'on

n'a pas le temps de faire les choses comme il faut pour les équipes et pour nos patients. Ça, il n'y a rien de pire pour nous démobiliser. (Cadre intermédiaire)

Moi personnellement, si j'ai moins d'équipes, je suis plus de proximité. Si je suis plus de proximité, je suis plus en mesure de voir on va dire la souffrance de mon équipe ou les besoins de mon équipe plutôt que de l'apprendre par la bande quand je rencontre mon assistante, etc. Pour les gestionnaires, de diminuer ma charge de travail. (Cadre intermédiaire)

La reconnaissance de l'expertise des cadres intermédiaires a également été mentionnée. On souhaite davantage de marge de manœuvre et une meilleure écoute lors des rencontres de gestion.

Et si on veut faire les choses différemment, bien, laissez une autonomie aux gestionnaires du plancher. Ils connaissent leurs équipes, ils connaissent les solutions, donnez-leur dont la marge de manœuvre, donnez-nous la flexibilité, l'autonomie, on connaît, on est dédiés, on veut le meilleur pour le patient et notre équipe. (Cadre intermédiaire)

Je prendrais le temps de m'asseoir avec mes équipes et de mettre les priorités à la bonne place. Là, on se fait « pitcher » les priorités à gauche et à droite. On le sait, nous autres, nos patients actuellement, au mois de décembre 2022, qu'est-ce qu'ils ont besoin et c'est quoi leurs priorités là, pas les 55 priorités... On le sait intervenir, mais là, on éteint les feux partout qui ne sont pas nécessairement la priorité et la bonne chose à faire. Donc, donnez-nous la flexibilité et l'autonomie. En période de guerre, tu ne t'en vas pas commencer à combattre sur tous les fronts, tu vas la perdre la guerre. Moi je me dis qu'il faut choisir nos batailles. Là je n'ai pas l'impression qu'on les choisit nos batailles, on les garroche partout. Ça ne marchera pas. (Cadre intermédiaire)

Donc, il faut avoir comme un beau terrain d'entente entre les deux volets, pis moi, j'aimerais ça que les rencontres de gestion qui sont faites par les PDG, qu'il y ait une portion, vraiment, que les employés, les gestionnaires, les cadres intermédiaires peuvent avancer des mandats, eux autres, leurs préoccupations. Parce qu'on dirait qu'il n'y a pas grand place, pour nous donner du « feedback » sur le développement, que nous, on aimerait. (Cadre intermédiaire)

À propos de la collaboration entre cadres intermédiaires, il a notamment été suggéré de créer des espaces de partage, notamment la création d'un site web visant le partage d'outils entre établissements.

Dans les solutions, c'est-tu possible d'avoir un site web qui est ouvert à tout le monde où on partage nos bons coups, puis je parle spécifiquement du développement. Comme exemple, [...] on a du mentorat chez nous au [établissement], puis [autre participante], elle aurait pu bénéficier de regarder sur le site web puis de dire : « Oh! regarde ce qu'ils ont là ». Je trouve aussi que les CIUSSS, ils travaillent en solo. Oui, ils ont des directives du ministère, mais ils sont très en solo. Mais si on avait un « website » d'outils, juste une boîte à outils. Au fur et à mesure qu'on a un programme qui a été fait, parce qu'on a réalisé qu'il y avait un besoin, on a un programme, on l'affiche sur le site, puis là, les autres CIUSSS ont pu partager les richesses. (Cadre intermédiaire)

Souvent, on se rend compte qu'on fait quelque chose, mais que le CISSS ou le CIUSSS à côté a fait exactement la même chose. Puis, veut veut pas, on fait la même affaire. [...] nous, on est

obligés de se faire des communautés [de] pratiques puis de se parler entre nous, de façon autonome, ce qu'on fait beaucoup. Moi, je connais pas mal tous mes homologues dans chacun des établissements. Souvent on se parle, pis c'est correct. Mais c'est juste que, un moment donné, de toujours refaire... moi, je trouve tellement qu'on perd du temps, dans le fond, à refaire ce que le voisin a fait. Quand il y a des projets... Puis, je le sais que souvent, il y a des choses qui partent d'un succès quelque part, puis que le ministère le prend, le descend. [...] Je pense que ça serait peut-être de mieux organiser ça, puis de faire en sorte, peut-être, qu'on soit en mesure de faire des projets comme vraiment ensemble. Pis qu'on est capables de les déployer ensemble, parce qu'honnêtement, moi, je trouve tellement qu'on perd du temps à tout refaire ce qu'on fait, refaire des formations que notre voisin de gauche a faites. (Cadre intermédiaire)

En outre, la suggestion de créer des espaces de codéveloppement afin de favoriser la collaboration a également été mentionnée.

L'autre façon de mieux collaborer c'est qu'on a demandé que [...] les gestionnaires responsables de CHSLD forment des rencontres de codéveloppement. [...] Ce codéveloppement-là, bien ça serait parmi les onze gestionnaires responsables, on a tous les mêmes objectifs, on a tous les mêmes difficultés, bien au moins on pourrait apprendre de l'expérience des autres. J'ai comme un exemple, on n'a pas souvent ça, mais des ordonnances d'hébergement. Là, j'ai reçu un appel hier à 17 h : « [Nom de la participante], tu as déjà eu ça, à quoi je peux m'attendre? Qu'est-ce que j'ai besoin de faire? Comment je soutiens mes équipes? ». Bien ça serait un milieu où on pourrait en discuter. (Cadre intermédiaire)

Concernant la dépolitisation du système de santé, on juge qu'il s'agit d'un changement nécessaire afin de rétablir la confiance. Selon les cadres intermédiaires rencontrés, le système de la santé et des services sociaux ne peut faire l'objet de pressions politiques électorales.

Ça, c'est le gros problème quand ils ont aboli les agences. C'est que tout est remonté au niveau du ministère. Ça fait que là, le ministère fait de la politique, on s'entend, la politique c'est des vues à court terme, et de la gestion du système, qui elle, doit avoir une vue à très long terme, comme prévoir des ressources, engager du monde. Ça fait que là, on est dans le politique qui veut faire plaisir à ses électeurs pour un petit moment présent, puis on a un système de gestion qui doit être complètement indépendant de cette petite politique-là qui change tous les quatre ans puis qui fait que le système est complètement déstabilisé. (Cadre intermédiaire)

On a politisé la santé, ce qui est extrêmement dommage. Et donc, ça fait partie des enjeux électoraux, et là, on est à courte vue et il faut que ça donne des résultats rapides, rapides pour montrer qu'on fait une bonne job au gouvernement. De la santé, ça ne se gère pas à courte vue et ça ne se gère pas selon l'agenda politique. Alors ça, je trouve qu'il faut détacher ça du politique. (Cadre intermédiaire)

En outre, on souhaite le développement de mécanismes de consultation et de communication sécuritaires, sans risque de représailles. On souhaite également la révision du fonctionnement des commissariats aux plaintes, de façon à ce qu'ils soient plus indépendants des établissements.

Il faut entendre les gens. Il faut leur donner un « pathway » pour être capable de sortir ces choses-là éventuellement. Sinon, dans un an, deux ans, on va se retrouver dans le même bateau parce que ce sont les mêmes façons de faire hiérarchiques. Il faut se reposer des questions, il faut arrêter, réfléchir, pis regarder, pis dire : « Qu'est-ce qu'on peut faire différemment? ». (Cadre intermédiaire)

Il faut avoir une façon [...] de pouvoir dire les choses sans se faire taper sur la tête. On est professionnels. Il y a une façon de les dire, mais quand même c'est inacceptable. (Cadre intermédiaire)

Oui, une boîte courriel. Mais vous remarquerez qu'elle [boîte courriel onvousecoute@msss.gouv.qc.ca] est complètement fermée là. Comme je l'ai dit, on a fait quelques efforts pendant la pandémie parce que là, on était vraiment en crise, mais là, maintenant qu'on est retournés à la normale, on veut plus l'entendre, hein. [...] Mais ça prendrait, je vous l'ai dit c'est une omerta. On est avec la mafia. Fait que ça va prendre quelqu'un hors du système pour les écouter ces boîtes vocales là. Parce que là, tout ce qui est dénoncé, c'est écouté par qui? Par quelqu'un qui a avantage à ce que ça ne se sache pas? (Cadre intermédiaire)

Puis effectivement, c'est que je pense que ça prendrait quelqu'un de l'externe qui est vraiment neutre, qui ne connaît pas tant le réseau de la santé, peut-être le fonctionnement grosso modo, mais vraiment un ombudsman complètement séparé qui pourrait prendre ces informations-là du terrain. (Cadre intermédiaire)

Donc, je pense que la personne qui est commissaire des plaintes, elle reçoit son chèque de paie de son CIUSSS et il n'y a pas de neutralité dans ça. Je pense qu'il faudrait revoir peut-être la façon que les commissaires opèrent. Je trouve que ce serait intéressant que ça, ça soit transversal parce qu'écoutez, si je m'en vais voir un commissaire des plaintes dans un autre CIUSSS ou quelque chose, qui est comme plus neutre, j'ai moins de chances que quelqu'un va ressortir l'information qui est supposée être confidentielle. (Cadre intermédiaire)

5. Synthèse

L'objectif des groupes de discussion avec les cadres intermédiaires était d'entendre leur point de vue à propos de l'évolution de la confiance organisationnelle, personnelle et institutionnelle dans le système québécois de santé et de services sociaux. Il s'agissait plus spécifiquement de connaître leurs réactions à propos des principaux résultats de la phase 1 de la recherche, de réfléchir à des changements opérés et souhaités pour réduire les facteurs nuisant à la confiance et de déterminer les défis associés à la mise en place de ces changements.

Concernant les explications, les cadres intermédiaires interrogés ont énoncé plusieurs raisons susceptibles d'expliquer les faibles niveaux de confiance personnelle et organisationnelle et l'affaiblissement de

certaines d'entre eux depuis le début de la pandémie. Ces dernières ont trait à la charge de travail de plus en plus lourde, aux horaires de travail contraints et peu flexibles, au manque de soutien du personnel et au roulement des cadres intermédiaires. Elles rejoignent, dans une large mesure, celles qui ont été indiquées par le personnel soignant lui-même.

Les stratégies déployées par les cadres intermédiaires pour maintenir la confiance des membres de leurs équipes sont nombreuses et vont parfois à l'encontre des consignes et directives qui leur ont été données. De ces stratégies, cinq grands types sont ressortis. Le premier type de stratégies visait à améliorer les conditions de travail : autogestion des horaires, octroi de congés et augmentation des effectifs. Le second consistait essentiellement à protéger le personnel des directives peu adaptées au milieu de travail et à maintenir leur crédibilité au sein de leurs équipes : refus d'application de directives, rétention de directives et mobilisation des cadres intermédiaires. Le troisième concernait le soutien au personnel : augmentation des visites sur le terrain, accomplissement de tâches pour aider les équipes, multiplication des rencontres de suivi, activités de reconnaissance et obtention de soutien psychologique pour les équipes. Le quatrième type de stratégies touchait la mobilisation de l'expertise des équipes et la reconnaissance de leurs compétences. Enfin, le cinquième type de stratégies visait à améliorer le fonctionnement des équipes, en mobilisant les membres avec des discours rassembleurs et en organisant des activités de cohésion.

Si les cadres intermédiaires ont nommé plusieurs stratégies qu'ils avaient mises en place pour renforcer les niveaux de confiance des membres de leurs équipes, ils ont néanmoins fait état de plusieurs contraintes qui limitaient leur pouvoir d'action. L'une de ces contraintes a trait à la main-d'œuvre. Vu les conditions de travail difficiles, les cadres intermédiaires doivent consacrer une part toujours plus grande de leur temps au recrutement et à la rétention du personnel, réduisant par le fait même le temps qu'ils peuvent consacrer à d'autres tâches. Le recours aux agences privées amène également son lot de défis (qualifications, équité), tout comme la gestion de la nouvelle génération de professionnels, pour laquelle les gestionnaires disent avoir été peu préparés. Une autre des contraintes énumérées concerne le mode de fonctionnement du réseau de la santé, très bureaucraté, et le caractère centralisé de la prise de décisions. Les cadres intermédiaires ne semblent pas souvent avoir leur mot à dire sur les décisions qu'ils doivent appliquer dans leur milieu de travail. Ils doivent composer avec des directives plus ou moins adaptées à leur réalité, qui s'avèrent parfois incohérentes et souvent changeantes. En outre, ils sont souvent laissés à eux-mêmes dans un contexte où le roulement des cadres est important ainsi que tenus au silence, ne pouvant pas dénoncer des situations problématiques par loyauté envers leur employeur.

Les solutions qu'ils proposent s'inscrivent dans trois grands registres : l'offre de services, la gestion du personnel et la gestion des établissements. Concernant l'offre de services, si les cadres intermédiaires saluent les innovations dans la façon d'offrir certains soins (visioconférences), ils s'interrogent sur la capacité du système de santé à maintenir la couverture des services actuelle et jugent nécessaire qu'une réflexion éthique soit faite à ce sujet. Sur le plan de la gestion du personnel, les recommandations invitent les parties prenantes à accroître le soutien psychologique au personnel, mieux prendre en compte les spécificités des différents quarts de travail, bonifier les mesures incitatives pour les quarts de travail défavorables et mettre l'employé – plutôt que le patient – au cœur des priorités et des décisions pour améliorer la qualité des soins aux patients. Enfin, les recommandations visant la structure organisationnelle et la gestion des établissements préconisent une amélioration de la communication organisationnelle, une meilleure reconnaissance de l'expertise des cadres, une plus grande autonomie et latitude décisionnelle, une plus grande collaboration entre cadres intermédiaires des différents établissements et une dépolitisation du système de santé québécois.

CONCLUSION

Cette recherche révèle que les niveaux de confiance organisationnelle et personnelle ont diminué depuis le début de la pandémie dans le système québécois de la santé et des services sociaux. La confiance envers l'employeur, déjà problématique avant le début de la pandémie, et la confiance envers les supérieurs immédiats sont les confiances organisationnelles qui ont été les plus affectées. Il semble également que de plus en plus de membres du personnel soignant remettent en question leur choix de carrière, comme en témoigne la forte diminution du niveau de confiance pour cet aspect de la confiance personnelle qui est observée depuis le début de la pandémie. Bien qu'ils aient également diminué, les niveaux de confiance envers les collègues de travail, les patients et les capacités à bien faire son travail sont demeurés relativement élevés. La confiance envers le personnel d'agence demeure toutefois faible et une plus grande méfiance est observée à l'égard de la famille et des proches des patients.

1. Les facteurs liés aux niveaux de confiance et à leur diminution

L'examen de la diminution des niveaux de confiance et des relations statistiques entre ces niveaux de confiance et les facteurs contextuels, organisationnels et institutionnels permet de faire cinq grands constats, appuyés par les propos tenus par les participants et participantes lors des groupes de discussion.

1.1. Le temps supplémentaire obligatoire et le type de quart de travail

Le premier de ces constats a trait à l'horaire de travail, et plus spécifiquement au temps supplémentaire obligatoire (TSO) et au type de quart de travail. De manière générale, les participants et participantes qui ont effectué des heures supplémentaires obligatoires au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête

(22 % des participants et participantes de la phase 1 et 12 % de ceux de la phase 2) affichent des niveaux de confiance organisationnelle et institutionnelle nettement inférieurs à ceux qui n'en ont pas effectué et rapportent davantage une diminution de ces confiances. Il en va de même des membres du personnel ayant travaillé sur des quarts de soir (36 % des participants et participantes de la phase 1 et 31 % de ceux de la phase 2) ou de nuit (20 % des participants et participantes de la phase 1 et 22 % de ceux de la phase 2), à la différence que pour ceux-ci, la confiance personnelle semble également avoir été négativement affectée. Bien que moins nombreux, les participants et participantes qui ont connu plusieurs changements de quart dans les deux semaines ayant précédé l'enquête (11 % des participants et participantes de la phase 1) affichent également des niveaux de confiance organisationnelle, personnelle et institutionnelle inférieurs à la moyenne du personnel et rapportent davantage une diminution de ces confiances.

1.2. L'auto-évaluation de l'état de santé

Le deuxième constat a trait à l'auto-évaluation de l'état de santé mentale et physique. S'il est difficile d'établir avec précision la nature du lien de causalité entre cette auto-évaluation, les niveaux de confiance et la diminution de ceux-ci, il apparaît clairement que les perceptions négatives de l'état de santé mentale et, dans une moindre mesure, de l'état de santé physique sont associées à des niveaux de confiance organisationnelle, personnelle et institutionnelle nettement plus faibles et à des diminutions plus importantes de ceux-ci. Ces résultats sont importants dans la mesure où plus du tiers des participants et participantes de la phase 1 et 2 (respectivement 38 % et 39 %) évaluaient négativement leur état de santé mentale et près d'un cinquième (19 % phase 1) – voire plus du quart (27 % phase 2) – évaluaient négativement leur état de santé physique. Ils le sont d'autant plus que les plus faibles niveaux de confiance et les plus fortes diminutions de ceux-ci s'observent chez les participants et participantes qui se sont absentés du travail au cours du mois ayant précédé l'enquête, une situation vécue par près d'une personne sur deux dans les deux phases de la recherche (respectivement 48 % et 46 %). Si l'enquête ne permet pas de connaître les raisons de ces absences, on peut supposer que celles-ci sont en partie liées à la santé physique et mentale des participants et participantes.

1.3. L'appréciation des effectifs au travail et de la qualité des soins offerts aux patients

Le troisième constat a trait aux effectifs au travail et à la perception de la qualité des soins offerts aux patients. Concernant les effectifs au travail, il apparaît que les participants et participantes qui jugent que ces effectifs étaient inadéquats lors de leur dernier quart de travail (52 % des participants et participantes

de la phase 1 et 62 % de ceux de la phase 2) affichent des niveaux de confiance organisationnelle, personnelle et institutionnelle inférieurs à ceux des personnes participantes les jugeant adéquats et rapportent davantage une diminution de ces confiances. En ce qui a trait à la perception de la qualité des soins offerts aux patients lors du dernier quart de travail, il apparaît que les participants et les participantes pour qui la qualité des soins offerts aux patients par leur équipe de travail était passable ou mauvaise (25 % des participants et participantes de la phase 1 et 31 % de ceux de la phase 2) de même que ceux qui portent un jugement semblable à propos de la qualité des soins qu'ils ont offerts aux patients (13 % des participants et participantes de la phase 1 et 16 % de ceux de la phase 2) affichent des niveaux de confiance organisationnelle, personnelle et institutionnelle plus faibles et rapportent davantage une diminution de ces confiances. Il en va de même des participants et des participantes qui ont le sentiment que la qualité des soins offerts aux patients s'est détériorée depuis le début de la pandémie, une perception partagée par près d'une personne sur deux lors de la phase 1 (46 %).

1.4. Le type d'emploi occupé et le lieu de travail

Le quatrième constat a trait au type d'emploi occupé et au lieu de travail. De manière générale, les niveaux de confiance organisationnelle et personnelle apparaissent plus faibles parmi le personnel infirmier, notamment chez les infirmiers cliniciens et infirmières cliniciennes, chez les infirmiers et infirmières ainsi que dans les centres hospitaliers et, dans une moindre mesure, les CHSLD. Le fait d'avoir été réaffecté à d'autres tâches, une autre installation ou un autre établissement depuis le début de la pandémie ne semble toutefois pas avoir affecté les niveaux de confiance du personnel touché. En revanche, les participants et participantes qui ont travaillé en zone chaude, et dans une moindre mesure, en zone tiède affichent des niveaux de confiance organisationnelle et personnelle généralement plus faibles que ceux qui n'y ont pas travaillé et rapportent davantage une diminution de leur confiance personnelle. Il semble toutefois que ce soit le fait d'avoir travaillé dans les deux zones qui ait été le plus dommageable aux niveaux de confiance organisationnelle et personnelle.

1.5. L'âge et la proche aidance

Enfin, si nous observons assez peu de différences selon les caractéristiques sociodémographiques des participants et participantes, il ressort de ces données que le personnel âgé de 35 à 54 ans affiche des niveaux de confiance organisationnelle, personnelle et institutionnelle généralement plus faibles et rapporte davantage une diminution de leur confiance personnelle et de leur confiance organisationnelle verticale (employeur et supérieurs immédiats). C'est notamment dans ce groupe d'âge que la remise en

question du choix de carrière et l'insatisfaction en emploi sont les plus présentes. Nous constatons également que les participants et participantes agissant comme proche aidant affichent un niveau de confiance plus faible à l'égard des supérieurs immédiats et se montrent plus inquiets de l'application des mesures sanitaires en milieu de travail. Notons que 13 % (phase 1) à 16 % (phase 2) des participants et participantes agissaient comme proche aidant.

2. Les changements souhaités par le personnel soignant

Que ce soit lors des groupes de discussion, des entretiens individuels ou du questionnaire, les professionnels de la santé ayant participé à la présente recherche ont manifesté le souhait que des changements soient apportés dans leur milieu de travail afin d'accroître leurs niveaux de confiance. Mentionnés par les trois quarts des personnes ayant participé à la phase 2 du questionnaire, les changements dans les conditions d'emploi et de travail arrivent en tête de liste des changements souhaités. Essentiellement, les participants et participantes souhaitent un plus grand pouvoir décisionnel sur l'horaire de travail; une réduction, voire l'abolition, du temps supplémentaire obligatoire et des postes en rotation; une plus grande reconnaissance des enjeux liés à la conciliation travail-famille; un plus grand respect des demandes de congés et/ou de vacances; la possibilité de travailler à temps partiel ou des horaires comprimés; une diminution de la charge de travail par l'embauche de personnel; et la stabilisation des équipes de travail. En outre, ils veulent être davantage écoutés et respectés dans leurs choix et leurs besoins et souhaitent une plus grande équité salariale par rapport à d'autres professions – notamment les professions masculines – et des primes, ou la bonification de celles-ci, pour les horaires atypiques et le temps supplémentaire.

Les changements dans la structure organisationnelle et la gestion des établissements arrivent en deuxième place des changements souhaités, ceux-ci étant mentionnés par les deux tiers des participants et participantes. Les changements souhaités renvoient aux qualités des gestionnaires, à la gestion décentralisée et participative ainsi qu'à la cohérence et à la transparence. Concrètement, les participants et participantes souhaitent des gestionnaires plus proactifs et compétents ainsi que plus présents sur le plancher, et ce, sur les différents quarts de travail. En outre, ils souhaitent des rétroactions plus régulières et aimeraient une plus grande stabilité et imputabilité chez les gestionnaires. Ils sont par ailleurs très critiques par rapport à la taille des établissements, jugés trop grands, et souhaitent une gestion décentralisée, plus locale et plus proche des enjeux rencontrés sur le terrain. Ils désirent participer à la

prise de décision ou, à tout le moins, être consultés. Enfin, ils aimeraient un meilleur partage des informations, une plus grande transparence et une plus grande clarté et cohérence des règles, consignes et procédures.

Mentionnés par un peu plus d'une personne participante sur deux, les changements dans le soutien offert au personnel et les changements dans le niveau d'autonomie et de latitude arrivent en troisième place des changements souhaités. Sur le plan du soutien, les changements souhaités ont trait à la reconnaissance de leur situation d'emploi difficile (sentiment d'écoute), à la bonification du soutien psychologique (services en temps opportun et en quantité suffisante), aux mesures d'accommodement (reconnaissance des enjeux de conciliation travail-famille), à la disponibilité des superviseurs (présence sur le plancher et disponibilité en cas de besoin sur tous les quarts de travail) et à la charge de travail (renfort pour prendre soins des patients). Les changements dans le niveau d'autonomie et de latitude renvoient pour leur part à l'autonomie et au respect des compétences ainsi qu'à la latitude décisionnelle. Les participants et participantes souhaitent exercer pleinement leur profession et gérer leur temps et leur charge de travail. Ils veulent également avoir accès à toute l'information pertinente pour mieux soigner les patients et être davantage écoutés et impliqués dans les décisions qui les concernent.

Enfin, une personne sur deux fait mention des changements dans le fonctionnement des équipes, qui se rapportent à la consolidation des équipes de travail, à l'accompagnement des recrues ainsi qu'à la collaboration et à la communication. On souhaite des équipes complètes et plus stables, un meilleur accompagnement des nouvelles recrues, une meilleure collaboration interprofessionnelle, davantage de rencontres d'équipes et un meilleur partage de l'information, tant entre supérieurs et subordonnés qu'entre collègues et professions.

Les changements souhaités par les participants et participantes sont liés aux niveaux de confiance mesurés en décembre 2022 lors de la deuxième phase du questionnaire. En effet, les niveaux de confiance personnelle et de confiance organisationnelle sont en effet plus faibles lorsque la personne participante a indiqué qu'un changement était nécessaire pour accroître sa confiance en milieu de travail. L'introduction de tels changements est donc susceptible d'accroître la confiance personnelle et organisationnelle du personnel et, par le fait même, d'accroître la résilience du système de santé québécois.

3. Le point de vue des cadres intermédiaires

Les groupes de discussion avec les cadres intermédiaires ont permis à ces derniers d'identifier plusieurs raisons susceptibles d'expliquer les faibles niveaux de confiance personnelle et organisationnelle ainsi que l'affaiblissement de certains d'entre eux depuis le début de la pandémie. Ces raisons ont trait à la charge de travail de plus en plus lourde, aux horaires de travail contraints et peu flexibles, au manque de soutien du personnel et au roulement des cadres intermédiaires. Ces raisons rejoignent, dans une large mesure, celles qui ont été identifiées par le personnel soignant.

Les stratégies déployées par les cadres intermédiaires pour maintenir la confiance des membres de leur équipe sont nombreuses et vont parfois à l'encontre des consignes et directives qui leur ont été données. Elles visaient à : 1) améliorer les conditions de travail; 2) protéger le personnel des directives peu adaptées au milieu de travail et maintenir leur crédibilité au sein des équipes; 3) bonifier le soutien au personnel; 4) reconnaître l'expertise et les compétences des équipes; et 5) favoriser la cohésion d'équipe. Ces stratégies répondent, dans une certaine mesure, aux changements souhaités par le personnel soignant.

Les cadres intermédiaires ont toutefois fait état de nombreuses contraintes qui limitent leur pouvoir d'action en vue d'accroître les niveaux de confiance du personnel soignant. L'une de ces contraintes a trait à la main-d'œuvre. Vu les conditions de travail difficiles, les cadres intermédiaires doivent consacrer une part toujours plus grande de leur temps au recrutement et à la rétention du personnel, ce qui a pour effet de réduire le temps qu'ils peuvent consacrer à d'autres tâches. Le recours aux agences privées amène également son lot de défis (qualifications, équité). Il en va de même de la gestion de la nouvelle génération de professionnels, pour laquelle les gestionnaires disent avoir été peu préparés. Une autre contrainte concerne le mode de fonctionnement du réseau de la santé, très bureaucraté, et au caractère centralisé de la prise de décisions. Les cadres intermédiaires se plaignent notamment de ne pas être consultés sur les décisions qu'ils doivent appliquer dans leur milieu de travail. Ils disent devoir composer avec des directives plus ou moins adaptées à leur réalité, qui s'avèrent parfois incohérentes et souvent changeantes. En outre, ils sont souvent laissés à eux-mêmes dans un contexte où le roulement des cadres est important et peuvent difficilement dénoncer les situations problématiques en raison de leur obligation de loyauté envers leur employeur, qui les tient au silence.

Les solutions qu'ils proposent s'inscrivent dans trois grands registres : l'offre de services, la gestion du personnel et la gestion des établissements. Concernant l'offre de services, les cadres intermédiaires saluent les innovations dans la façon d'offrir certains soins (visioconférences), mais s'interrogent sur la

capacité du système de santé à maintenir la couverture des services actuelle et jugent nécessaire qu'une réflexion éthique soit faite à ce sujet. Sur le plan de la gestion du personnel, les recommandations invitent les parties prenantes à accroître le soutien psychologique au personnel, à mieux prendre en compte les spécificités des différents quarts de travail, à bonifier les mesures incitatives pour les quarts de travail défavorables et à mettre l'employé – plutôt que le patient – au cœur des priorités et des décisions pour améliorer la qualité des soins aux patients. Enfin, les recommandations visant la structure organisationnelle et la gestion des établissements préconisent une amélioration de la communication organisationnelle, une meilleure reconnaissance de l'expertise des cadres, une plus grande autonomie et latitude décisionnelle, une plus grande collaboration entre cadres intermédiaires des différents établissements et une dépolitisation du système de santé québécois.

BIBLIOGRAPHIE

Anderson, J. E., Ross, A. J., Macrae, C., & Wiig, S. (2020). Defining adaptive capacity in healthcare: a new framework for researching resilient performance. *Applied Ergonomics*, 87, 103111.

Argyris, C., & Schön, D. A. (1978). *Organizational learning: A theory of action perspective*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Barasa, E. W., Cloete, K., & Gilson, L. (2017). From bouncing back, to nurturing emergence: reframing the concept of resilience in health systems strengthening. *Health Policy and Planning*, 32(suppl_3), iii91-iii94.

Barasa, E., Mbau, R., & Gilson, L. (2018). What is resilience and how can it be nurtured? A systematic review of empirical literature on organizational resilience. *International Journal of Health Policy and Management*, 7(6), 491-503.

Besuner, P. L. (2017). *Leadership Attributes and Behaviors as Predictors of Organizational Resilience in Academic Health Care Systems* (Doctoral dissertation, Walden University).

Bibb, S., & Kourdi, J. (2004). *Trust matters for organisational and personal success*. New York: Palgrave MacMillan.

Blanchet, K., Nam, S. L., Ramalingam, B., & Pozo-Martin, F. (2017). Governance and capacity to manage resilience of health systems: towards a new conceptual framework. *International Journal of Health Policy and Management*, 6(8), 431-435.

Bozdağ, F., & Ergün, N. (2020). Psychological Resilience of Healthcare Professionals During COVID-19 Pandemic. *Psychological Reports*, 0033294120965477.

Burau, V., Falkenbach, M., Neri, S., Peckham, S., Wallenburg, I., & Kuhlmann, E. (2022). Health system resilience and health workforce capacities: Comparing health system responses during the COVID-19 pandemic in six European countries. *The International Journal of Health Planning and Management*, 37(4), 2032-2048.

Campoy, E., & Neveu, V. (2006). Proposition d'une échelle de mesure de la confiance organisationnelle, *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, 62, 21-38.

Chevalier, T. (2019). La confiance institutionnelle des jeunes en Europe : Quel effet de l'action publique? *Revue française de sociologie*, 60, 13-42.

- Chiva, R., & Alegre, J. (2009). Organizational learning capability and job satisfaction: An empirical assessment in the ceramic tile industry. *British Journal of Management*, 20, 323–340.
- Chiva, R., Alegre, J., & Lapiedra, R. (2007). Measuring organizational learning capability among the workforce. *International Journal of Manpower*, 28(3), 224–242.
- Costigan, R. D., Ilter, S. S., & Berman, J. J. (1998). A multi-dimensional study of trust in organizations. *Journal of Management Issues*, 10(3), 303–317.
- Cyert, R., & March, J. G. (1963). *A behavioral theory of the firm*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Dagenais-Desmarais, V., & Savoie, A. (2012). What is psychological well-being, really? A grassroots approach from the organizational sciences. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being*, 13(4), 659–684.
- Darkow, P. M. (2019). Beyond “bouncing back”: Towards an integral, capability-based understanding of organizational resilience. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 27(2), 145-156.
- De Serres, G., Carazo, S., Lorcy, A., Villeneuve, J., Laliberté, D., Martin, R., Deshaies, P., Bellemare, D., Tissot, F., Adib, G., Denis, G., & 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.
- Dibella, A. J., Nevis, E. C., & Gould, J. M. (1996). Understanding organizational learning capability. *Journal of Management Studies*, 33, 361–379.
- Dickes P., Valentova M., & Borsenberger M. (2010). Construct validation and application of a common measure of social cohesion in 33 European countries, *Social Indicators Research*, 98 (3), 451-473.
- Digby, R., Winton-Brown, T., Finlayson, F., Dobson, H., & Bucknall, T. (2021). Hospital staff well-being during the first wave of COVID-19: Staff perspectives. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(2), 440-450.
- Dirks, K. T., & Ferrin, D. L. (2001). The role of trust in organizational settings. *Organization Science*, 12(4), 450–467.
- Duchek, S. (2020). Organizational resilience: a capability-based conceptualization. *Business Research*, 13(1), 215-246.
- Easton, D. (1965). *A Framework for Political Analysis*, Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall.
- Erdem, F., Ozen, J., & Atsan, N. (2003). The relationship between trust and team performance. *Work study*, 52, 337-340.
- Fox, A. (1974). *Beyond contract: Work, power and trust relations*. London: Faber and Faber Ltd.
- Gibb, J. R. (1965). Climate for trust formation. In L. P. Bradford, J. R. Gibb & K. D. Benne (Eds.), *T-group theory and laboratory method*, New York, NY: John Wiley, 279-301.
- Goh, S., & Richards, G. (1997). Benchmarking the learning capability of organizations. *European Management Journal*, 15(5), 575–583.
- Guinot, J., Chiva, R., & Mallén, F. (2013). Organizational trust and performance: Is organizational learning capability a missing link?. *Journal of Management and Organization*, 19(5), 559-582.
- Hadida, A. L., Tarvainen, W., & Rose, J. (2015). Organizational improvisation: A consolidating review and framework. *International Journal of Management Reviews*, 17(4), 437-459.

- Hamel, G., & Välikangas, L. (2003). The quest for resilience. *Harvard Business Review*, 81, 52–63.
- Heath, C., Sommerfield, A., & von Ungern-Sternberg, B. S. (2020). Resilience strategies to manage psychological distress among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a narrative review. *Anaesthesia*, 75(10), 1364-1371.
- Kantur, D., & Iseri-Say, A. (2012). Organizational resilience: A conceptual integrative framework. *Journal of management and organization*, 18(6), 762-773.
- Kieny, M. P., Evans, D. B., Schmets, G., & Kadandale, S. (2014). Health-System Resilience: Reflections on the Ebola Crisis in Western Africa. *Bulletin of the World Health Organization*, 92(12), 850.
- Khoshouei, M. S. (2009). Psychometric evaluation of the Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC) using Iranian students. *International Journal of Testing*, 9(1), 60-66.
- Koronis, E., & Ponis, S. (2018). Better than before: the resilient organization in crisis mode. *Journal of Business Strategy*, 39(1), 32-42.
- Kuntz, J. R. C., Malinen, S., & Näswall, K. (2017). Employee resilience: Directions for resilience development. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 69(3), 223–242.
- Kruk, M. E., Myers, M., Varpilah, S. T., & Dahn, B. T. (2015). What is a resilient health system? Lessons from Ebola. *The Lancet*, 385(9980), 1910-1912.
- Labrague, L. (2021). Psychological resilience, coping behaviors, and social support among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review of quantitative studies. *Journal of nursing management*, 29(7), 1893-1905.
- Lee, Y., & Schachter, H. L. (2019). Exploring the relationship between trust in government and citizen participation. *International Journal of Public Administration*, 42(5), 405-416.
- Lengnick-Hall C.A. (2005). Adaptive fit versus robust transformation: how organizations respond to environmental change, *Journal of Management*, 31(5), 738-757.
- Lengnick-Hall, C. A., & Beck, T. E. (2003), Beyond bouncing back: The concept of organizational resilience. In *National Academy of Management meetings, Seattle, WA*.
- Lengnick-Hall, C. A., Beck, T. E., & Lengnick-Hall, M. L. (2011). Developing a capacity for organizational resilience through strategic human resource management. *Human Resource Management Review*, 21(3), 243-255.
- Lorentz, E. (2004). Que savons-nous à propos de la confiance. Un tour d’horizon des contributions récentes, in Mangematin, V. et C. Thuderoz (dir.), *Des mondes de confiance. Un concept à l’épreuve de la réalité sociale*, Paris, CNRS Éditions, 109-118.
- Mayer, R. C., Davis, J. H., & Schoorman, F. D. (1995). An integrative model of organizational trust. *Academy of Management Review*, 20(3), 709–734.
- McCauley, D. P., & Kuhnert, K. W. (1992). *A theoretical review and empirical investigation of employee trust in management*. *Public Administration Quarterly*, 16(2), 265–285.
- Moskowitz, D., Thom, D. H., Guzman, D., Penko, J., Miaskowski, C., & Kushel, M. (2011). Is primary care providers’ trust in socially marginalized patients affected by race?. *Journal of General Internal Medicine*, 26(8), 846-851.

Neveu, V. (2004). *La confiance organisationnelle : définition et mesure*. In conférence donnée au congrès de l'Association Française des Ressources Humaines, texte [en ligne] <http://www.agrh2004-esg.uqam.ca/pdf/tome2/neveu.pdf>.

Nooteboom, B. (2002). *Trust: Forms, foundations, functions, failures and figures*. Edward Elgar Publishing.

Nyhan, R. C., & Marlowe Jr, H. A. (1997). Development and psychometric properties of the organizational trust inventory. *Evaluation Review*, 21(5), 614-635.

Paton, D., & Johnson, D. (2001). Disasters and communities: Vulnerability, resilience and preparedness. *Disaster Prevention and Management*, 10(4), 270–277.

Peres, D., Monteiro, J., Almeida, M. A., & Ladeira, R. (2020). Risk perception of COVID-19 among Portuguese healthcare professionals and the general population. *Journal of Hospital Infection*, 105(3), 434-437.

Pinar, S. E., Yildirim, G., & Sayin, N. (2018). Investigating the psychological resilience, self-confidence and problem-solving skills of midwife candidates. *Nurse education today*, 64, 144-149.

Prayag, G., Spector, S., Orchiston, C., & Chowdhury, M. (2020). Psychological resilience, organizational resilience and life satisfaction in tourism firms: Insights from the Canterbury earthquakes. *Current Issues in Tourism*, 23(10), 1216-1233.

Puci, M. V., Nosari, G., Loi, F., Puci, G. V., Montomoli, C., & Ferraro, O. E. (2020). Risk Perception and Worries among Health Care Workers in the COVID-19 Pandemic: Findings from an Italian Survey. *Healthcare*, 8(4), 535.

Rangachari, P., & L Woods, J. (2020). Preserving organizational resilience, patient safety, and staff retention during COVID-19 requires a holistic consideration of the psychological safety of healthcare workers. *International journal of environmental research and public health*, 17(12), 4267.

Roberts, M. R., Reid, G., Schroeder, M., & Norris, S. P. (2013). Causal or spurious? The relationship of knowledge and attitudes to trust in science and technology. *Public Understanding of Science*, 22(5), 624-641

Somers, S. (2009). Measuring resilience potential: An adaptive strategy for organizational crisis planning. *Journal of contingencies and crisis management*, 17(1), 12-23.

Spreitzer, G., Sutcliffe, K., Dutton, J., Sonenshein, S., & Grant, A. M. (2005). A socially embedded model of thriving at work. *Organization Science*, 16, 537–549.

Sujan, M.A., Huang, H., & Biggerstaff, D. (2019). Trust and psychological safety as facilitators of resilient health care. In J. Braithwaite, E. Hollnagel, & G. S Hunte (Eds.), *Working Across Boundaries*, London, UK: CRC Press.

Tam, C. C., Sun, S., Yang, X., Li, X., Zhou, Y., & Shen, Z. (2021). Psychological distress among HIV healthcare providers during the COVID-19 pandemic in China: mediating roles of institutional support and resilience. *AIDS and Behavior*, 25, 9-17.

Tierney, K. (2003). Conceptualizing and measuring organizational and community resilience: Lessons from the emergency response following the September 11, 2001 attack on the World Trade Center. Paper presented at the *Third Comparative Workshop on Urban Earthquake Disaster Management*, Kobe, Japan

Tsfati, Y., & Ariely, G. (2014). Individual and contextual correlates of trust in media across 44 countries. *Communication Research*, 41(6), 760-782.

Vanhala, M., & Ahteela, R. (2011). The effect of HRM practices on impersonal organizational trust. *Management Research Review*. Weick, K. E. (1993). The collapse of sensemaking in organizations: The Mann Gulch disaster. *Administrative Science Quarterly*, 38(4), 628–652.

Vanhala, M., Puumalainen, K., & Blomqvist, K. (2011). Impersonal trust : The development of the construct and the scale, *Personnel Review*, 40(4), 485-513.

Warren M. E., 2018, Trust and Democracy., dans E. M. Uslaner (ed.), *The Oxford Handbook of Social and Political Trust*, Oxford University Press, 75-94.

Weick, K. E. (1993). The Collapse of Sensemaking in Organizations : The Mann Gulch Disaster. *Administrative Science Quarterly*, 38(4), 628-652.

Weick, K. E., & Sutcliffe K. M. (2001). *Managing the unexpected – assuring high performance in an age of complexity*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Weick, K. E., Sutcliffe K. M., & Obstfeld, D. (1999). Organizing for high reliability: Processes of collective mindfulness. *Research in Organizational Behavior*, 21, 81–123.