

Université de Montréal

Étude portant sur la relation entre le temps supplémentaire obligatoire
et l'épuisement professionnel chez les infirmières québécoises

Par :
Alexis Beauregard

École des relations industrielles
Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Maître ès science (M.Sc.) en relations industrielles

Mars 2025

© Alexis Beauregard, 2025

Université de Montréal

École des relations industrielles, Faculté des arts et des sciences

Ce mémoire intitulé

Étude portant sur la relation entre le temps supplémentaire obligatoire
et l'épuisement professionnel chez les infirmières québécoises

Présenté par

Alexis Beauregard

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes

Nancy Beauregard

Présidente-rapporteur

Alain Marchand

Directeur de recherche

Stéphane Renaud

Membre du jury

RÉSUMÉ

Le présent mémoire détaille les liens d'association entre les demandes quantitatives du travail et l'épuisement professionnel chez les infirmières du réseau public québécois durant la pandémie du coronavirus COVID-19. Il s'intéresse principalement au temps supplémentaire obligatoire et le distingue des autres demandes quantitatives du travail. Il considère de plus les rôles potentiellement modérateurs de diverses conditions de l'organisation du travail ainsi que des ressources mises à la disponibilité de ces travailleuses sur ces liens d'association. Pour ce faire, cette étude consiste en une analyse de contenu thématique d'entrevues individuelles semi-dirigées effectuées auprès de sept infirmières et infirmiers. Ces données primaires sont supplémentées d'une revue de presse et de la documentation y étant pertinente.

L'analyse de contenu thématique démontre un lien significatif et positif d'association entre le temps supplémentaire obligatoire et l'épuisement professionnel. Bien que plusieurs autres demandes quantitatives du travail entretiennent des liens positifs avec certaines dimensions de l'épuisement professionnel, le temps supplémentaire obligatoire s'en distingue de par son association positive et significative aux dimensions perceptuelles de l'épuisement professionnel (cynisme, dépersonnalisation et sentiment d'inefficacité personnelle). De plus, cette étude démontre le rôle modérateur de certaines conditions de l'organisation du travail (charge de travail et adéquation des effectifs de personnel) et des ressources du travail (soutien social des collègues, soutien social de la supervision et reconnaissance du travail) sur l'association entre les demandes quantitatives du travail et l'épuisement professionnel.

Mots clés : Épuisement professionnel, temps supplémentaire obligatoire, demandes quantitatives du travail, conditions de l'organisation du travail, ressources du travail, santé mentale

ABSTRACT

This thesis explores the associative links between quantitative work demands and burnout among nurses in Quebec's public healthcare system during the COVID-19 coronavirus pandemic. It focuses primarily on mandatory overtime, distinguishing it from other quantitative work demands. Furthermore, it examines the potentially moderating roles of various organizational work conditions and the resources available to these workers in relation to these associative links. To achieve this, the study employs a thematic content analysis of semi-structured individual interviews conducted with seven nurses. These primary data are supplemented by a press review and relevant documentation.

The thematic content analysis reveals a significant positive association between mandatory overtime and burnout. While several other quantitative work demands are positively linked to certain dimensions of burnout, mandatory overtime stands out due to its significant positive association with the perceptual dimensions of burnout (cynicism, depersonalization, and a sense of personal inefficacy). Additionally, this study highlights the moderating role of specific organizational work conditions (workload and staffing adequacy) and work resources (peer social support, supervisory social support, and work recognition) on the relationship between quantitative work demands and burnout.

Keywords: Burnout, mandatory overtime, quantitative work demands, organizational work conditions, work resources, mental health

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	i
ABSTRACT	ii
TABLE DES MATIÈRES	iii
LISTE DES TABLEAUX	v
LISTE DES FIGURES	vi
LISTE DES ABBRÉVIATIONS	vii
REMERCIEMENTS	viii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 : OBJET DE LA RECHERCHE ET ÉTAT DES CONNAISSANCES	2
1.1. Objet de la recherche	2
1.2. État des connaissances	3
1.2.1. Contexte pandémique québécois et pénurie de main-d’œuvre.....	3
1.2.2. Contexte organisationnel des infirmières.....	7
1.2.3. Épuisement professionnel.....	17
1.2.4. Modèles théoriques.....	22
1.3. Synthèse des connaissances	26
CHAPITRE 2 : PROBLÉMATIQUE ET MODÈLE D’ANALYSE	34
2.1. Problématique et question de recherche	34
2.2. Pertinence de l’étude en relations industrielles	35
2.3. Modèle d’analyse	36
2.3.1. Modèle conceptuel de recherche.....	36
2.3.2. Variables du modèle.....	37
2.4. Propositions de recherche	42
CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE	44
3.1. Type de recherche	44
3.1.1. Recherche qualitative.....	44
3.1.2. Recherche inspirée par l’approche hypothético-déductive.....	45
3.2. Plan d’observation des données primaires	46
3.2.1. Population.....	46
3.2.2. Terrain de recherche, certification éthique et profil des répondants.....	47

3.2.3.	Méthode de collecte des données primaires.....	50
3.2.4.	Échantillon	50
3.3.	Mesures des variables	53
3.3.1.	Opérationnalisation des variables indépendantes.....	53
3.3.2.	Opérationnalisation des variables modératrices.....	54
3.3.3.	Opérationnalisation des variables dépendantes.....	54
3.3.4.	Grille d’entrevue	55
3.4.	Autres sources de données	55
3.4.1.	Données secondaires : triangulation méthodologique interne	55
3.4.2.	Données secondaires : triangulation théorique	57
3.5.	Plan d’analyse	57
3.5.1.	Analyse de contenu thématique	57
CHAPITRE 4 : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS		67
4.1.	Présentation des <i>verbatim</i>	67
4.1.1.	Détail des demandes contractuelles quantitatives	67
4.1.2.	Détail de l’organisation du travail.....	69
4.1.3.	Détail des ressources du travail.....	72
4.1.4.	Détail de l’épuisement professionnel.....	76
4.2.	Présentation des données secondaires	80
CHAPITRE 5 : DISCUSSION		86
5.1.	Synthèse de la démarche scientifique	86
5.2.	Contribution aux propositions de recherche	87
5.2.1.	Retour sur les propositions de recherche	88
5.2.2.	Interprétations alternatives	99
5.2.3.	Sommaire des conclusions : demandes contractuelles quantitatives	100
5.3.	Niveaux de convergences et de divergences théoriques	102
5.3.1.	Convergences et divergences : Modèles et théories.....	102
5.3.2.	Convergences et divergences : Indicateurs et recension	104
5.4.	Limites et pistes de réflexion	106
CONCLUSION		108
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES		110
ANNEXES		125

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Synthèse des facteurs du travail et individuels contribuant à l'EP.....	29
Tableau 2: Nature qualitative ou quantitative des études portant sur les facteurs de l'EP.	33
Tableau 3: Données sociodémographiques de l'échantillon	51
Tableau 4: Données de l'organisation du travail de l'échantillon.....	52
Tableau 5: Récapitulatif des indicateurs recodés.....	65
Tableau 6: Récapitulatif des données secondaires	82
Tableau 7: Conclusions quant aux associations des demandes contractuelles quantitatives	101

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Axes du modèle JDC 23
Figure 2: Modèle JDR..... 25
Figure 3: Modèle conceptuel de l'étude..... 37

LISTE DES ABBRÉVIATIONS

ASSS : Agence de santé et de services sociaux

C.c.Q. : Code civil du Québec

C.t. : Code du travail

CH : Centre hospitalier

CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée

CISSS : Centre intégré en santé et services sociaux

CIUSSS : Centre intégré universitaire en santé et services sociaux

CLSC : Centre local de services communautaires

CNESST : Commission des normes, de la santé et de la sécurité au travail

COR : *Conservation of resources* ou Conservation des ressources

CPNSSS : Comité patronal de négociations du secteur de la santé et des services sociaux

CSSS : Centres de santé et de services sociaux

EP : Épuisement professionnel

EPI : Équipement de protection individualisé

FIQ : Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec

IPS : Infirmière praticienne spécialisée

JDC : *Job demands-Control* ou Demandes-contrôle

JDCS : *Job demands-Control-Support* ou Demandes-contrôle-soutien

JDR : *Job demands-Resources* ou Demandes-ressources

L.n.t. : Loi sur les normes du travail

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

OIIQ : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

TAT : Tribunal administratif du travail

TSO : Temps supplémentaire obligatoire

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer ma plus profonde gratitude à mon directeur de recherche, Alain Marchand, pour ses conseils judicieux, ses retours constructifs et son soutien constant tout au long du processus de recherche. Son expertise et ses encouragements ont été essentiels à la réussite de ce mémoire.

Je suis également extrêmement reconnaissant envers les participantes qui ont généreusement consacré leur temps aux entretiens et partagé leurs expériences avec franchise. Sans leur volonté de témoigner, cette étude n'aurait pas été possible.

Mes sincères remerciements à l'Observatoire sur la santé et le mieux-être au travail (OSMET) et plus spécifiquement à ma collègue Marie-Ève Blanc pour le soutien logistique ainsi que le support moral, m'ayant permis de mener cette recherche dans des conditions optimales.

Je souhaite de plus remercier ma famille et mes amis pour leurs encouragements et leur patience tout au long de la démarche.

Enfin, un énorme merci à ma douce Amélie pour son œil critique, sa présence et sa compréhension sans lesquels je ne serai jamais venu à bout de ce mémoire.

INTRODUCTION

Au moment d'envisager ce projet de recherche, en 2021, de bien nombreuses questions surplombaient le milieu de la Santé et des services sociaux québécois. Effectivement, le contexte pandémique du coronavirus COVID-19 mettait alors en exergue un certain état de désuétude au sein du système sociosanitaire public. Nous avons pu constater que l'organisation de ce réseau semblait manquer de résilience face à l'accroissement de la demande en matière de soins de santé, notamment en exigeant davantage de ses employés, tant en matière de l'intensification de la charge de travail qu'au niveau des heures supplémentaires travaillées. Parallèlement à la croissance du temps de travail chez les infirmières, il a été observé que le taux d'absences au travail découlant de motifs de santé était également en augmentation. Dans un premier temps, ces faits nous poussent donc à se questionner sur les liens associant le temps de travail aux risques psychosociaux de la profession. Plus spécifiquement, nous en venons donc à l'objet de cette étude, soit d'élucider si le temps supplémentaire obligatoire est associé à l'épuisement professionnel chez les infirmières. Dans un second temps, nous nous intéressons au rôle potentiellement modérateur des modes d'organisation ainsi que de la disponibilité des ressources du travail prévalant durant la période visée.

Bien que plusieurs études et méta-analyses nous offrent un regard épidémiologique du syndrome de l'épuisement professionnel, aucune ne documente clairement les réalités vécues par les infirmières québécoises dans pareil contexte. C'est donc pourquoi nous avons effectué des entrevues individuelles auprès d'elles et les avons traitées à l'aide d'une analyse de contenu thématique. Ces données ont ensuite été triangulées via une revue de presse couvrant la période pandémique.

Enfin, ce mémoire de maîtrise se décline en 5 chapitres. Il débute avec une recension de la littérature scientifique pertinente à l'objet d'étude (1.) et enchaîne avec la problématique de recherche ainsi que le modèle d'analyse (2.). Ensuite, il détaille les tenants méthodologiques du projet (3.), présente les résultats qui en découlent (4.) et discute de ses conclusions (5.).

CHAPITRE 1 : OBJET DE LA RECHERCHE ET ÉTAT DES CONNAISSANCES

Ce chapitre initial se déclinera en trois sections permettant de jeter l'assise du présent mémoire. La première partie (1.1.) visera à détailler la question de recherche ainsi qu'à définir les objectifs de l'étude. La seconde (1.2.) ressassera l'étendue des connaissances pertinentes en la matière, en référant aux modèles théoriques qui les explicitent et aux articles scientifiques qui en valident l'usage. La troisième partie (1.3.), quant à elle, synthétisera cet état des connaissances et nous mènera vers la problématique visée.

1.1. Objet de la recherche

Ce mémoire a pour objet d'étude l'incidence des demandes organisationnelles sur la santé mentale des infirmières québécoises. Plus particulièrement, nous nous intéresserons aux interrelations existantes entre les exigences temporelles, tel que le temps supplémentaire obligatoire (ci-après nommé : « TSO ») du milieu du travail, et l'épuisement professionnel (ci-après nommé : « EP ») prévalant au cours de la pandémie de coronavirus COVID-19. Tel qu'il sera démontré au cours des sections qui suivront, les recherches antérieures nous permettent d'élucider plusieurs variables explicatives nous permettant de corrélérer ces construits.

En bref, d'une part, de nombreuses études explicitent les incidences négatives du TSO et de certaines autres pratiques organisationnelles sur la santé mentale et physique des travailleurs. D'autre part, l'EP a été étudié à de maintes reprises et nous permet d'avoir une connaissance extensive de ses ramifications sur diverses sphères de fonctionnement des infirmières, tant au travail qu'en dehors de celui-ci. Les éléments présentés à la section 1.2. nous outilleront afin de répondre à la question de recherche suivante :

« Le temps supplémentaire obligatoire est-il associé à l'épuisement professionnel des infirmières québécoises en période de crise sanitaire COVID-19 ? »

1.2. État des connaissances

Le but de cette section sera de mettre en relief la pertinence de s'intéresser aux divers éléments contextuels menant à l'émergence de l'EP. À cette fin, le présent mémoire présentera ces composantes selon une logique macro-micro soit en débutant avec une lentille contextuelle large, se rétrécissant progressivement jusqu'à se centrer sur l'expérience personnelle des travailleuses. Ainsi, en premier lieu, nous cadrerons, d'une part, la période sur laquelle la recherche portera et, d'autre part, son incidence sur l'organisation de la main-d'œuvre. En deuxième lieu, nous examinerons la recherche portant sur les caractéristiques du travail des infirmières québécoises, plus spécifiquement en détaillant les demandes contractuelles en matière d'horaire et de temps de travail. En troisième lieu, nous aborderons les enjeux de santé mentale qui gravitent le milieu de travail à l'étude, notamment en évoquant les connaissances actuelles quant à l'épuisement professionnel. Enfin, en quatrième lieu, nous détaillerons les modèles théoriques employés afin de mettre en lien ces éléments contextuels et nous permettant d'en faire la synthèse.

1.2.1. Contexte pandémique québécois et pénurie de main-d'œuvre

L'objectif de cette sous-section sera d'explorer les éléments-clés qui nous permettront d'expliquer comment le recours au temps supplémentaire obligatoire s'est progressivement imposé comme étant une solution aux difficultés endémiques liées à l'organisation du travail des infirmières et, dans un deuxième temps, comment est-ce que cette pratique mène ces travailleuses à développer des symptômes d'EP. Cette section spécifique portera donc sur les éléments contextuels de la pénurie de main-d'œuvre, soit la gestion de crise sanitaire par l'État québécois et ses incidences, les principes de gouvernance par décret et leur influence sur les relations de travail ainsi que les réformes du réseau de la santé des dernières décennies nous ayant mené à la situation actuelle.

1.2.1.1. Gestion de crise sanitaire

McCready et ses associées (2021) soulignent les nombreuses incidences de la pandémie sur les travailleuses québécoises du secteur de la santé et des services sociaux tout en répertoriant les modifications que la crise aura imprégnées sur l'organisation du travail. À cet égard, le gouvernement du Québec déclare l'urgence sanitaire le 13 mars 2020¹ et suspend, d'un arrêté ministériel, plusieurs processus établis de la gestion du personnel infirmier dès le 21 mars 2020. Plus spécifiquement, cette mesure accorde aux gestionnaires la liberté : « *d'annuler les libérations syndicales, [de] suspendre les griefs, [de] placer le personnel en invalidité en affectations adaptées, [de] suspendre les aménagements de travail consentis et [de] convertir les postes à temps partiel en temps complet* » (McCready et al., 2021, p.4). Parallèlement, les gestionnaires en contexte hospitalier se dotent dès lors de droits d'imposition d'horaires et de délestage, sans égard pour les titres d'emploi réguliers².

Parallèlement, l'accroissement marqué des cas d'infection de coronavirus COVID-19 implique une saturation des services du système public de santé et met en relief de nombreuses carences de ce dernier. L'accès aux ressources est alors, en mai 2020, en chute libre : manque d'équipement de protection individualisé (ci-après nommé : « EPI ») et : « *absence de quelque 6000 travailleuses pour cause d'infection, de retrait préventif ou de crainte d'être contaminées* » (McCready et al., 2021, p.5). Bien que de nombreux efforts gouvernementaux aux paliers fédéral³ et provincial⁴ ont été faits depuis pour combler ces lacunes, les piètres conditions de travail ont fait fuir de nombreuses infirmières vers le réseau privé, soit un accroissement de 43% de ce taux depuis le début de la pandémie, voire les a encouragées à effectuer des réorientations de carrière⁵. On ne peut d'ailleurs négliger les craintes liées au risque d'infection. À cet égard, une étude confirme que la perception du risque d'infection au coronavirus COVID-19 vient modérer la relation qui existe entre les demandes et les ressources au travail ainsi que la survenue de l'EP (Manzano Garcia et Ayala Calco, 2020). Ce constat est confirmé par la méta-analyse de Leo et al. (2021). Nous

¹ Décret du MSSS no222-2020

² Arrêté du MSSS no 2020-007

³ Emploi et Développement social Canada. (12 mai 2021). *Le gouvernement du Canada aide les infirmiers formés à l'étranger à faire reconnaître leurs titres de compétences et à trouver des emplois de qualité.* <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/nouvelles/2021/05/national-nurses-work--international-nurses-day-2021.html>

⁴ Arrêté du MSSS no 2020-015

⁵ Duchaine, G. (2021, 8 février). Fuite vers le privé. *La Presse.* <https://www.lapresse.ca/covid-19/2021-02-08/infirmieres/fuite-vers-le-prive.php>

reviendrons à cette modélisation à la section 1.2.4. En bref, il est possible de postuler que la réaction en chaîne explicitée ci-haut catalyserait la pénurie de main-d'œuvre chez les infirmières (McCready et al., 2021).

1.2.1.2. Gouvernance par décret et relations de travail

Par ailleurs, il importe de détailler ce qu'implique l'état d'urgence sanitaire mentionné ci-haut. Ce dernier, déclaré par le Ministère de la Santé et des Services sociaux (ci-après nommé : « MSSS ») en accord avec la *Loi sur la santé publique*, peut être mis en place lorsqu'une « menace grave à la santé de la population [...] exige l'application immédiate de certaines mesures [...] [pour la] protéger [...] »⁶. L'état d'urgence est renouvelable aux 10 jours⁷. Cette loi octroie d'ailleurs au gouvernement le pouvoir de « requérir l'aide de tout ministère ou organisme en mesure d'assister les effectifs déployés »⁸ et de « faire les dépenses et conclure les contrats qu'il juge nécessaires »⁹. Ces pouvoirs impliquent une extension du contrôle pouvant être exercé sur l'appareil public sociosanitaire et comprennent notamment l'abrogation du pouvoir de négociation des syndicats représentant les infirmières.

Il importe d'évoquer cette dernière notion, car les infirmières du réseau public de santé sont en grande majorité syndiquées. Effectivement, le taux de couverture syndicale s'élève à 82% chez les infirmières canadiennes (Statistiques Canada, 2022). En sol québécois, leurs affiliations aux conventions collectives régissant leur emploi sont arrivées à échéance au tout début de la pandémie, soit en mars 2020¹⁰. D'ailleurs les négociations intersectorielles, étroites et centralisées à l'échelle provinciale (Bilodeau et D'amours, 2020), portant sur leurs rapports synallagmatiques à l'État, prirent donc cours dans un climat tendu et laissant planer la menace d'imposition d'une convention collective, par décret gouvernemental (McCready et al., 2021). Bien qu'une nouvelle entente fut ratifiée en octobre 2021, cette période aura laissé franc jeu à l'État de remanier l'organisation du travail et d'abolir de nombreux acquis des infirmières quant aux balises encadrant l'exercice de

⁶ *Loi sur la santé publique, R.L.R.Q., c. S-2.2, art. 118*

⁷ *Loi sur la santé publique, R.L.R.Q., c. S-2.2, art. 119*

⁸ *Loi sur la santé publique, R.L.R.Q., c. S-2.2, art. 123, al. 6*

⁹ *Loi sur la santé publique, R.L.R.Q., c. S-2.2, art. 123, al.7*

¹⁰ *Convention collective*. (2016, 10 juillet). Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux et Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec-FIQ

leur profession (McCready et al., 2021). Nous reviendrons d'ailleurs sur les conditions d'organisation du travail des infirmières à la sous-section 1.2.2.

1.2.1.3. Réformes du réseau de la santé et organisation du travail

Ce bref portrait nous mène à se demander comment expliquer le déficit de ressources que sont le financement et les effectifs de main-d'œuvre. Un élément de réponse réside au niveau macro, soit en prenant en considération la chronologie des modifications structurelles du réseau public de la santé survenues au fil des dernières décennies et accentuant les effets de cette crise sanitaire. Notons à prime à bord le « *virage ambulatoire* » de 1995 (Tremblay, 1996), caractérisé par la décentralisation des services, par le désengagement de l'État via des compressions budgétaires ainsi que par une réduction substantielle du personnel chargé d'octroyer les soins (Lapointe et al., 2000). Puis, c'est avec le projet de loi 25¹¹ de 2003, aussi nommé *réforme Couillard*, que les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) furent mis sur pied, en centralisant les Centres locaux de services communautaires (CLSC), les Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et les Centres hospitaliers (CH). Ces institutions sont désormais supervisées par les Agences de santé et de services sociaux (ASSS), toujours dans une logique de réduction des dépenses étatiques par la fusion de leurs administrations. Les ASSS implémentent alors une gestion par reddition de compte, soit par le recours à des tâches de production de données statistiques de la part des infirmières et de leurs gestionnaires, visant l'atteinte d'objectifs épidémiologiques (Bourque et Quesnel-Vallée, 2014). De plus, cette réforme aura accru la proportion du financement allouée aux CH, médicalisé les problématiques de nature sociale, alourdi la part administrative du travail de soins et popularisé le recours aux agences privées en réaction à la pénurie de personnel infirmier (Bourque et Quesnel-Vallée, 2014). Enfin, le projet de loi 10¹² de 2015, aussi nommé *réforme Barrette*, aura consolidé cette centralisation en fusionnant les CSSS et ASSS à tous les établissements sociosanitaires d'une région donnée sous la tutelle des Centres intégrés en santé et services sociaux (CISSS) et Centres intégrés universitaires en santé et services sociaux (CIUSSS). Ces nouvelles et vastes institutions auront dès lors accentué le recours

¹¹ Projet de loi 25 devenu la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, L.Q. 2003, c. 21

¹² Projet de loi 10 devenu *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, L.Q. 2015, c. 1, maintenant R.L.R.Q., c. O-7.2

aux partenariats public-privé et à la sous-traitance des services tout en permettant à l'État de directement s'ingérer dans la nomination des conseils d'administration des établissements de santé et services sociaux (Benoit, 2015). On voit donc émerger une atteinte directe aux principes démocratiques de la gestion du personnel en milieu hospitalier ainsi qu'une décentralisation des processus décisionnels.

Plus concrètement, ces réformes auront donc largement contribué à la pénurie de main-d'œuvre infirmière et au manque de financement qui prévaut dans ce milieu, notamment en favorisant une gestion par reddition de compte et en ouvrant la porte à la privatisation (Bourque et Quesnel-Vallée, 2014 ; Benoit, 2015). L'abolition de nombreux postes de cadre durant les fusions et le déplacement des services administratifs, bien loin des réalités du terrain, participent d'ailleurs aux difficultés rencontrées dans l'appariement de l'offre et de la demande de services de soins (Benoit, 2015). En conséquent, ces divers motifs nous mènent présentement à la popularisation du recours au TSO.

1.2.2. Contexte organisationnel des infirmières

Bien que la sous-section précédente ait pu nous éclairer quant aux points d'origine du recours au TSO, il conviendrait de se pencher plus spécifiquement sur le contexte organisationnel dans lequel le travail des infirmières se profile, notamment en évoquant la pluralité des types de rapport d'emploi auxquels elles souscrivent, la typologie d'emploi qui prévaut dans ce secteur d'activité ainsi que les droits de gérance et les demandes contractuelles qui en découlent. Dans un second temps, la présente sous-section explorera en de plus amples détails ce en quoi consiste le temps supplémentaire et ses dimensions légales pour ensuite enchaîner en détaillant les éléments-clés du TSO et enfin conclure sur ses répercussions sur les travailleurs.

1.2.2.1. Rapports salariaux individuels et rapports collectifs

Les infirmières québécoises sont régies par plusieurs types de rapports contractuels encadrant l'exercice de leur prestation de travail. D'une part, le *Code civil du Québec* (ci-après : «

C.c.Q. ») régit les rapports individuels de travail, que ceux-ci consistent en un contrat de travail¹³ ou plutôt de service¹⁴. Cette distinction permet de déterminer si une infirmière donnée est qualifiée de salariée, aux yeux des lois du travail, ou plutôt de travailleuse autonome et permet d'expliquer certaines disparités de traitement qui seront détaillées au fil de cette section. D'autre part, du point de vue collectif, les infirmières du réseau public font typiquement partie d'associations accréditées de salariées¹⁵, aussi nommées syndicats. Cette désignation établit le régime de la convention collective, règlementant une part des demandes contractuelles. Nous nous pencherons sur ces diverses dénominations afin de départager les situations légales encadrant le travail des infirmières, notamment en ce qui a trait à l'imposition du TSO aux salariées, tout en prémunissant leurs consœurs, évoluant à titre de travailleuses autonomes, de telles pratiques.

a) Travail salarié et contrats de travail

Le rapport salarial repose sur le véhicule de la contractualisation. Le C.c.Q. établit le régime du contrat de travail et y pose l'assise des obligations synallagmatiques entre l'employeur et le salarié (Verge et Vallée, 1997). En d'autres mots, il comprend la transaction d'un exercice subordonné de prestation de travail, offerte personnellement par un salarié doté d'un devoir de loyauté, en retour de protections que l'employeur se doit de lui fournir, telles que la salubrité, la santé ainsi que la sécurité, tant financière qu'au sein du milieu de travail (Verge et Vallée, 1997). Parallèlement, le contrat de travail permet au salarié d'avoir accès à certaines normes substantives, telles que celles qui sont prévues à la *Loi sur les normes du travail* (ci-après : « L.n.t. »), soit des standards minimums, dont le salariat, la standardisation de la semaine normale de travail, les repos ou encore les congés. Enfin, il légitime les droits de gérance de l'employeur et structure son lien économique au salarié (Verge et Vallée, 1997). Présentement, le travail salarié est la forme la plus populaire d'emploi chez les infirmières œuvrant dans le réseau public (OIIQ, 2021).

Ainsi, le contrat de travail se décline en diverses configurations impliquant des modulations dans l'organisation du travail. Selon la typologie de Bourhis et Wils (2001), il importe de le détailler selon ses dimensions de date d'échéance, de nombre d'heure hebdomadaire impliqué ainsi

¹³ *Code civil du Québec*, R.L.R.Q., c. CCQ-1991, art. 2085

¹⁴ *Code civil du Québec*, R.L.R.Q., c. CCQ-1991, art. 2098

¹⁵ *Code du travail*, R.L.R.Q., c. C-27, art. 1, al. a) et b)

que des lieux sur lesquels la prestation de travail est effectuée. Cependant, aux fins de l'objet d'étude, nous ne nous pencherons que sur ses dimensions temporelles.

Premièrement, le contrat à durée indéterminée à temps complet fait référence à l'emploi dit *traditionnel*, voire *typique*, soit qu'on ne connaît pas sa date d'expiration, qu'il pourrait être qualifié d'emploi *permanent* et qu'il comprend des horaires réguliers (Bourhis et Wils, 2001). Ces horaires se répartissent généralement en semaines de 40 heures¹⁶ et garantissent une certaine prévisibilité du temps de travail (Cyr et al., 2019). Cependant, on assiste depuis plusieurs années à l'éclatement de ce modèle et à la popularisation du recours aux emplois dits *atypiques*, soit qui varient quant à : « *la durée du contrat de travail, [à] la durée du travail et [à] la diversification des lieux de travail [...]* » (Rossignol, 2017, p.17). Nous détaillerons brièvement ces variations ici-bas.

Deuxièmement, le contrat à durée indéterminée à temps partiel se distingue plutôt en ce qui a trait au temps de travail hebdomadaire (Bourhis et Wils, 2001). Ce type de contrat s'applique aux : « *salariée[s] qui travaille[nt] un nombre d'heures inférieur à celui prévu à [leur] titre d'emploi* » (Convention collective [FIQ], 2021, art. 1.03), soit, plus généralement, une semaine de travail de moins de 35 heures (Rossignol, 2017).

Troisièmement, les contrats à durée déterminée, à temps complet et à temps partiel, font plutôt référence à une variation dans la date d'expiration du lien d'emploi (Bourhis et Wils, 2001). Généralement, ces types de contrat sont employés par les gestionnaires du secteur de la santé lorsqu'il y a des besoins de main-d'œuvre à combler temporairement, sur des périodes fixes, tel que durant les congés pour cause de maladie ou lors de congés de maternité (Arrowsmith et Mossé, 2000). Cette catégorie de contrat comprend les travailleurs occasionnels ou sur appel.

b) Travail autonome et contrats de service

Le travail autonome fait plutôt référence au fait d'offrir une prestation de travail rémunérée par un client, en absence de lien de subordination. Ce type d'emploi accorde le statut d'entrepreneur indépendant au travailleur visé et le dépourvoit de nombreuses normes et protections substantives, tel que de l'application de la L.n.t. Il repose d'ailleurs sur des appels d'offre de service, auxquels les entrepreneurs indépendants peuvent répondre afin d'exercer la prestation de travail.

¹⁶ *Convention collective*. (2021, 10 octobre). Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux et Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec-FIQ

Afin de faciliter l'appariement à ces offres de service, certains travailleurs autonomes décident de passer par une tierce partie, soit les agences privées de placement de personnel. La fonction de ces agences est donc d'apparier ce louage de services à des entreprises clientes afin de combler des besoins ponctuels de main-d'œuvre (Bernier, 2011). À cet égard, ce serait bien 2781 infirmières qui évoluaient au sein de ces agences en date du 31 mars 2021, une croissance de 19% par rapport au taux de mars 2020 (OIIQ, 2021). Bien que ces fournisseurs de service soient tenus de garantir certaines normes qui s'appliquent normalement au sein du réseau, ils créent néanmoins une distorsion dans le droit de gérance de l'employeur étatique en créant une relation tripartite d'emploi. Cette dernière rend l'identification du véritable employeur floue et renverse l'applicabilité des lois du travail (Bernier, 2011). On constate dès lors d'une dégradation de l'équité en matière de la gestion de personnel, résultant en des tensions accrues sur le milieu du travail. À cet égard, évoquons le salaire des infirmières d'agence, nettement supérieur à celui de leurs consœurs du réseau public, ainsi que l'impossibilité de leur imposer du TSO¹⁷. Cependant, l'État québécois a, depuis, resserré certaines des règles entourant le recours aux agences afin d'aplanir certaines disparités de traitement entre les infirmières d'agence privée et celles du réseau public¹⁸.

c) Rapports collectifs

Le droit du travail québécois comporte en son sein un régime encadrant les rapports collectifs et ayant préséance sur le régime du contrat de travail. Ledit régime repose sur le *Code du travail du Québec* (ci-après nommé : « C.t. ») lorsqu'il concerne les champs de compétence relevant du gouvernement provincial, tel que celui de la Santé et des services sociaux. Le C.t. détaille les règles concernant l'accession à l'accréditation syndicale, l'adoption des premières conventions collectives et des suivantes, les droits et obligations concernant les grèves et les *lock-out*, les dispositions anti-briseurs de grève, le devoir de représentation syndicale ainsi que le monopole de représentation. Le paradigme de pluralisme industriel qui prévaut au Québec tend à supporter l'autonomie collective, soit qu'il permet aux parties prenant part à la relation d'emploi, les travailleurs syndiqués et leur employeur, d'établir par elles-mêmes les règles qui régissent leurs rapports. Parallèlement, cette autonomie collective stipule que les rapports collectifs sont autonomes du droit civil, soit qu'ils permettent d'avoir recours aux tribunaux spécialisés. En

¹⁷ Boily, D. et Gentile, Davide (2021, 16 septembre). Infirmières : hausse de 20 % vers les agences privées. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1824579/exode-hopitaux-temps-supplementaire-horaires-quebec>

¹⁸ *Arrêté du MSSS no 2021-017*

l'occurrence, c'est le Tribunal administratif du travail (ci-après nommé : « TAT ») qui, par le biais des arbitres de grief, a compétence pour juger de tout ce qui relève des conventions collectives, tel que prévu par le C.t.¹⁹.

Par ailleurs, les infirmières québécoises font pratiquement toutes partie d'unités d'accréditation syndicale et négocient leurs conditions de travail auprès du Comité patronal de négociations du secteur de la santé et des services sociaux (ci-après nommé : « CPNSSS »). Ces conditions comprennent notamment la rémunération globale, les tâches associées aux titres d'emploi réguliers ainsi que toute autre disposition pertinente aux fins de l'organisation de leur prestation d'emploi, tel que les demandes contractuelles dont la répartition des horaires en quarts de travail ou encore le recours au TSO. Pour les fins de cette étude nous ne nous pencherons que sur le syndicat exerçant le plus large monopole de représentation²⁰ sur les infirmières québécoises, soit la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (ci-après nommé : « FIQ »).

1.2.2.2. Typologie d'emploi

La profession infirmière présente de nombreuses particularités qui méritent d'être explicitées. Chapeauté par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (ci-après nommée : « OIIQ »), une infirmière donnée se doit d'être titulaire d'un permis d'exercice afin de pouvoir s'adonner à sa profession^{21,22}. À cet égard, mentionnons que le nombre de titulaires actives s'élève à 74 467 et que, de ces dernières, 84,5% évoluent dans le réseau public de la santé, en date du 31 mars 2021 (OIIQ, 2021). Par ailleurs, on notera que la proportion des hommes effectuant cette profession à pareille date n'était que de 11,6% (OIIQ, 2021) : pour des raisons qui apparaîtront évidentes, telles que la forte prévalence des femmes dans ce domaine ainsi que les enjeux liés à la juste et équitable représentation des réalités vécues par celles-ci, nous avons choisi d'exprimer l'entièreté de ce mémoire selon une nomenclature épicène.

Parallèlement, du point de vue de la typologie d'emploi, ce serait bien 64,4% de ces infirmières actives qui travaillent à temps complet (OIIQ, 2021), la proportion annualisée la plus

¹⁹ *Code du travail*, R.L.R.Q., c. C-27, art. 111.33.

²⁰ FIQ (2022). Combien de membres la FIQ représente-elle? FIQ Santé. <https://www.fiqsante.qc.ca/faq/combien-de-membres-la-fiq-represente-t-elle/>

²¹ *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, R.L.R.Q., c. I-8

²² *Code des professions*, R.L.R.Q., c. C-26

élevée, enregistrée à ce jour. À l'inverse, le corollaire de ces données est que 35,6% des infirmières québécoises actives travaillent à temps partiel, ce qui accentue la diversité des types d'horaire, avec lesquels les gestionnaires doivent composer (Bouffartigues et Bouteiller, 2002), complexifie le travail de gestion et réduit de façon considérable la stabilité au sein des équipes de travail (Shannon et French, 2005). Rappelons ici que ce chiffre aura été influencé par les modifications gouvernementales unilatérales aux contrats de travail, en réaction à la crise sanitaire (McCready et al., 2021). De plus, le niveau d'éducation vient jouer un rôle particulier dans ce milieu. On relève, toujours en date du 31 mars 2021, une proportion de 49,9% de ces titulaires qui détiennent au moins un baccalauréat en sciences infirmières, alors que les autres détiennent tout au plus un diplôme d'études collégiales en la matière (OIIQ, 2021). Parallèlement, le nombre d'infirmières praticiennes spécialisées (ci-après nommé : « IPS ») est en augmentation constante depuis l'implantation du programme de maîtrise en sciences infirmières, soit un total de 842 praticiennes en date du 31 mars 2021 (OIIQ, 2021).

Bien évidemment, le corps d'emploi infirmier comprend une multitude de titres réguliers balisés. Ces distinctions viennent jouer un rôle important dans l'organisation temporelle du travail. Effectivement, la répartition des tâches, l'assignation des postes et les horaires qui en découlent dépendent des titres réguliers assumés par les infirmières, en accord avec la *Loi concernant les conditions de travail dans le secteur public*²³. Rappelons ici que les balises associées aux libellés d'emploi sont typiquement négociées auprès du CPNSSS et que les ententes ratifiées prennent en considération une nomenclature unique quant aux titres d'emploi afin d'en déterminer les salaires et tâches²⁴.

1.2.2.3. Droit de gérance et demandes contractuelles

Il convient d'ailleurs d'évoquer les droits de gérance ou de direction qui s'appliquent à ce contexte en considérant la dualité des rôles de l'État, soit d'être à la fois législateur et employeur. La Commission des normes, de la santé et de la sécurité au travail (ci-après nommé : « CNESST ») définit le droit de gestion en évoquant « [le] droit de l'employeur de diriger ses travailleuses et

²³ *Loi concernant les conditions de travail dans le secteur public*, L.Q. 2005, c. 43

²⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1 avril 2012). *Nomenclature des titres d'emploi, des libellés, des taux et des échelles de salaire du réseau de la santé et des services sociaux*.
https://cpnsss.gouv.qc.ca/fileadmin/fichiers/Nomenclature/0.0_Nomenclature_2022-11-15.pdf

travailleurs et de prendre les décisions pour assurer la rentabilité de son entreprise et la bonne marche de ses affaires » (CNESST, s.d.). Ce droit est par ailleurs reconnu par les conventions collectives québécoises régissant la profession d'infirmière²⁵. Or, la dualité des rôles, mentionnée ci-haut, permet à l'État d'influencer les lois, normes et règlements encadrant la prestation de travail de ses employés afin de s'assurer de respecter les mandats qui le contraignent, tel que celui d'assurer la continuité des services sociosanitaires à la population²⁶ tout en budgétisant ses dépenses publiques. Or, les plus grands coûts associés au système de santé découlent des salaires devant être versés aux ressources humaines (Dubois et Dussault, 2002/3). Les vagues successives de rationalisation des masses salariales en santé, associées aux réformes précitées (Lapointe et al., 2000 ; Bourque et Quesnel-Vallée, 2014), impliquent donc que le MSSS soit forcé d'adopter des mesures visant l'amélioration de l'efficacité des services, tels que la réduction, la redistribution ou la substitution des effectifs de personnel ou encore la modification des modes de rémunération qui s'y applique (Dubois et Dussault, 2002/3). Ainsi, la réorganisation des effectifs de personnel sont supplémentées d'une réorganisation du travail et, conséquemment, d'une intensification de ce dernier (Rossignol, 2017). En d'autres mots, le droit de gérance s'applique à l'organisation du travail et cautionne la portée des demandes contractuelles dans l'atteinte les objectifs inhérents au système sociosanitaire.

Les demandes contractuelles portent à la fois sur les dimensions quantitatives du temps de travail, tel que les horaires de travail ainsi que le nombre d'heures travaillées, ainsi que sur les charges impliquées dans la prestation de travail. D'une part, les demandes quantitatives impliquent, dans le contexte du travail infirmier, une obligation de disponibilité au-delà des quarts de travail réguliers et comprennent donc le recours au temps supplémentaire, qu'il soit volontaire ou non. Effectivement, l'obligation de disponibilité réfère au fait d'être « *explicitement ou implicitement [...] disponible et en état de travailler hors de son temps de travail si l'employeur le [...] demande* » (Cyr et al., 2019, p.277). Cette demande spécifique étend l'emprise de l'employeur sur le temps personnel du salarié et rend imprévisible les moments qu'il devra consacrer à son labeur (Cyr et al., 2019). Or, l'irrégularité des horaires de travail ainsi que l'extensification des heures travaillées peuvent poser des risques importants pour la santé mentale des travailleurs (Marchand, 2004) et sur diverses sphères de fonctionnement dans lesquelles ils évoluent (Marchand, 2004 ; Marchand

²⁵ *Convention collective* [FIQ], 2021, art. 2

²⁶ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, R.L.R.Q., c. S-4.2, art. 2, 5, 7, 13, 100 et 101;

et al., 2005). Nous aborderons ces risques à la sous-section 1.2.2.5. D'autre part, les demandes contractuelles comprennent aussi la charge de travail. Plusieurs études tendent à démontrer que les vastes réformes du réseau public québécois des dernières décennies contribueraient à l'augmentation de la charge de travail aux dépens du temps y étant accordé, soit de l'intensification du travail infirmier (Dubois et Dussault, 2002/3 ; Benoit, 2015). Cette intensification découlerait entre-autres de l'augmentation de la charge de travail administrative via la reddition de compte (Lapointe et al., 2000), la réorganisation fréquente des modes de gestion telle que l'approche *Lean* (Laforest, 2011) ou encore, et plus simplement, du manque de personnel (Lapointe et al., 2000).

1.2.2.4. Temps supplémentaire et dimension juridique

Ces divers postulats nous mènent plus directement au recours au temps supplémentaire. Cette pratique organisationnelle consiste en l'extension des horaires sur une base journalière, typiquement en couvrant plus d'un quart de travail dit *normal*, d'une durée typique de 8 heures, ou sur une base hebdomadaire, réduisant les périodes durant lesquelles les travailleuses peuvent se reposer. Bien que les modalités du temps supplémentaire soient généralement comprises au cœur de la contractualisation, elles sont aussi négociées à même les rapports collectifs, soit au sein des ententes locales ou des conventions collectives nationales²⁷. Ainsi, le temps supplémentaire est encadré, au Québec, par la L.n.t. qui stipule qu'un salarié donné peut normalement faire prévaloir son droit de refus de travailler au-delà d'un certain seuil²⁸. Ces modalités sont donc négociées par les syndicats infirmiers, afin d'en limiter la portée. Cependant, en vertu de l'article 43 du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, « [à] moins d'avoir une raison grave, l'infirmière [...] qui fournit des soins et traitements à un client ne peut l'abandonner »²⁹. En d'autres mots, bien que la L.n.t. garantisse le critère décisionnel des travailleuses, cette dernière règle professionnelle offre une norme pouvant être revendiquée par l'employeur afin de procéder à l'imposition du TSO.

²⁷ *Convention collective* [FIQ], 2021, art. 19

²⁸ *Loi sur les normes du travail*, R.L.R.Q., c. n-1.1, art. 59.0.01

²⁹ *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, art. 43

À cet égard, la FIQ a récemment porté la question du TSO en audience auprès du TAT^{30,31}, qui a rejeté leur demande face à la prétention d'application du droit de gérance de l'employeur. La jurisprudence a, depuis, été renversée lorsque portée en Cour supérieure³².

1.2.2.5. Temps supplémentaire obligatoire

L'obligation de disponibilité définie ci-haut conduit parfois à l'imposition d'horaires, sans prise de compte de la volonté ou des ressources des travailleurs. Cyr et ses associées (2019) rappellent que le recours au TSO se définit par l'action de contraindre l'infirmière ayant le moins d'ancienneté d'une unité de travail donnée à travailler en temps supplémentaire. Un gestionnaire sondé au cours de cette étude explique que le processus d'imposition du temps supplémentaire débute par une demande acheminée aux infirmières travaillant déjà sur place, avant de réitérer cette injonction aux infirmières en temps partiel. En cas de refus, la gestion véhicule le besoin auprès de l'équipe des infirmières volantes pour enfin revenir aux travailleuses à temps complet de l'unité et imposer le TSO en fonction du critère d'ancienneté (Cyr et al., 2019).

À cet égard, le maintien du statut d'activité des infirmières auprès de leur Ordre professionnel est fréquemment remis en cause afin de dissuader les infirmières de refuser le TSO (Rogers et al., 2004). Ainsi, ces travailleuses « *sont souvent menacées d'être licenciées [ou] de subir des mesures disciplinaires [...] si elles refusent de faire du temps supplémentaire après leur quart de travail, ou si elles refusent de travailler pendant leurs journées de congé* » (Rossignol, 2017, p. 34). De plus, il importe d'évoquer la présence du TSO déguisé, soit découlant des pressions sociales vécues par les infirmières. À cet égard, une récente jurisprudence du TAT reconnaît que le temps supplémentaire, étant accepté par une infirmière donnée sous la contrainte de ne pas nuire à son équipe, ne revêtirait pas nécessairement un caractère libre et volontaire et relèverait plutôt de l'obligation que du consentement³³. Ainsi, bien qu'un rapport produit par Statistiques Canada nous permette de se faire une idée de l'ampleur du phénomène, les données

³⁰ Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec - FIQ c. Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux - CPNSSS, 2019 QCTAT 5434

³¹ Syndicat des professionnelles en soins des Cantons-de-l'Est - FIQ c. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, 2019 QCTAT 1912

³² Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec - FIQ c. Tribunal administratif du travail, 2022 QCCS 718

³³ Syndicat interprofessionnel du CHU de Québec – FIQ c. Centre hospitalier universitaire de Québec – CHU de Québec, 2014 QCTA 836

propres au recours au TSO sous-estiment probablement sa prévalence réelle. D'après celles-ci et à titre d'exemple, la moyenne des heures supplémentaires hebdomadaires chez les infirmières québécoises serait passée de 6,2 heures en mai 2019 à 16,9 heures en mai 2020 (Carrière et al., 2020).

1.2.2.5. Impacts du temps supplémentaire

Sur une autre note, la plupart des recherches en la matière confirment que l'extensification des horaires aurait des incidences négatives sur la santé mentale des infirmières (Bosek, 2001 ; Capitolo, Ankner et Miller, 2001 ; Curtin, 2002 ; Marchand, 2004 ; Watanabe et Yamauchi, 2018). Parallèlement, selon la méta-analyse de Bae et Fabry (2014), plusieurs études confirment que le temps supplémentaire entretiendrait une corrélation, tant négative, avec la qualité des soins et la satisfaction des patients à leur endroit (Caruso, 2014 ; Strimpfel et al, 2012) que positive avec la morbidité de divers symptômes chez ces patients et leurs infirmières (Kanai-Pak et al., 2008). À cet égard, le temps supplémentaire, autant lorsqu'il s'échelonne sur une durée de 12 heures ou plus de façon journalière ou plutôt au-delà de 40 heures de façon hebdomadaire, serait corrélé avec une augmentation du taux d'erreur dans les procédures médicales (Rogers et al., 2004). D'ailleurs, les irrégularités d'horaire qui sévissent dans l'organisation du travail des infirmières mènent à une porosité de leur temps de repos, ce qui diminue la qualité du sommeil et accroît les risques de fatigue chronique (Caruso, 2014 ; Garrett, 2009). Tour à tour, ces facteurs contribueraient à la survenue de symptômes d'EP, à l'absentéisme ainsi qu'à l'accroissement de l'insatisfaction quant au travail chez les infirmières (Aiken et al., 2001 ; Shannon et French, 2005 ; Zboril-Benson, 2002 ; Kanai-Pak et al., 2008 ; Watanabe et Yamauchi, 2018). L'irrégularité des horaires, quant à elle, résulterait en des externalités négatives sur la conciliation entre le travail ainsi que les sphères sociales et familiales (Marchand et al., 2005). De plus, tel qu'exprimé par une récente étude (Dall'Ora et al., 2015), il existerait un lien direct entre le temps supplémentaire en milieu hospitalier ainsi que la prévalence de l'EP chez les infirmières. Cette dernière étude stipule que les travailleuses assumant des quarts de travail de 12 heures ou plus sont davantage à risque de rapporter de l'EP que leurs consœurs effectuant des quarts de travail de tout au plus 8 heures. Plusieurs auteurs tendent à corroborer la relation qui existerait entre l'extensification du travail et le risque de la survenue de l'EP (Stimpfel et al., 2012 ; Kanai-Pak et al., 2008). Effectivement, les données de l'étude de Stimpfel et de ses associés (2012) explicitent cette relation en évoquant

qu'une augmentation des heures journalières au-delà d'un quart de travail de 9h multiplierait le risque de développer des symptômes d'EP par un facteur de plus de deux. Enfin, Dall'Ora et ses associés (2015) confirment que cette distinction, quant aux heures travaillées, porte plus spécifiquement sur les dimensions de l'épuisement émotionnel, de la dépersonnalisation ou du cynisme ainsi que du sentiment d'inefficacité. Ces données nécessitent une meilleure compréhension de ce en quoi consiste l'EP et c'est pourquoi la sous-section suivante étaiera ce construit.

1.2.3. Épuisement professionnel

Les divers éléments contextuels mentionnés ci-haut contribuent à la création d'un environnement de travail pouvant accentuer la prévalence du stress et de la détresse psychologique, culminant parfois en un complet désengagement des infirmières, face à leur emploi. Cette désaffiliation, plus concrètement, se positionne comme étant l'une des caractéristiques de l'EP dont nous ferons l'exposé ici-bas. Pour ce faire, la présente sous-section détaille la modélisation de l'EP de Maslach, sa prévalence, les comorbidités qui y sont associées ainsi que les facteurs sociodémographiques en cause, ses impacts personnels et, enfin, ses impacts organisationnels.

1.2.3.1. Modélisation de Maslach

L'EP est défini par Maslach et Leiter (2007) comme étant une condition psychologique distincte et multidimensionnelle, comprenant l'épuisement, le cynisme ainsi que le sentiment d'inefficacité, en réaction à des stressors chroniques au sein du milieu de travail. Cette modélisation est détaillée ici-bas.

a) L'épuisement

L'épuisement, à proprement parler, fait référence à la déplétion des ressources émotionnelles et physiques des travailleurs (Maslach et Leiter, 2007), en réaction à un stressor chronique. D'une part, sa composante physique peut se manifester en une multitude de troubles somatiques, tel que la perte de sommeil, d'énergie ou encore la haute pression sanguine (von Känel et al., 2020 ; Maslach, 2003 ; Maslach et Leiter, 2007). D'autre part, sa composante émotionnelle

se manifeste plutôt en de l'irritabilité et de la labilité émotionnelle ou encore en de l'apathie (Maslach et Leiter, 2007).

Bien que l'épuisement soit typiquement considéré comme étant la caractéristique la plus intimement liée au construit de l'EP, elle ne suffit pas pour confirmer la présence du syndrome. Effectivement, Maslach, Schaufeli et Leiter (2001) nous rappellent que l'épuisement n'est pas un état simplement expérientiel, mais plutôt que son apparition fasse émerger des comportements évitant face à la charge mentale que représente le travail. C'est donc ainsi qu'un travailleur donné peut tenter de compenser le stress vécu au travail via la dépersonnalisation, voire le cynisme, et faire éventuellement poindre le sentiment d'inefficacité (Taris et al., 2006 ; Cañadas-De la Fuente et al., 2018).

b) Le cynisme

Le cynisme réfère quant à lui à l'interprétation cognitive qu'un travailleur donné se fait quant à la nature de son travail, comprenant les perceptions négatives, hostiles voire excessivement détachées face à cette dernière (Maslach et Leiter, 2007). Dans un contexte où un travailleur octroie des soins, au sein du système de Santé et des services sociaux, cette dimension caractéristique de l'EP se manifeste parfois dans une dépersonnalisation des services offerts, dans un effort de distanciation face aux stressseurs (Maslach, Schaufeli et Leiter, 2001). En d'autres mots, la dépersonnalisation consiste en la négation des spécificités de la population ayant recours aux services ainsi qu'en son objectification, venant remplacer le contact de nature humaine par une relation davantage mécanique. On notera ici que les usagers pâtissent directement de cet appauvrissement de la qualité des soins. Cette distanciation suit typiquement l'épuisement dans certaines recherches portant sur l'EP (Maslach, Schaufeli et Leiter, 2001), quoique certains auteurs soient plus mitigés à cet égard (Demerouti, Nachreiner, et Schaufeli, 2001 ; Shirom, 1989).

c) Le sentiment d'inefficacité personnelle

La prévalence du sentiment d'inefficacité personnelle, ou encore de la réduction du sentiment d'accomplissement personnel, est plus complexe à évaluer que les deux dimensions précédentes. Le sentiment d'accomplissement personnel est indirectement défini par Maslow (1943), dans sa théorie de la motivation, comme étant un vecteur motivationnel poussant les individus à satisfaire le besoin qu'est celui d'auto-actualisation. À *contrario*, le sentiment

d'inefficacité peut émerger de contextes organisationnels imposant de fortes et constantes demandes sur le travailleur, résultant en l'épuisement et le cynisme (Maslach, Schaufeli et Leiter, 2001). Plus concrètement, l'inefficacité pourrait être illustré en évoquant une conception négative de la notion du soi, en réaction à des situations dévalorisantes (Cañadas-De la Fuente et al., 2013). Le sentiment d'accomplissement personnel en est donc influencé, car il est difficile pour le travailleur de se sentir efficace lorsqu'il y a déplétion de ses ressources internes ou lorsqu'il se sent indifférent face aux souffrances des populations auxquelles il octroie des soins. Maslach, Schaufeli et Leiter (2001) expliquent, de plus, que le sentiment d'inefficacité personnelle découle du manque de ressources, qu'elles soient émotionnelles ou matérielles, alors que l'épuisement et le cynisme émergeraient plutôt de la surcharge de travail et des conflits sociaux. Certains auteurs ajouteraient cependant que le binôme que constitue l'épuisement émotionnel et le cynisme serait le constituant principal de l'EP, alors que la dégradation du sentiment d'accomplissement personnel n'y serait rattachée que de façon distale (Demerouti, Nachreiner, et Schaufeli, 2001 ; Shirom, 1989).

1.2.3.2. Prévalence de l'épuisement, comorbidités et facteurs sociodémographiques

Une récente étude pancanadienne (Stelnicki et al., 2020) dresse un tableau assez préoccupant des risques psychosociaux encourus par les infirmières au cours de la pandémie. Bien qu'il existe des défis inhérents quant à toute méthodologie employant des questionnaires auto-rapportés, les résultats qui en découlent stipulent que ce serait, d'une part, 63,2% des infirmières canadiennes qui rapportent au moins quelques symptômes de l'EP. D'autre part, 29,3% des infirmières évoqueraient plutôt un niveau cliniquement significatif d'EP (Stelnicki et al., 2020). Parallèlement, les répondantes rapportant ce syndrome seraient significativement plus atteintes par divers troubles psychologiques comorbides, tel que l'état de stress post-traumatique, le trouble d'anxiété généralisé ou encore le trouble panique, que celles qui ne présentent pas d'EP (Stelnicki et al., 2020). Bien qu'on ne puisse inférer l'existence d'un effet causal entre l'EP et ces dernières conditions, la corrélation qui y est présente en est une qui demeure préoccupante. Ces résultats sont en phase avec ceux de bien d'autres études, alors que la littérature scientifique ne fait que croître à cet égard (Murat et al., 2021). Effectivement, Maunder et ses associés (2021) paraphent ce portrait en évoquant l'accroissement de l'EP dans le secteur de la santé durant la période pandémique. Leur revue de littérature nous permet de constater qu'entre 30 et 40% des travailleurs sociosanitaires canadiens, comprenant médecins, infirmières et autres professions, souffraient d'EP sévère au

printemps 2020. Toujours selon leurs données, cette proportion a continué de grimper jusqu'à atteindre un peu plus que 60% de ces travailleurs, au printemps 2021 (Maunder et al, 2021). Enfin, Murat et ses associés (2021) confirment que les infirmières ayant reçu un diagnostic positif d'infection au coronavirus COVID-19 sont davantage à risque de développer des symptômes d'EP.

Afin de mieux comprendre cette prévalence, il conviendrait donc d'évoquer les facteurs de risques pouvant être associés aux variables sociodémographiques. Bien que ceux-ci aient été étudiés de manière extensive, les résultats qui en découlent sont parfois contradictoires. Ainsi, certains auteurs affirment que la prévalence de l'EP diminue avec l'âge (Alacacioglu et al., 2009 ; Kanai-Pak et al., 2008 ; Qu et Wang, 2015 ; Stelnicki, 2020 ; Leo et al. 2021), alors que d'autres affirment plutôt que le risque de survenue d'EP augmente avec celui-ci (Losa Iglesias et al., 2010). Par ailleurs, les genres seraient différenciés quant à l'EP, avec une plus forte prévalence de l'épuisement émotionnel chez les femmes ainsi qu'une présence accrue du cynisme et de la dépersonnalisation chez les hommes (Alarcon et al., 2009 ; Cañadas-De la Fuente et al., 2013 ; Queiros et al., 2013 ; Leo et al. 2021). Cependant, la littérature scientifique demeure incertaine quant aux liens entre l'EP et le statut marital (Al-Turki et al., 2010 ; Maslach, Schafeli et Leiter, 2001 ; Maslach, 2003 ; Losa Iglesias et al., 2010) ainsi que la parentalité (Cañadas-De la Fuente et al., 2018 ; Qu et Wang, 2015 ; Coffey et Coleman, 2001 ; Queiros et al., 2013).

Aussi, de nombreux prédicteurs de l'EP se situeraient dans l'organisation du travail ainsi que dans la perception que se font les infirmières de leur environnement de travail. À ce titre, le nombre d'années d'expériences dans ce rôle professionnel serait positivement corrélé avec l'EP chez certains auteurs (Losa Iglesias et al., 2010), alors qu'il y serait négativement corrélé chez d'autres (Murat et al., 2021 ; Qu et Wang, 2015 ; Queiros et al., 2013; Stelnicki et al., 2020). Parallèlement, la satisfaction au travail serait un prédicteur de la survenue de l'EP chez les infirmières (Queiros et al, 2013 ; Kanai-Pak et al, 2008), tout comme le fait d'évoluer dans un rôle de gestion au sein de l'appareil sociosanitaire ou d'œuvrer à titre d'infirmière dans plus d'une institution à la fois (Queiros et al, 2013). Il en va de même pour le type de contrat ou de travail, les horaires ainsi que la charge de travail administratif associée à la prestation d'emploi (Cañadas-De la Fuente et al., 2013).

1.2.3.3. Impacts personnels de l'épuisement professionnel

Le syndrome d'EP contribue à une panoplie de complications qui alourdit l'état de santé des infirmières. Ainsi, de nombreuses études confirment que les travailleurs atteints sont souvent frappés de conditions psychosomatiques, telles que l'insomnie ou la fatigue généralisée, de troubles psychologiques comorbides, d'attitudes dysfonctionnelles, telles que l'hostilité, l'apathie et la méfiance, ou encore de problèmes comportementaux, tel que l'agressivité, l'irritabilité ou l'isolation sociale (Adriaenssens, De Gucht et Maes, 2012 ; Jansson-Fröjmark et Lindblom, 2011 ; Leape et al., 2012 ; Maslach, 2003 ; Maslach et Leiter, 2007 ; Ross, 2020). Plus spécifiquement, Jansson-Fröjmark et Linblom (2011) ainsi que Leo et al. (2021) confirment que l'insomnie serait positivement associée à la dimension de l'épuisement émotionnel. De plus, toutes les dimensions de l'EP entretiendraient une corrélation négative significative avec l'affect positif, la satisfaction quant aux conditions de vie ainsi que le bien-être rapporté (Qu et Wang, 2015).

Parallèlement, la survenue de l'EP a tendance à négativement influencer les relations familiales des travailleurs touchés. Ainsi, selon une étude, le niveau de conflit travail-famille est significativement corrélé à l'EP, alors que celui de conflit famille-travail n'y serait pas significativement lié (Burke et Greenglass, 2001). Cette interaction se manifeste en une plus haute prévalence des conflits sociaux et, ultimement, à la multiplication des externalités négatives de l'EP.

1.2.3.4. Impacts organisationnels de l'épuisement professionnel

Sur une autre note, l'EP a de sérieux impacts économiques et sociaux sur le monde du travail. Ainsi, cette condition est fortement associée à l'absentéisme et au roulement d'employé (Aiken et al., 2001) ou encore, lorsque les travailleurs de la santé demeurent en poste, à la perte de productivité, à l'érosion des relations interpersonnelles et à l'augmentation du taux d'erreur dans l'octroi des services, voire à un accroissement de la morbidité chez les patients traités (Maslach et Leiter, 2007 ; Garrett, 2009 ; Zboril-Benson, 2002 ; Aiken et al., 2002 ; Prapanjaroensin, 2017 ; Leo et al. 2021). Taris (2006) confirme d'ailleurs dans sa méta-analyse que la performance générale des travailleurs diminue lorsque ceux-ci sont atteints par ce syndrome. De plus, l'EP est qualifié de *contagieux*, soit qu'il tend à se propager au sein d'une unité de travail donnée, via les interactions informelles entretenues par ceux qui y travaillent (Maslach, Schaufeli et Leiter, 2001). Il devient

donc capital de mieux la comprendre afin d'endiguer ses externalités négatives sur le monde du travail.

1.2.4. Modèles théoriques

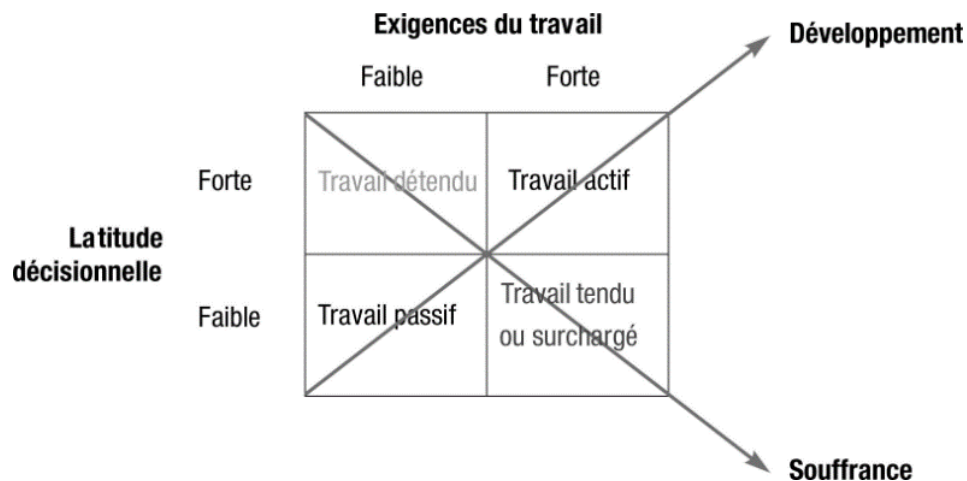
La présente sous-section présente le cadre analytique de notre étude. C'est en se basant sur les recommandations de Kompier (2002), quant à la recherche-intervention en matière de gestion du stress, que certains modèles théoriques furent visés, de par leur polyvalence ainsi que de leur complémentarité. Ainsi, la présente section détaillera les modèles Demandes-contrôle (ci-après nommé : « JDC ») (Karasek, 1979) et Demandes-contrôle-soutien (ci-après nommé : « JDCS ») (Karasek et Theorell, 1990) ainsi que la théorie de la Conservation des ressources (ci-après nommée « COR ») (Hobfoll, 1989) et le modèle Demandes-ressources (ci-après nommé : « JDR ») (Demerouti, Nachreiner et Schaufeli, 2001 ; Demerouti et Euwema, 2005).

1.2.4.1. Modèle Demandes-contrôle-(soutien)

L'approche interactionniste du JDC met en relation les demandes imposées par le travail, le niveau de latitude décisionnelle offert aux travailleurs ainsi que leurs incidences sur le stress professionnel (Karasek, 1979). Plus spécifiquement, les demandes associées à l'exécution des tâches au travail peuvent être définies en référant aux contraintes organisationnelles, soit l'intensité ou la quantité de labeur ainsi que le temps de travail, soit les demandes contractuelles, qui y est alloué, et à la nature des exigences portées sur les travailleurs, qu'elle soit comportementale, psychologique ou émotionnelle. Kristensen et ses associés (2004 ; 2006) approfondissent d'ailleurs les dimensions quantitatives des exigences du travail en évoquant la nécessité de départager le rythme avec lequel un travailleur accomplit ses tâches, soit l'intensification des demandes, des horaires qui y sont alloués, soit l'extensification de ces exigences, afin de s'assurer d'une meilleure validité de construit. En contrepartie, la latitude décisionnelle réfère au niveau de contrôle et à l'autonomie que les travailleurs peuvent exercer dans l'accomplissement des tâches, voire dans la détermination des processus employés pour atteindre les objectifs. Enfin, le stress est ici perçu comme étant une variable relationnelle dépendante du travailleur et de son contexte organisationnel

(van Wassenhove, 2014). Bien que le stress professionnel demeure distinct de l'EP, la plupart des modèles le considèrent comme étant l'un de ses précurseurs (Kompier, 2002 ; Kristensen et al., 2006 ; Maslach et Leiter, 2007). Ainsi, tel qu'illustré par la **Figure 1** ici-bas, le JDC départage les types d'emploi en fonction du dipôle exigences du travail-latitude décisionnelle. Toujours en se référant à cette figure, le modèle peut être décomposé en quatre situations organisationnelles dont la combinaison de fortes demandes et de faible latitude décisionnelle, soit le travail tendu. Les combinaisons *faible-faible* et *forte-forte* mènent typiquement au développement des travailleurs, alors que l'inadéquation entre les exigences et la latitude est plutôt caractérisée par du stress professionnel (Chapelle, 2018).

Figure 1: Axes du modèle JDC³⁴



À cet égard, Aronsson et ses associés (2017) ont conduit une méta-analyse afin de détailler les tenants de la relation entre le couple des fortes demandes du travail et de la faible latitude décisionnelle, aussi qualifié de situation de travail tendu ou de *job strain*, ainsi que l'épuisement émotionnel qui en découle. Ils y concluent que la faible latitude décisionnelle, voire le contrôle réduit d'un travailleur sur sa prestation de travail, serait modérément relié à l'épuisement

³⁴ Source : Chapelle, F. (2018). *Risques psychosociaux et Qualité de Vie au Travail: en 36 notions*. Paris: Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.chape.2018.01.0107>

émotionnel. Parallèlement et selon d'autres auteurs, les contextes organisationnels de type *job strain* seraient fortement associés à l'EP (Ahola et Hakanen, 2007).

D'autre part, le JDCS ajoute la variable modératrice du soutien social au travail dans cette équation (Karasek et Theorell, 1990). Cette variable comprend le soutien organisationnel octroyé par les gestionnaires et les pairs ou encore le soutien de la famille, hors-travail (van Wassenhove, 2014). Cette variable fait donc référence au bassin de ressources relationnelles dans lequel un travailleur peut puiser afin de faire face au stress professionnel et, ainsi, mitiger les effets de ce dernier. De nombreuses études ont d'ailleurs démontré que l'absence de pareille stratégie de *coping* aurait des incidences négatives sur la santé mentale, en contexte de travail tendu, l'affublant du terme *iso-strain* (Chapelle, 2018). Par ailleurs, il existerait un certain isolement social généré par l'évitement des interactions qui est demandé des infirmières afin de limiter les risques de contagion. (El-Hage, 2020 ; Murat et al., 2021). Ce dernier contribuerait à l'amenuisement des rapports sociaux et, par extension, à la déplétion des ressources sociales hors-travail.

À cet égard, toujours selon la méta-analyse d'Aronsson et al. (2017), il existerait de fortes associations entre le faible soutien social au travail et l'épuisement émotionnel. Plus spécifiquement, le faible soutien des pairs ainsi que le faible soutien du gestionnaire seraient tous les deux corrélés aux dimensions de l'épuisement émotionnel et de cynisme de l'EP (Aronsson et al., 2017). Enfin, une récente étude qualitative soutient que le soutien social des collègues contribuerait à réduire la pénibilité du travail ainsi que du stress professionnel (Gamble et al. 2022).

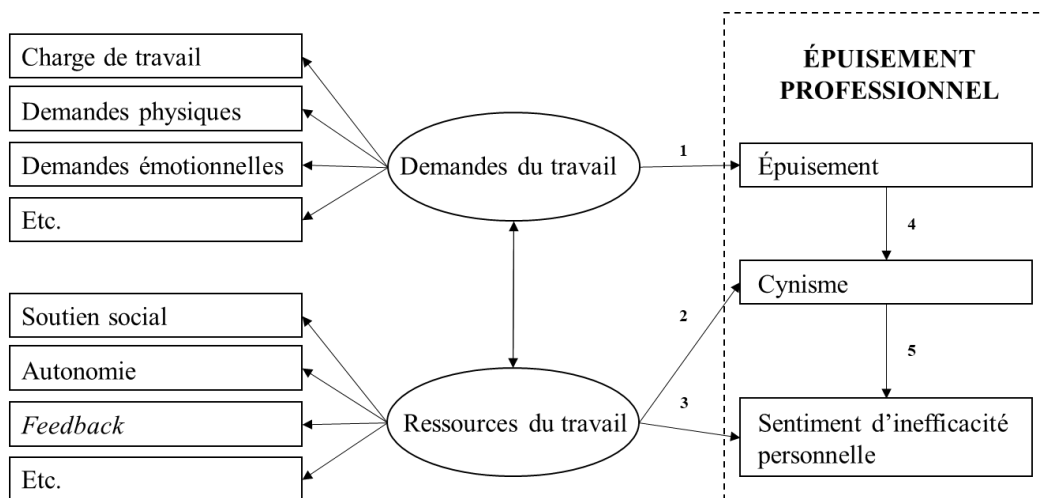
1.2.4.2. Théorie de la Conservation des ressources et modèle Demandes-ressources

L'approche théorique COR a pour assise le besoin psychologique d'acquérir, de maintenir et de créer des ressources dans lesquelles il existerait une valeur, qu'elle soit intrinsèque ou extrinsèque (Hobfoll, 1989 ; Hobfoll, 2002). Le stress y est perçu comme étant la réaction d'un individu face à son environnement, selon trois contextes : lorsque les ressources sont menacées, lorsqu'elles sont perdues ou lorsque les efforts ne permettent plus d'en générer. Les ressources y sont définies comme étant des objets, soit de l'équipement ou un confort matériel, des caractéristiques personnelles, soit la présence ou l'absence de résilience et de traits de personnalité spécifiques, des conditions, soit de santé et de statut social ou encore de l'énergie, soit le temps investi au travail et la santé financière (Hobfoll, 1989). Ainsi, les ressources délimitées par le COR

expliqueraient la capacité d'un individu donné à faire face au stress, soit qu'une personne plus résiliente aurait accès à un plus vaste bassin de ressources.

L'interrelation à la racine du COR, entre les exigences du travail, les ressources auxquelles un travailleur a accès et l'apparition de symptômes d'EP, est opérationnalisée au sein du modèle JDR. Ce dernier affirme, d'une part, qu'il existerait une relation positive entre la dimension d'épuisement et les exigences du travail ainsi que, d'autre part, une relation négative entre les ressources mentionnées ci-haut ainsi que le cynisme et le sentiment d'inefficacité (Bakker et al., 2003). Parallèlement, c'est en accord avec le COR que Bakker et De Vries (2020) lient plus étroitement les caractéristiques personnelles des travailleurs ainsi que les stratégies de *coping* qui y sont associées comme ressources ayant une influence sur la survenue de symptômes d'EP. Ces relations sont illustrées à la **Figure 2** ici-bas.

Figure 2: Modèle JDR³⁵



Enfin, tel qu'expliqué par Alarcon (2011) ainsi que par Demerouti et Euwema (2005), la juxtaposition d'un accès réduit aux ressources et l'imposition de demandes élevées par le travail tend à accroître le recours à du *coping* mésadapté, résultant ultimement à la survenue de symptômes

³⁵ Source : Traduction libre de Bakker, A. B., Demerouti, E., Taris, T. W., Schaufeli, W. B. et Schreurs, P. J. G. (2003). A Multigroup Analysis of the Job Demands-Resources Model in Four Home Care Organizations. *International Journal of Stress Management*, 10(1), 16-38. <https://doi.org/10.1037/1072-5245.10.1.16>

d'EP. La déplétion des ressources mène successivement à la perte d'énergie et à l'épuisement émotionnel, puis au cynisme ainsi que, en dernier lieu, au sentiment d'inefficacité (Hobfoll et al., 1990). C'est ce qu'on appelle la spirale de déplétion des ressources, expliquant la dégradation de l'état psychologique propre à la survenue de l'EP (Wright et Hobfoll, 2004).

1.3. Synthèse des connaissances

En matière de pratiques organisationnelles, le contexte de crise sanitaire vient brouiller les relations du travail. Depuis mars 2020, le système public québécois de la santé a été contraint à transformer son offre de service afin de juguler les effets néfastes découlant du coronavirus COVID-19. Étant aux prises avec un fort roulement d'employés, accru par la maladie et la détérioration des conditions de travail, ainsi qu'avec l'augmentation de la charge de travail de soin, les gestionnaires de ce réseau ont pu évoquer les décrets ministériels d'urgence pour unilatéralement modifier l'organisation du travail et imposer le TSO. En pratique, cette stratégie, visant à limiter les bris de service en milieu hospitalier, aura alourdi la prestation de travail des infirmières, résultant en un accroissement de la prévalence des symptômes d'EP. Cette conceptualisation entre donc en adéquation avec les modèles mentionnés ci-haut.

À cet égard, tel qu'évoqué par le JDCS, on pourrait qualifier le travail infirmier comme étant de type *iso-strain*, soit de travail tendu avec carence de soutien social. Effectivement, les exigences professionnelles y sont élevées, comprenant l'intensification du travail, soit la surcharge de travail découlant d'une pénurie de main-d'œuvre ainsi que d'un déficit en financement, et l'extensification de celui-ci, soit l'imposition du TSO ou, plus généralement, de l'obligation de disponibilité et des irrégularités d'horaire. L'autonomie des travailleuses et leur latitude décisionnelle y sont diminuées, notamment par les mécanismes de gestion du personnel qui prévalent durant cette période, par le contexte d'état d'urgence sanitaire ou encore par la fin de la couverture de la *Convention collective* 2016-2020 du FIQ³⁶. À ce titre, évoquons la gestion par reddition de compte, la centralisation des prises de décision au mépris des expertises locales, ainsi que le délestage sans égard pour les titres réguliers. De plus, le soutien social est négativement

³⁶ *Convention collective*. (2016, 10 juillet). Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux et Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec-FIQ

affecté tant au sein du milieu de travail, pour cause de crainte vis-à-vis des risques d'infection. D'une part, l'éclatement des horaires, la mobilité inter-équipes ainsi que les délestages auront contribué à l'amenuisement du soutien social au travail, tant avec les pairs qu'avec les gestionnaires. D'autre part, l'imposition du surtemps vient nuire à la conciliation travail-famille et pourrait avoir de sérieuses conséquences sur la qualité des relations sociales hors-travail des infirmières.

La théorie du COR nous fournit aussi des explications pertinentes pour exposer les difficultés, en matière de santé mentale, vécues par les infirmières du réseau public de santé. Sa description de diverses ressources permet effectivement d'illustrer les divers facteurs contribuant aux manifestations des symptômes de l'EP. Ainsi, on conçoit rapidement que la gestion du personnel au fil de la pandémie aura pu contribuer à l'apparition d'une spirale de déplétion des ressources chez ces travailleuses. À cet égard, évoquons une diminution de l'accès à la ressource *objet*, soit le manque de financement des soins et les carences en matière d'EPI ainsi que la dégradation de la ressource *condition*, comprenant la détérioration de la santé générale des infirmières, aux prises avec de forts risques d'infection, de l'érosion de leur santé mentale, face à la surcharge de travail, ou encore de la perte en pertinence des statuts d'ancienneté face au recours accru aux travailleuses d'agence privée. De plus, il importe d'évoquer les modulations de la ressource *niveau d'énergie*, manifestée par les symptômes de fatigue et d'épuisement, ainsi que du temps requis par le travail, au fil d'horaires imposés et de vacances tronquées. Avec la diminution de ces ressources, on voit donc émerger le risque d'un accroissement de l'épuisement émotionnel qui, tour à tour, fait poindre le cynisme et le sentiment d'inefficacité, typiques à l'EP.

En bref, la littérature scientifique nous permet d'employer les modèles détaillés ci-haut afin de mettre en relief les variables clés qui seront pertinentes au sujet d'étude. Cette recension de littérature a été effectuée jusqu'au mois de juin 2022, lorsque la fin de l'état d'urgence sanitaire a été décrétée³⁷. Cette recension est donc détaillée au **Tableau 1**, ci-dessous, regroupant leur contenu selon des catégories qui seront employées aux chapitres subséquents. À ce titre, le tableau en question sépare ces études selon les nomenclatures des modèles JDR, COR et JDCS, soit qu'elles portent sur les ressources du travail, l'organisation du travail, les demandes contractuelles ou plutôt

³⁷ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (7 juin 2022). *Rapport d'événement sur l'état d'urgence sanitaire lié à la pandémie de la COVID-19* (publication no 22-210-17W). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003399/>

sur les facteurs individuels contribuant à la survenue de l'EP, tel que les données sociodémographiques. Nous départageons de plus les études qualitatives de celles qui sont quantitatives au sein du **Tableau 2**. Ce dernier nous outillera afin de revenir sur la pertinence de la présente étude (2.2.) dans un contexte où la plupart des connaissances sur le sujet ont une perspective quantitative.

Tableau 1: Synthèse des facteurs du travail et individuels contribuant à l'EP

FACTEURS	AUTEURS	RELATIONS OBSERVÉES
Ressources du travail		
Latitude décisionnelle	Aronsson et al. (2017)	Relation négative modérée entre latitude décisionnelle et épuisement émotionnel
Soutien social au travail	Aronsson et al. (2017), Coffey et Coleman (2001), Marchand et al. (2005), Gamble et al. (2022)	Soutien social au travail diminue l'EP, relation négative entre soutien social et épuisement émotionnel et cynisme. Soutien social modère la détresse psychologique Soutien social des pairs diminue davantage l'EP et le stress professionnel
Ressources du travail, en général	Alarcon (2011), Manzano Garcia et Ayala Calco (2020)	Couples demandes élevées et ressources basses sont prédicteurs de l'EP, carence de ressources matérielles associée à l'EP
Rétribution pécuniaire et reconnaissance	Aronsson et al. (2017)	Relation positive entre basse reconnaissance et épuisement émotionnel
Insécurité d'emploi	Aronsson et al. (2017), Burke et Greenglass (2001)	Relation positive entre insécurité d'emploi et épuisement émotionnel
Organisation du travail		
Adéquation des effectifs de personnel	Aiken et al. (2001), Burke et Greenglass (2001), Kanai-Pak et al. (2008), Losa Iglesias et al. (2010), Manzano Garcia et Ayala Calco (2020), Qu et Wang (2015), Queiros et al. (2013), Watanabe et Yamauchi (2018)	Carence de personnel est positivement corrélé à l'EP, nombre d'infirmière approprié est négativement corrélé à l'EP
Charge de travail	Aronsson et al. (2017), Burke et Greenglass (2011), Cañadas-De la Fuente et al. (2013), Manzano Gacia et Ayala Calco (2020), Leo et al. (2021)	Relation positive modérée entre charge de travail et épuisement émotionnel et cynisme. Charge de travail administratif est positivement corrélé à l'EP. Surcharge de travail est positivement associé à l'EP

FACTEURS	AUTEURS	RELATIONS OBSERVÉES
Type d'unité de travail	Al-Turki et al. (2010), Cañadas-De la Fuente et al. (2013), Murat et al. (2021), Stelnicki et al. (2020), Leo et al. (2021)	Type d'unité de travail modère l'EP, soins intensifs et d'urgence sont davantage corrélés à l'EP
Situation de travail tendu (<i>job strain</i>)	Ahola et Hakanen (2007), Alarcon (2011)	Travail tendu est prédicteur de l'EP
Demands contractuelles quantitatives		
Durée du temps de travail journalier	Dall'Ora et al. (2015), Stimpfel et al. (2012), Watanabe et Yamauchi (2018)	Durée du temps de travail est positivement corrélé à l'EP et à ses dimensions, est positivement corrélé aux impacts négatifs sur la santé mentale
Horaires par quarts	Cañadas-De la Fuente et al. (2013), Caruso (2014), Stimpfel et al. (2012), Watanabe et Yamauchi (2018)	Les types d'horaire modèrent l'EP. Les horaires par quarts sont positivement corrélés à la fatigue et à la survenue de maladies chroniques.
Régularité d'horaire	Kanai-Pak et al. (2008), Marchand (2004), Marchand et al. (2005)	Régularité d'horaire est négativement corrélé à l'EP. Irrégularité d'horaire est corrélé à la détresse psychologique
Contractualité : temps plein et partiel	Burke et Greenglass (2001)	Temps plein est prédicteur de l'EP
Temps supplémentaire	Bae et Fabry (2014), Stimpfel et al. (2012), Watanabe et Yamauchi (2018), Dall'Ora et al. (2015)	Temps supplémentaire est positivement corrélé à l'EP et à ses dimensions, est positivement corrélé aux impacts négatifs sur la santé mentale
Temps supplémentaire obligatoire	Aucune	
Facteurs individuels		
Âge	Aiken et al. (2002), Alacacioglu et al. (2009), Al-Turki et al. (2010), Cañadas-De la Fuente et al. (2013), Coffey et Coleman (2001), Maunder et al. (2021), Murat et al. (2021), Qu et Wang (2015), Queiros et al. (2013), Stelnicki et al. (2020), Watanabe et Yamauchi (2018), Leo et al. (2021)	Âge est positivement associé à l'EP chez certains auteurs, alors qu'elle y est négativement associé chez d'autres

FACTEURS	AUTEURS	RELATIONS OBSERVÉES
Genre	Ahola et Hakanen (2007), Aiken et al. (2002), Al-Turki et al. (2010), Cañadas-De la Fuente et al. (2013), Stelnicki et al. (2020), Watanabe et Yamauchi (2018), Leo et al. (2021)	Genre est associé aux 3 dimensions de l'EP. Le fait d'être femme est davantage associé à l'épuisement émotionnel, alors que celui d'être homme est davantage associé au cynisme et à la dépersonnalisation.
Années d'expérience en tant qu'infirmière	Al-Turki et al. (2010), Cañadas-De la Fuente et al. (2013), Coffey et Coleman (2001), Kanai-Pak et al. (2008), Losa Iglesias et al. (2010), Maunder et al. (2021), Murat et al. (2021), Qu et Wang (2015), Queiros et al. (2013), Stelnicki et al. (2020), Watanabe et Yamauchi (2018)	Années d'expérience en tant qu'infirmière entretient une relation positive à l'EP chez certains auteurs ou négative chez d'autres.
Statut marital	Al-Turki et al. (2010), Cañadas-De la Fuente et al. (2013), Coffey et Coleman (2001), Losa Iglesias et al. (2010), Murat et al. (2021), Qu et Wang (2015), Queiros et al. (2013), Leo et al. (2021)	Statut marital est associé à l'EP chez certains auteurs, alors qu'il n'entretient aucun lien chez d'autres.
Parentalité	Cañadas-De la Fuente et al. (2013), Coffey et Coleman (2001), Murat et al. (2021), Qu et Wang (2015), Queiros et al. (2013)	Parentalité est positivement associée à l'EP chez certains auteurs, alors qu'elle y est négativement associée chez d'autres
Niveau général de satisfaction au travail	Aiken et al. (2002), Qu et Wang (2015), Stimpfel et al. (2012),	Satisfaction basse est corrélée à l'EP et à ses 3 dimensions
Personnalité	Alarcon et al. (2009), Cañadas-De la Fuente et al. (2013),	5 facteurs du FFM modèrent significativement l'EP et ses 3 dimensions, personnalité modère l'EP
Attitudes organisationnelles	Alarcon (2011)	Attitude organisationnelle inadaptable est prédicteur de l'EP
Comorbidités psychologiques et physiologiques	Ahola et Hakanen (2007), Jansson-Fröjmark et Lindblom (2011), Stelnicki et	Réciprocité entre EP et symptômes dépressifs, relation positive entre insomnie et épuisement émotionnel,

FACTEURS	AUTEURS	RELATIONS OBSERVÉES
	al. (2020), von Känel et al. (2020), Leo et al. (2021)	relation positive entre comorbidités (ÉSPT, troubles dépressifs, trouble d'anxiété généralisée et trouble panique) et EP. Corrélation positive entre EP et haute pression sanguine.

Tableau 2: Nature qualitative ou quantitative des études portant sur les facteurs de l'EP

ÉTUDE	Type de devis de recherche	
	Quantitatif	Qualitatif
Ressources du travail		
Alarcon (2011)	X	
Aronsson et al. (2017)	X	
Burke et Greenglass (2001)	X	
Coffey et Coleman (2001)	X	
Gamble et al. (2022)		X
Manzano Garcia et Ayala Calco (2020)	X	
Marchand et al. (2005)	X	
Organisation du travail		
Ahola et Hakanen (2007)	X	
Aiken et al. (2001)	X	
Al-Turki et al. (2010)	X	
Cañadas-De la Fuente et al. (2013)	X	
Kanai-Pak et al. (2008)	X	
Leo et al. (2021)		X
Losa Iglesias et al. (2010)	X	
Murat et al. (2021)	X	
Qu et Wang (20015)	X	
Queiros & al. (2013)	X	
Stelnicki et al. (2020)		X
Demandes contractuelles quantitatives		
Bae et Fabry (2014)	X	
Caruso (2014)	X	
Dall'Ora et al. (2015)	X	
Marchand (2004)	X	
Stimpfel et al. (2012)	X	
Watanabe et Yamauchi (2018)	X	
Facteurs individuels		
Alacacioglu et al. (2009)	X	
Maunder et al. (2021)	X	
Jansson-Fröjmark et Lindblom (2011)	X	
von Känel et al. (2020)	X	

CHAPITRE 2 : PROBLÉMATIQUE ET MODÈLE D'ANALYSE

Le deuxième chapitre comprend la problématique ainsi que la question de recherche (2.1.), la pertinence de cette étude pour les relations industrielles (2.2.), le modèle d'analyse et la conceptualisation de la recherche (2.3.) ainsi que les propositions de recherche en découlant (2.4.).

2.1. Problématique et question de recherche

La section de la synthèse des connaissances nous permet donc d'explorer les variables que sont le TSO et l'EP sous un nouvel angle. On sait d'ores et déjà que ces deux sujets sont d'une importance certaine de par leurs répercussions variées. D'une part, le TSO est vivement décrié au sein des milieux hospitaliers, alors que, d'autre part, l'EP a de sérieuses répercussions sur la santé des travailleurs, tant psychologique que physiologique, ainsi que sur la continuité et la qualité des soins octroyés aux usagers des hôpitaux. Par ailleurs, la plupart des interventions mises en place au sein des dernières années et visant à réduire la prévalence de l'EP se sont avérées infructueuses (Dreison et al., 2018), nécessitant une meilleure compréhension des facteurs contribuant à son émergence et à son maintien. Le présent mémoire vient donc s'insérer dans la littérature scientifique en s'axant sur les recommandations de Kompier (2002), qui rappelle que notre compréhension des enjeux qui sont associés à l'EP devrait davantage découler de contenus qualitatifs explicitant les raisons pour lesquelles ce syndrome survient dans des contextes spécifiques plutôt que d'autres. Ce serait effectivement en rattachant ces connaissances théoriques aux réalités objectivables et vécues par les infirmières qu'il serait possible d'émettre des recommandations en matière de politiques publiques, voire d'organisation du travail, pouvant avoir un effet réel sur ce milieu d'emploi. Ce raisonnement nous mène donc à la question de recherche suivante :

« Le temps supplémentaire obligatoire est-il associé à l'épuisement professionnel des infirmières québécoises en période de crise sanitaire COVID-19 ? »

En d'autres termes, l'objectif de cette recherche est de faire émerger les clés de compréhension quant à la portion quantitative des demandes contractuelles, tel que définie par Kristensen et al. (2004 ; 2006), et de son incidence sur la santé mentale. Dans un second temps, cette compréhension pourra ultimement aiguiller la recherche subséquente et étayer le corpus littéraire influençant les modes d'organisation du travail au sein du système public de santé québécois. Pour ce faire, les modèles détaillés précédemment nous serviront de cadre explicatif, notamment en mettant en relief l'interaction des demandes et ressources du travail ainsi que de l'EP. Nous reviendrons au cadre de référence, au modèle conceptuel et aux variables choisies pour l'analyse à la section 2.3 ainsi qu'aux propositions de recherche de la section 2.4.

2.2. Pertinence de l'étude en relations industrielles

Cette recherche est ancrée dans le domaine des relations industrielles de par l'intérêt qu'elle porte aux questions de l'organisation du travail et de ses répercussions sur les professionnels. D'une part, le contexte pandémique aura mis en relief diverses lacunes quant à la gestion de personnel qui s'appliquent au secteur sociosanitaire québécois, tant en ce qui a trait aux demandes physiques, psychologiques ou même contractuelles. D'autre part, les questions entourant le bien-être ainsi que la santé mentale au travail sont amalgamées à l'étude de la Santé et de la sécurité au travail, soit une orientation assujettie au champ des relations industrielles. Bien que certains auteurs (Bae et Fabry, 2014 ; Dall'Ora et al., 2015 ; Stimpfel et al., 2012 ; Watanabe et Yamauchi, 2018) se soient penchés sur l'associativité entre les demandes contractuelles quantitatives et l'épuisement professionnel, ce lien demeure relativement peu exploré. D'une part, la très grande majorité de ces recherches sont de nature quantitative, tel que démontré par le **Tableau 2**. D'autre part, aucune étude ne porte directement sur le lien entre le TSO et l'EP. Or, tel qu'exprimé par Kompier (2002), les facteurs contribuant à la survenue et au maintien des symptômes de l'EP nécessiteraient d'être qualitativement étudiés afin de voir émerger de nouvelles stratégies d'intervention pour les gestionnaires du réseau sociosanitaire. C'est donc ce à quoi ce mémoire répond, en adéquation avec le champ d'étude duquel il émerge.

2.3. Modèle d'analyse

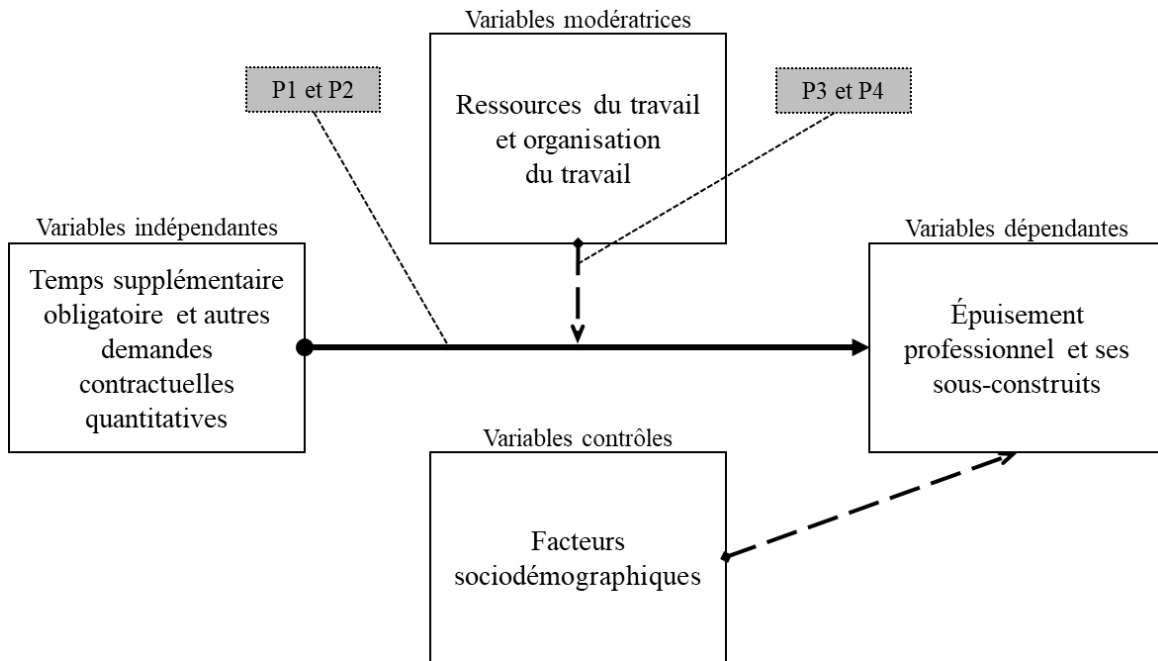
La présente section comprend le modèle conceptuel de recherche ainsi que les variables qui y figurent. En premier lieu, le modèle conceptuel de recherche dressera un portrait des interrelations envisagées entre l'EP, le TSO ainsi que leurs facteurs en illustrant celles-ci d'une figure. Puis, en deuxième lieu, les variables du modèle seront détaillées afin de clarifier les éléments qui seront employés par les propositions de recherche.

2.3.1. Modèle conceptuel de recherche

La **Figure 3** ci-dessous met en relief le modèle conceptuel du présent mémoire. Tel qu'illustré, la variable indépendante, soit les demandes contractuelles quantitatives, comprenant le TSO, influencent la variable dépendante, soit l'EP et ses divers symptômes. Toujours selon ce modèle, la relation entre le TSO et l'EP y est modérée par les variables modératrices, soit les ressources du travail ainsi que l'organisation du travail. Le modèle vise donc à expliciter l'influence des demandes du travail sur la santé mentale des travailleuses, notamment en détaillant les mécanismes par lesquels ces interrelations existent.

Par ailleurs, les dites variables seront développées à même cette section. Cet exercice de conceptualisation nous permettra de poser les propositions de recherche de la section 2.4.

Figure 3: Modèle conceptuel de l'étude



2.3.2. Variables du modèle

Cette sous-section a pour objet de décrire les variables faisant partie intégrante du modèle conceptuel de la **Figure 3** comprenant les variables indépendantes, modératrices, contrôles et dépendantes.

2.3.2.1. Variables indépendantes : Temps supplémentaire obligatoire et autres demandes contractuelles quantitatives

Ainsi, tel que présenté à la **Figure 3**, les demandes contractuelles, dont le TSO fait partie, font office de variables indépendantes à l'étude. D'une part, la portion quantitative des demandes contractuelles comprend la durée du temps de travail journalier, la régularité des horaires de travail, la durée du temps de travail hebdomadaire, soit à temps plein ou partiel, ainsi que le temps supplémentaire et le TSO. Cependant, pour les fins de cette étude, nous considérons que les *Autres demandes contractuelles quantitatives* excluent le TSO. D'autre part, selon Cyr et al. (2019), le TSO est défini par l'action de contraindre l'infirmière ayant le moins d'ancienneté d'une unité

donnée à travailler en temps supplémentaire. Cette pratique organisationnelle consiste typiquement en l'extension des horaires sur une base journalière, voire à l'enchaînement de plusieurs quarts de travail, sans repos, ou encore à l'addition de journées supplémentaires de labeur à l'horaire hebdomadaire.

La plupart des études corrélant cette dernière variable à la santé mentale tend à la poser comme étant un facteur néfaste sur la santé mentale générale, voire comme étant corrélé positivement à la détresse psychologique, plutôt que contribuant à l'EP (Bae et Fabry, 2014 ; Caruso, 2014 ; Marchand, 2004 ; Marchand et al., 2005 ; Watanabe et Yamauchi, 2018). Or, tel qu'exprimé dans les recherches de Dall'Ora et al. (2015), de Stimpfel et al. (2012) ainsi que de Bae et Fabry (2014), il existerait bel et bien un lien entre l'extensification des horaires et la survenue de ce syndrome. En conséquent, nous nous y intéressons afin d'étendre la compréhension quant aux mécanismes qui influencent ce lien.

2.3.2.2. Variables modératrices : Ressources du travail et organisation du travail

Puis, au sein de ce modèle conceptuel, les ressources du travail modèrent la relation entre le TSO et l'EP. Ce que l'on qualifie ici de ressources du travail vient emprunter divers éléments aux définitions présentées au fil de la recension de littérature. Plus spécifiquement, la théorie du COR, d'une part, définit les ressources du travail comme comprenant les objets, les caractéristiques personnelles, les conditions ou encore le niveau d'énergie (Hobfoll, 1989). D'autre part, le modèle JDR inclut à ces ressources le degré de latitude décisionnelle octroyé aux travailleurs ainsi que le soutien social des pairs et des superviseurs (Demerouti et de Euwema, 2005). Cependant, afin de circonscrire notre sujet d'étude, nous nous limiterons à l'autonomie décisionnelle, au soutien social au travail, à la rétribution pécuniaire et à la reconnaissance des efforts, à la sécurité d'emploi ainsi qu'aux ressources matérielles du travail.

En contrepartie, le modèle précité considère que les conditions d'organisation du travail modèrent la relation entre le TSO et l'EP. Le construit de l'*organisation du travail* comprend, aux fins de l'étude, la charge de travail et l'adéquation des effectifs de personnel face à cette dernière, le type d'unité de travail ainsi que la présence de situations de travail de type tendu ou encore de *job strain*. Ces variables ont été spécialement choisies à partir de la recension de littérature qui tend à démontrer que les demandes contractuelles quantitatives sont fréquemment mises en lien à la

conception et à la répartition des tâches lorsque l'on tente d'en évaluer la répercussion sur la santé mentale tel que chez Ahola et Hakanen (2007), Aronsson et al. (2017) ou encore Burke et Greenglass (2001), pour ne citer qu'eux.

La littérature scientifique tend à démontrer l'incidence de ces variables sur l'EP et ses symptômes. D'une part, l'absence des ressources entretiendrait une relation positive avec l'EP et ses sous-construits (Aiken et al., 2001 ; Alarcon, 2011 ; Aronsson et al., 2017 ; Burke et Greenglass, 2001 ; Coffey et Coleman, 2001 ; Kanai-Pak et al., 2008 ; Losa Iglesias et al., 2010 ; Manzano Garcia et Ayala Calco, 2020 ; Qu et Wang, 2015, Queiros et al. 2013 ; Watanabe et Yamauchi, 2018). D'autre part, la charge de travail et le travail de type tendu serait prédicteurs de l'EP (Ahola et Hakanen, 2007 ; Alarcon, 2011 ; Aronsson et al., 2017 ; Burke et Greenglass, 2011 ; Cañadas-De la Fuente et al., 2013 ; Manzano Garcia et Ayala Calco, 2020), alors que le type d'unité de travail serait modérateur de l'EP (Al-Turki et al., 2010 ; Cañadas-De la Fuente et al., 2013 ; Murat et al., 2021 ; Stelnicki et al., 2020).

Enfin, le présent mémoire considère que ces diverses variables pourraient potentiellement modérer la relation existante entre le TSO et l'EP. D'une part, les ressources mises à disposition des travailleurs pourraient tempérer cette relation. Ainsi, nous justifions le rôle modérateur de la latitude décisionnelle en évoquant le modèle JDC (Karasek, 1979), stipulant que le pairage entre une faible latitude décisionnelle et de fortes exigences du travail susciterait une plus grande souffrance chez ces travailleurs. Ces difficultés seraient potentiellement accentuées chez les infirmières contraintes à œuvrer en TSO, car l'absence d'autonomie mènerait celles-ci à devoir puiser dans un autre bassin de ressources afin de mener à bien leurs tâches, tel qu'expliqué dans le modèle JDR (Demerouti et Euwema, 2005). Il en irait de même avec le soutien social des pairs et du superviseur, de la rétribution pécuniaire et de la reconnaissance du travail ainsi que de la sécurité d'emploi, qui, lorsqu'appropriés, atténueraient les difficultés liées au surtemps de travail. Cette conceptualisation découle directement de la théorie du COR (Hobfoll, 1989), stipulant que l'accès aux ressources serait un facteur de protection face aux enjeux de santé mentale en contexte organisationnel. Enfin, l'inadéquation des effectifs de personnel infirmier accentuerait la charge de travail et, en conséquent, la pénibilité des horaires (Aiken et al., 2002). Il en va de même pour les situations de travail tendu (Alarcon, 2011) ainsi que du type d'unité de travail (Maunder et al., 2021 ; Stelnicki et al., 2020), d'où la pertinence de se pencher sur ces variables.

2.3.2.3. Variables contrôles : Facteurs sociodémographiques

En considérant que la recension de littérature nous a permis de mettre en évidence la relative influence de certains facteurs sociodémographiques sur la survenue de l'EP et de ses sous-construits, le présent mémoire se doit de prendre ces variables en considération. Les variables en question sont l'âge, le genre, le nombre d'années d'expérience à titre d'infirmière, la parentalité ainsi que le statut marital. Effectivement, bien que les différentes études précitées divergent quant aux conclusions à l'égard de cette associativité, il importe de tout de même délimiter ces variables contrôles qui pourraient avoir une incidence sur le contenu qualitatif prélevé. Bien que le devis de recherche, abordé à la section 3.1, repose sur un nombre limité d'entrevues semi-dirigées, les données qui en découleront pourront potentiellement nous fournir des clés de compréhension additionnelles quant aux liens entre les facteurs sociodémographiques et la survenue de l'EP.

Ainsi, à titre de rappel, l'âge serait positivement ou négativement associé à l'EP selon les auteurs visés (Aiken et al., 2002 ; Alacacioglu et al., 2009 ; Al-Turki et al., 2010 ; Cañadas-De la Fuente et al., 2013 ; Coffey et Coleman, 2001 ; Maunder et al., 2021 ; Maunder et al., 2021 ; Murat et al., 2021 ; Qu et Wang, 2015 ; Queiros et al., 2013 ; Stelnicki et al. 2020 ; Watanabe et Yamauchi, 2018). Il en va de même pour le nombre d'année d'expérience en tant qu'infirmière (Al-Turki et al., 2010 ; Cañadas-De la Fuente et al., 2013 ; Coffey et Coleman, 2001 ; Kanai-Pak et al., 2008 ; Losa Iglesias et al., 2010 ; Maunder et al., 2021 ; Murat et al., 2021 ; Qu et Wang, 2015 ; Queiros et al., 2013 ; Stelnicki et al., 2020 ; Watanabe et Yamauchi, 2018) ou encore la parentalité (Cañadas-De la Fuente et al., 2013 ; Coffey et Coleman, 2001 ; Murat et al., 2021 ; Qu et Wang, 2015 ; Queiros et al., 2013). Pour ce qui est du statut marital, il serait positivement associé à l'EP, selon plusieurs études, ou n'entretiendrait aucune relation avec ce construit chez d'autres (Al-Turki et al. (2010 ; Cañadas-De la Fuente et al., 2013 ; Coffey et Coleman, 2001 ; Losa Iglesias et al., 2010 ; Murat et al., 2021 ; Qu et Wang, 2015 ; Queiros et al., 2013). Enfin, les auteurs précités affirment que le genre est associé de façon différentielle aux trois sous-construits de l'EP, évoquant que les femmes sont davantage à risque de vivre de l'épuisement émotionnel, alors que les hommes sont davantage enclins au cynisme et à la dépersonnalisation (Ahola et Hakanen, 2007 ; Aiken et al., 2002 ; Al-Turki et al., 2010 ; Cañadas-De la Fuente et al., 2013 ; Stelnicki et al., 2020 ; Watanabe et Yamauchi, 2018).

2.3.2.4. Variables dépendantes : Épuisement professionnel et ses sous-construits

L'EP est défini par Maslach et Leiter (2007) comme étant une condition psychologique distincte et multidimensionnelle, comprenant l'épuisement, le cynisme ainsi que le sentiment d'inefficacité, en réaction à des stressseurs chroniques au sein du milieu de travail. Bien que les auteurs ne soient pas pleinement en accord quant à la séquence d'apparition de ces symptômes (Taris et al., 2006 ; Cañadas-De la Fuente et al., 2018 ; Demerouti, Nachreiner, et Schaufeli, 2001 ; Shirom, 1989), il importe tout de même d'en faire une étude extensive afin de s'assurer d'une bonne validité de construit. Ainsi, les diverses sous-dimensions de l'EP seront explorées au sein du travail de recherche afin de mettre en évidence les interrelations qu'elles entretiennent aux demandes contractuelles quantitatives.

Premièrement, rappelons que la sous-dimension de l'épuisement fait référence à la déplétion des ressources émotionnelles et physiques des travailleurs (Maslach et Leiter, 2007). Elle comprend donc, d'une part, des manifestations physiologiques, tels que les troubles somatiques, la perte de sommeil, d'énergie ou encore l'accroissement de la pression sanguine (von Känel et al., 2020 ; Maslach, 2003 ; Maslach et Leiter, 2007). D'autre part, sa composante émotionnelle fait plutôt référence à la survenue de l'irritabilité, de la labilité émotionnelle ou encore de l'apathie ainsi que de l'évitement expérientiel (Maslach et Leiter, 2007 ; Maslach, Schaufeli et Leiter, 2001). Ces deux facettes de l'épuisement ne suffisent pas à déclarer la présence d'EP, mais y sont typiquement associés, peuvent être individuellement présentes ou plutôt concomitantes.

Deuxièmement, le cynisme est défini par une interprétation cognitive détachée qu'un travailleur donné se fait quant à la portée de son labeur, comprenant des perceptions négatives ou encore hostiles face au travail en soi (Maslach et Leiter, 2007). La sous-dimension du cynisme comprend de plus la dépersonnalisation des services offerts aux populations, se manifestant par un détachement émotionnel dans l'octroi des soins (Maslach, Schaufeli et Leiter, 2001).

Enfin, troisièmement, le sentiment d'inefficacité est défini par Cañadas-De la Fuente et ses associés (2013) comme étant l'apparition d'une conception négative de la notion du soi, en réaction à des situations dévalorisantes. Il est d'ailleurs parfois défini par son inverse, soit le sentiment d'accomplissement personnel, un vecteur motivationnel émanant de contextes organisationnels positifs (Maslow, 1943). Ce dernier sous-construit serait davantage corrélé au manque de

ressources, qu'elles soient émotionnelles ou matérielles (Maslach, Schaufeli et Leiter, 2001), et est donc intimement lié aux variables modératrices du modèle.

2.4. Propositions de recherche

En considérant la nature qualitative du devis de recherche, illustré par la **Figure 3** et explicité à la section 3.1, nous avons décidé d'établir des propositions de recherche ayant pour vocation d'explorer l'impact des conditions d'emploi sur la santé mentale des infirmières du réseau public québécois. Celles-ci seront détaillées aux lignes qui suivent.

a) Proposition 1 : Le temps supplémentaire obligatoire est associé à des symptômes d'épuisement professionnel plus élevés

En se basant sur les études précitées à la section 2.3.2., nous tenterons donc de confirmer une association entre le TSO et l'EP, soit que ce dernier construit est davantage prévalent lorsqu'une infirmière donnée est contrainte à faire davantage d'heures en temps supplémentaire. Pour ce faire, nous nous pencherons sur la présence des indicateurs relatifs aux dimensions de l'EP afin d'explorer les concordances entre ces construits.

b) Proposition 2 : Les autres demandes contractuelles quantitatives sont associées à des symptômes d'épuisement professionnel plus élevés

Dans un souci de mieux cerner le lien qui existe entre le TSO et l'EP, il conviendrait de s'attarder à la portion quantitative des autres demandes contractuelles. Effectivement, c'est en prélevant des données quant à l'expérience des infirmières quant à ces demandes du travail qu'il nous sera possible de cerner le rôle prédominant du TSO dans l'apparition de l'EP. Pour ce faire, nous évaluerons donc l'incidence de la durée du temps de travail journalier, de la régularité des horaires de travail ainsi que de la durée du temps de travail hebdomadaire sur l'EP, soit que la présence accrue d'irrégularité des horaires ainsi que de l'extensification du temps de travail, tant journalier qu'hebdomadaire, soit positivement associé à l'EP.

c) Proposition 3 : Les conditions de l'organisation du travail pourraient modérer l'association du temps supplémentaire obligatoire à l'épuisement professionnel

Ensuite, nous tenterons d'évaluer le rôle modérateur de certaines conditions de l'organisation du travail sur le lien entre le TSO et la survenue de l'EP, soit la charge de travail, à proprement parler, l'adéquation des effectifs de personnel infirmier ainsi que la présence de situation de travail tendu, de *job strain*. Nous arguons ici que les niveaux d'apparition de ces construits atténueraient le lien entre nos variables dépendantes et indépendantes, car les demandes contractuelles quantitatives sont fréquemment mises en lien avec les autres conditions d'organisation du travail afin d'en voir le plein effet sur les travailleurs. Effectivement, les construits de charge de travail, d'adéquation des effectifs de personnel, de type d'unité de travail ainsi que de présence de situations de travail de type tendu seraient directement reliés à la conception et à la répartition des tâches et, conséquemment, à la pénibilité potentielle associée à l'exécution de celles-ci.

d) Proposition 4) : La disponibilité des ressources au travail pourrait modérer l'association du temps supplémentaire obligatoire à l'épuisement professionnel

Enfin, en se basant sur le modèle JDR de Demerouti et d'Euwema (2005), nous explorerons le rôle modérateur des ressources du travail sur le lien unissant le TSO à l'EP. Rappelons ici que les ressources en question se basent aussi sur les travaux d'Hobfoll (1989) et qu'elles comprennent l'autonomie décisionnelle, le soutien social au travail, tant des pairs que des superviseurs, la rétribution pécuniaire, la reconnaissance du travail ainsi que la sécurité d'emploi. Nous arguons ici que de la présence de ces ressources atténueraient le lien entre nos variables dépendantes et indépendantes, car selon la théorie du COR, l'accès aux ressources du travail pourrait être considéré comme étant un facteur de protection face à la survenue d'enjeux de santé mentale en contexte organisationnel (Hobfoll, 1989), une hypothèse mainte fois confirmée dans la recension de littérature. Nous spécifions simplement ce lien de modération en recentrant le stress professionnel vers l'EP.

CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE

Le troisième chapitre comprend le type de recherche déterminé pour effectuer l'étude (3.1.), le plan d'observation des données primaires employé (3.2.), la mesure des variables (3.3.), le détail des autres sources de données (3.4.) ainsi que le plan d'analyse qui en découle (3.5.).

3.1. Type de recherche

La présente section vient détailler la typologie de recherche choisie en évoquant ses diverses caractéristiques, soit qu'elle est décrite comme étant qualitative et s'inspire des devis hypothético-déductifs tout en demeurant inductive.

3.1.1. Recherche qualitative

À la lumière de la recension de littérature, il nous est possible de développer un plan d'étude de type qualitatif. Effectivement, les travaux de Kompier (2002) sur l'étude du stress professionnel nous rappellent la nécessité de recentrer la recherche sur les réalités vécues et objectivables des travailleurs afin d'en voir émerger une meilleure compréhension et, ultimement, de meilleures *stratégies* d'intervention. Bien que de nombreux auteurs se soient penchés sur l'EP, tels Aronsson et al. (2017) ainsi que Stelnicki et al. (2020), ou encore sur l'implémentation du TSO chez les infirmières, tel que dans les travaux de Cyr et al. (2019) ainsi que de Rossignol (2017), très peu d'études ont pour point focal l'association existant entre ces variables dans le contexte particulier du Québec. Ainsi, nous avons préconisé un devis de recherche qualitatif afin d'explorer la nature des interrelations existant entre le TSO ainsi que l'EP.

Par ailleurs, rappelons ici que cette étude a été effectuée dans le contexte d'un mémoire de maîtrise. Ainsi, l'étudiant-chercheur est contraint par les critères propres à la faisabilité et se doit de souscrire aux balises applicables, tel que l'absence de financement important ainsi que le respect des échéances prescrites par sa faculté. Pour ce faire, une présélection des répondants a été

effectuée, telle que mise en exergue dans la sous-section 3.2.2. Puis, une collecte de données qualitatives a été effectuée par le biais d'entrevues semi-structurées, via visioconférence, n'impliquant que l'étudiant-chercheur et les participants faisant partie de l'échantillon à l'étude. Ensuite, une seconde phase de collecte de données a été complétée, portant sur la colligation de sources d'informations secondaires. Enfin, ces données ont été analysées afin de revenir sur les hypothèses précitées.

3.1.2. Recherche inspirée par l'approche hypothético-déductive

Bien que les méthodologies qualitatives soient fréquemment associées à l'induction pure (Anadón et Guillemette, 2007), le devis de recherche choisi est fortement ancré sur des modèles théoriques préexistants et robustement documentés. Effectivement, selon les travaux de Trudel et al. (2007), les méthodologies qualitatives seraient amputées de leur pouvoir explicatif lorsque strictement campées dans une perspective exploratoire. Par ailleurs, la recherche en sciences sociales est généralement plus déductive qu'inductive, car les chercheurs tendent à fortement miser sur les modèles théoriques préalablement construits (Deslauriers, 1991). Toutefois, c'est en adoptant un devis inductif qu'il nous a été possible de valider le modèle de la section 2.3. En conséquent, nous avons opté pour une approche inductive fortement inspirée des approches hypothético-déductives. Pour ce faire, nous avons allié au devis de recherche les connaissances existantes quant à la théorie du COR (Hobfoll, 1989) ainsi que des modèles JDR (Demerouti et Euwema, 2005) et JDC (Karasek, 1979), nous offrant un cadre théorique qu'il nous a été possible d'employer afin de contextualiser le contenu qualitatif prélevé.

Cette conceptualisation nous ramène donc au sujet d'étude, nous questionnant à savoir si : *« le temps supplémentaire obligatoire est associé à l'épuisement professionnel des infirmières québécoises en période de crise sanitaire COVID-19 ? »* Or, bien que les travaux de Bae et Fabry (2014), Dall'Ora et al. (2015), Stimpfel et al. (2012) ainsi que de Watanabe et Yamauchi (2018) nous permettent de soutenir qu'il existerait une certaine corrélation entre le TSO et les diverses dimensions de l'EP, ils ne nous permettent point de conclure sur les mécanismes sous-jacents à ces associations. En conséquent, en considérant la nature qualitative du présent devis, nous avons effectué une généralisation théorique des données prélevées par le biais d'entrevues. En employant

pareille stratégie, il nous a été possible de faire un passage du général vers la spécificité, soit d'observer les réalités du terrain de recherche sous la lentille de modèles préexistants, pour ensuite se réorienter vers la généralisation théorique afin de véritablement saisir le contexte spécifique du travail infirmier québécois au fil de la pandémie de COVID-19.

3.2. Plan d'observation des données primaires

La section du plan d'observation met en relief la population déterminée ainsi que les méthodes employées pour la collecte de données. Ses sous-sections comprennent la population visée et le terrain de recherche qui en émane, les méthodes employées pour la collecte de données ainsi que l'échantillon retenu.

3.2.1. Population

Tel qu'énoncé dans la question de recherche, cette étude s'intéresse aux infirmières ayant œuvré dans le système sociosanitaire public québécois durant la période de pandémie mondiale de COVID-19. Plus précisément, nous avons choisi d'étudier des travailleuses ayant évolué au sein de services hospitaliers dits 24/7 afin de circonscrire l'objet d'étude autant que possible. Ce choix découle directement des décrets et arrêtés gouvernementaux, s'appliquant au cours de cette période, quant aux délestages des infirmières vers les centres ayant des besoins névralgiques, soit où la pénurie de main-d'œuvre se faisait la plus critique^{38,39}, ainsi que sur les risques accrus d'infection dans ces milieux, accentuant le roulement des employées y ayant œuvré. Bien que cette mobilité interdépartementale ait été mise en place afin de pallier à une carence de personnel, nous arguons qu'elle fut aussi appareillée à un recours accru au TSO comme stratégie de gestion des ressources humaines.

³⁸ *Décret du MSSS no 222-2020*

³⁹ *Arrêté du MSSS no 2020-007*

Enfin, tel que justifié à la section 1.2.2.2., l'utilisation d'un style rédactionnel épïcène et inclusif repose sur la faible représentation des hommes dans cette profession, soit de 11,6% des effectifs infirmiers (OIIQ, 2021). Ainsi, bien que nous ayons préconisé une écriture épïcène, les hommes font aussi partie de la population à l'étude.

3.2.2. Terrain de recherche, certification éthique et profil des répondants

Le terrain de recherche est ici délimité d'une part par le principe de saturation, propre aux méthodologies qualitatives et, d'autre part, par les ressources qui nous sont disponibles (Morse, 2000). En premier lieu, le concept de saturation renvoie au moment où un entretien semi-structuré supplémentaire n'amène plus de nouvelles informations à colliger. En deuxième lieu, les moyens financiers et temporels associés à cette étude demeurent limités. En conséquent, nous avons initialement convenu de recruter entre dix et quinze infirmières du secteur public québécois avec lesquelles effectuer des entretiens semi-structurés, respectant ainsi les critères de faisabilité et, nous l'espérons, du principe de saturation. Il est toutefois à noter que ces objectifs de recrutement se sont butés à certaines difficultés et que l'échantillon final a été amputé. Nous reviendrons sur ce sujet à la section 3.2.3. Les participants à l'étude ont été recrutés en employant une liste de contacts, fournie directement par leur ordre professionnel, soit l'OIIQ et n'ont pas reçu de compensation pour leur participation à l'étude. Cette tierce partie nous a spécifié que les infirmières figurant sur les listes ont accepté d'être sollicitées aux fins de la recherche académique. Enfin, le protocole de recherche de ce mémoire a été approuvé par le *Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé* (CERSES) de l'Université de Montréal (*Certificat #2023-1430*, CERSES).

3.2.2.1. Profil des répondants : critères d'inclusion

En ce qui a trait aux profils visés par cette recherche, nous avons effectué une pré-sélection afin de s'assurer de la concordance des résultats obtenus. À cet égard, nous avons fait part de certains critères d'inclusion aux infirmières sollicitées lors de la période de recrutement. Ces derniers ont pour objectif de confirmer que l'échantillon fait bel et bien partie de la population visée par l'étude et sont définis dans les lignes qui suivent.

a) Typologie contractuelle

À ce titre, le premier critère d'inclusion concerne le type de contrat couvrant le travail des infirmières et, par extension, l'employeur *de facto* de ces dernières. Effectivement, tel que décrit à la section 1.2.2.1., plusieurs types de contrat s'appliquent au domaine hospitalier et, les demandes contractuelles divergent entre les travailleuses du réseau public et leurs consœurs évoluant en partenariat avec les agences privées de placement de personnel. Effectivement, les contrats de service ainsi que le travail autonome exemptent cette catégorie de travailleuses à devoir effectuer du TSO⁴⁰. Ainsi, nous nous sommes limités aux travailleuses n'ayant pas œuvré pour le compte d'une agence privée de placement de personnel au cours de la période visée.

b) Syndicat affilié

De plus, en considérant que les conventions collectives régissant l'exercice de la profession divergent selon le syndicat qui représente les travailleuses, nous nous sommes limités à une unique affiliation syndicale afin de limiter les sources de contamination des données pouvant en émerger. Effectivement, la nature même des contrats d'emploi octroyés aux infirmières varie selon les conventions collectives qui l'encadrent. Ainsi, le deuxième critère d'inclusion exige que les infirmières soient représentées par le syndicat québécois le plus populaire, soit le FIQ⁴¹.

c) Titres réguliers d'emploi

Par ailleurs, le troisième critère concerne les titres réguliers d'emploi pour des motifs similaires. Effectivement, en ne s'attardant qu'aux réalités vécues par les infirmières et en écartant les IPS de notre échantillon, il est possible de contrôler la recherche pour un grand nombre de variables, tel que le degré d'éducation, le type de tâches effectuées, les horaires ainsi que le type de relation salariale, excluant les infirmières assumant exclusivement des responsabilités de gestion, à la fois sur le terrain ou dans des rôles administratifs. À cette fin, nous nous sommes basés sur la nomenclature des titres d'emploi présentement en vigueur dans les ententes collectives avec

⁴⁰ Boily, D. et Gentile, Davide (2021, 16 septembre). Infirmières : hausse de 20 % vers les agences privées. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1824579/exode-hopitaux-temps-supplementaire-horaires-quebec>

⁴¹ FIQ (2022). Combien de membres la FIQ représente-elle? FIQ Santé. <https://www.fiqsante.qc.ca/faq/combien-de-membres-la-fiq-represente-t-elle/>

le CPNSSS⁴². En conséquent, nous n'avons retenu que les travailleuses dont le titre d'emploi était celui d'*infirmière*, d'*infirmière auxiliaire* et d'*infirmière clinicienne* durant la période pandémique.

d) Milieu d'emploi

Enfin, bien que des différences locales existent quant à l'organisation de la main-d'œuvre, le présent mémoire se doit de circonscrire son objet d'étude à un seul type de milieu de travail afin de normaliser l'influence de ce dernier sur les conditions d'exercice de la profession. En conséquent, les participantes ont été choisies en fonction de ce quatrième et dernier critère d'inclusion, soit en ne retenant que celles ayant œuvré de façon prédominante au sein de départements hospitaliers publics actifs en tout temps, soit sur une période circonscrite ou tout au long de la période pandémique. Ce choix est raisonné de deux façons distinctes. Premièrement, le caractère public de ces institutions garanti une relative uniformité des pratiques de gestion des ressources humaines et donc des conditions d'emploi entre les différents établissements hospitaliers publics, relevant tous de CIUSSS et de CISSS (Benoit, 2015). Deuxièmement, ce choix de milieu de travail repose sur la pénurie critique de main-d'œuvre qui y prévalait au cours de la période visée (McCready et al., 2021), mise en exergue par la forte augmentation de la charge de travail attribuable aux infections au coronavirus COVID-19. Bien qu'initialement, ce critère était davantage restrictif, soit qu'il n'inclût que les infirmières ayant évolué dans les départements hospitaliers d'urgence, nous avons choisi de resserrer ce dernier. Le motif de cette modification au protocole de recherche sera expliqué à la sous-section 3.2.4.

⁴² Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1 avril 2012). *Nomenclature des titres d'emploi, des libellés, des taux et des échelles de salaire du réseau de la santé et des services sociaux*.
https://cpnsss.gouv.qc.ca/fileadmin/fichiers/Nomenclature/0.0_Nomenclature_2022-11-15.pdf

3.2.3. Méthode de collecte des données primaires

Les données primaires de cette recherche proviennent d'entretiens semi-dirigés, auprès des répondants détaillés et effectués à l'aide d'une grille d'entrevue. Les entretiens digitaux sont d'une durée de plus ou moins une heure et cherchent à explorer les thématiques mises en exergue au fil de la recension de littérature. Ces thématiques sont déclinées en dimensions à explorer et, enfin, en une opérationnalisation des variables à l'étude, présentées à la section 3.3.

3.2.4. Échantillon

La présente section vient détailler les caractéristiques propres à l'échantillon retenu aux fins de cette recherche. Il revient donc sur les étapes de sa constitution et présente les données qui y sont pertinentes.

Le recrutement a duré du 23 décembre 2023 au 1^{er} mai 2024 via 4 vagues successives de sollicitation par courriel, en utilisant les listes de personnel infirmier nous ayant été partagées par l'OIIQ. Ces listes, lorsque additionnées, comprenaient un total de 2000 infirmières ou infirmiers ayant accepté d'être contacté à des fins de recherche. Cette démarche nous a permis de rencontrer un total de 9 infirmières. Parmi celles-ci, 2 ont été exclues suivant leur entrevue, car elles n'avaient pas été assujetties à la pratique organisationnelle du TSO. Les 7 autres participantes valides à cette étude rencontraient les critères d'inclusion tels que la typologie contractuelle, l'affiliation syndicale ainsi que les titres réguliers d'emploi. Nous avons cependant dû élargir le critère du milieu d'emploi, faute d'être en mesure de recruter un nombre de participantes satisfaisant la saturation théorique de l'étude. Pour ce faire, nous avons décidé d'intégrer tous les milieux professionnels offrant des services en tout temps et dits « 24/7 » dans lesquels évoluent les infirmières du réseau public.

Ayant effectué des entrevues avec seulement 0,35% des infirmières contactées, il importe de se questionner quant à cet aussi faible taux de réponse. Plusieurs facteurs propres à la période visée pourraient être considérés comme expliquant en partie ces difficultés d'échantillonnage, tels que les contextes entourant la période en question, qu'ils soient sociopolitiques et organisationnels

ou encore en lien avec la fatigue post-pandémiques. En premier lieu, la période entourant ce recrutement comprenait laissait planer un remaniement des services publics en santé résultant ultimement en la création de la nouvelle agence *Santé Québec*⁴³. Nous arguons que cette modification importante aux conditions de travail des infirmières, lorsque supplémentée par la période de renouvellement de convention collective de la FIQ, aurait pu résulter en un effet dissuasif sur les participantes potentielles, suspectant que le CPNSSS puisse tenter de prélever des données sur leur contrepartie syndicale à leur insu. Parallèlement et en deuxième lieu, on ne peut négliger que la période pandémique ait accentué le recours à la sollicitation digitale des opinions des travailleurs (White et al., 2024) et que, las de ce volume accru de demandes toutes azimuts, plusieurs participantes aient pu être rebutée par notre courriel de recrutement.

3.2.4.1. Données sociodémographiques de l'échantillon

Les données sociodémographiques des participantes retenues pour cette étude sont exposées au **Tableau 3** ci-dessous. Ce dernier fait état de l'âge des participantes, de leur genre, de leur nombre d'années d'expérience à titre d'infirmière ainsi que de leurs statuts parentaux, soit du fait d'avoir des enfants, et matrimoniaux, soit de vivre en couple en étant mariée ou conjointe de fait.

Tableau 3: Données sociodémographiques de l'échantillon

Participant	Âge	Genre	Nombre d'années d'expérience	Enfant(s)	Statut matrimonial
N1	42	Femme	22	Oui	Couple
N2	55	Femme	6	Oui	Couple
N3	29	Femme	5	Non	Seul
N4	49	Femme	26	Oui	Seul
N5	37	Femme	15	Oui	Couple
N6	57	Homme	30	Oui	Couple
N7	43	Femme	19	Oui	Couple

⁴³ Projet de loi 15 devenu la *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace*, L.Q. 2023, c. 34

De ces données, nous pouvons observer que l'échantillon est constitué de répondantes âgées de 29 à 57 ans, pour une moyenne de 44,6 années et qu'un seul des sept répondantes est un homme. Le nombre d'années d'expérience à titre d'infirmière varie entre 5 et 30 ans, pour une moyenne de 17,6 années. Enfin, la très grande majorité des répondantes est parente d'un ou plusieurs enfants et vie en couple.

3.2.4.2. Conditions de l'organisation du travail de l'échantillon

Parallèlement, les répondantes se distinguent aussi quant à l'organisation du travail. Notamment, la profession infirmière octroie des responsabilités de supervision ou de gestion à certaines et divise les 24 heures d'une journée en trois quarts de travail normaux sur lesquels sont réparties les travailleuses, soit les quarts de jour, de soir ou de nuit. La pluralité des types horaires se voit aussi quant au nombre d'heures hebdomadaires contractuelles ainsi que leur modification au fil de la pandémie, comprenant typiquement le rehaussement de postes antérieurement à temps partiel en poste à temps complet. Enfin, notre échantillon est constitué de travailleuses évoluant dans divers types de département. Ces distinctions sont exposées au **Tableau 4** ci-dessous.

Tableau 4: Données de l'organisation du travail de l'échantillon

Participant	Rôle de gestion	Quart de travail régulier	Rehaussement de poste	Unité de travail
N1	Non	Mixte	Oui	Département d'urgence
N2	Non	Jour	Non	Département d'urgence
N3	Non	Nuit	Non	Département d'urgence
N4	Oui	Nuit	Non	Département d'urgence
N5	Non	Mixte	Oui	Autres
N6	Oui	Nuit	Non	Autres
N7	Non	Jour	Non	Autres

3.3. Mesures des variables

Notre devis de recherche cautionne une procédure particulière pour la mesure des variables à l'étude, notamment en employant une collecte de données sous forme de questions ouvertes dont les réponses peuvent être réduites en leurs unités de sens (Deslauriers, 1991). Afin de souscrire au devis de recherche choisi, nous avons adopté une approche passant du général vers le particulier, en détaillant tour à tour les thèmes à explorer, soit nos variables, les dimensions qu'elles comprennent et, enfin, les indicateurs qui y sont pertinent. Les prochaines sous-sections offrent donc le détail de la constitution de ces indicateurs ainsi que de leur synthèse au sein de la grille d'entrevue.

3.3.1. Opérationnalisation des variables indépendantes

Le thème des demandes contractuelles quantitatives comprend les dimensions des durées journalière et hebdomadaire du temps de travail, les horaires irréguliers, le temps supplémentaire ainsi que le TSO. Leurs indicateurs ont été déterminés afin de voir l'émergence un contenu pouvant permettre une exploration de la thématique choisie et découlant directement de la recension de littérature. L'opérationnalisation des variables indépendantes est présentée à l'**Annexe 1.1**.

3.3.2. Opérationnalisation des variables modératrices

Les thèmes des ressources du travail ainsi que de l'organisation du travail comprennent respectivement les dimensions de l'autonomie décisionnelle, du soutien social au travail, de la satisfaction quant à la rétribution monétaire, de la reconnaissance et de la sécurité d'emploi d'une part ainsi que, d'autre part, de la charge de travail, de l'adéquation des effectifs de personnel approprié ainsi que de la présence de situations de travail tendu. Leurs indicateurs ont été déterminés afin de voir l'émergence d'un contenu pouvant permettre une exploration de la thématique choisie et découlant directement de la recension de littérature. L'opérationnalisation des variables modératrices est présentée à l'**Annexe 1.2**.

3.3.3. Opérationnalisation des variables dépendantes

Les thèmes de l'épuisement, du cynisme et de l'inefficacité comprennent respectivement les dimensions de l'épuisement émotionnel et physique, du cynisme et de la dépersonnalisation ainsi que du sentiment d'efficacité personnelle. Leurs indicateurs ont été déterminés à partir d'une interprétation libre des items figurant au sein de la traduction francophone du MBI-HSS (Maslach, Jackson et Leiter, 1997 ; Dion et Tessier, 1994). Nous avons choisi de nous inspirer de cet outil psychométrique à 22 items, car il domine la recherche en matière d'EP chez les travailleurs évoluant dans le secteur des soins de la santé (Gil-Monte, 2005, Yin et al., 2022, Calderón-de la Cruz et al., 2020). Sa cohérence interne ainsi que sa fiabilité quant à la mesure de l'EP ont été maintes fois démontrées, bien que certains questionnements existent quant à la fiabilité du sous-construit de sentiment d'efficacité personnelle (Lheureux et al., 2017). La transformation de ces éléments en des questions ouvertes nous sert de point d'ancrage pour la grille d'entrevue. L'opérationnalisation des variables dépendantes est donc présentée à l'**Annexe 1.3**.

3.3.4. Grille d’entrevue

La conception de la grille d’entrevue découle directement de l’opérationnalisation des variables présentée aux sous-sections précédentes. La grille revient sur les indicateurs ciblés et transforme ces derniers en questions ouvertes, permettant l’émergence de *verbatim* pouvant être analysés tel que prescrit à la section 3.6. Cette grille est présentée à l’**Annexe 2**.

3.4. Sources de données documentaires

Suite à la collecte de données via les entrevues, nous avons pluralisé nos sources d’informations en procédant à une collecte de données secondaires. Dans les études de cas, la triangulation consiste à utiliser plusieurs sources de données, méthodes ou perspectives théoriques afin de croiser des résultats (Yin, 2018). Cette stratégie d’analyse réduit notamment la probabilité de biais lorsqu’une recherche est effectuée par un seul chercheur ou encore lorsque son échantillon est restreint. La triangulation sert donc à améliorer la validité d’une étude (Yin, 2018) ainsi que sa fiabilité (Miles et Huberman, 1994). Sans nous lancer dans un exposé en profondeur de ce que comprend la triangulation, nous pouvons cependant affirmer que le présent devis de recherche comprend deux stratégies complémentaires pour la validation des données. La première méthode choisie, soit la triangulation méthodologique interne, a pour visée de comparer diverses sources d’informations qualitatives entre-elles afin d’établir les états de convergences ou de divergences entre les construits et modèles qui y figurent (Farquhar, Michels et Robson, 2020). La deuxième méthode, soit la triangulation théorique, repose plutôt sur la comparaison de données à des modèles théoriques distincts afin de faciliter l’extension de ces modèles sur ces données (Farquhar, Michels et Robson, 2020).

3.4.1. Données secondaires : triangulation méthodologique interne

Ainsi, afin de valider le modèle émergent de nos données et employé à répondre à nos propositions de recherche, nous l’avons supplémenté d’une triangulation méthodologique interne.

Celle-ci consiste en la revue narrative d'articles de journaux supplémentée de documents à valeur légale, tel que les conventions collectives, la législation et les règlements, portant sur le travail infirmier et employant les indicateurs recodés et détaillés à la section 3.5.1. Nous avons utilisé ces sources de données secondaires afin d'évaluer les points de convergence, justifiant notre généralisation théorique, ainsi que les points de divergence, contribuant aux explications alternatives au modèle généré (Farquhar, Michels et Robson, 2020).

En bref, nous avons employé la plateforme digitale *Eureka.cc* afin de trouver des sources de données complémentaires. Cette plateforme a été choisie parce qu'elle fait office de moteur de recherche spécialisé dans les revues de presse et est mise à la disponibilité des étudiants par l'Université de Montréal. Les critères de recherche employés sur *Eureka* sont les suivants :

a) Période visée

Nous avons limité notre recherche à la période d'état d'urgence sanitaire, s'étalant donc de mars 2020 à juin 2022.

b) Médioms

Les médiums explorés peuvent être divisés en deux catégories distinctes, soit les sources journalistiques, qu'elles soient une digitalisation d'articles en version papier ou plutôt présentes sur leurs sites web respectifs, ou encore les documents à valeur légale. Dans un premier lieu, nous restreignons donc notre recherche aux journaux suivants : Le Journal de Montréal, Le Journal de Québec, Le Devoir, L'Actualité, La Presse ainsi que La Presse+. Ces derniers ont été sélectionnés à cause de la fréquence à laquelle ils sont lus par les Québécois. Alors qu'en deuxième lieu, nous compilons divers documents émis par l'employeur des infirmières du réseau public, soit le MSSS, ainsi qu'un des syndicats auquel elles sont affiliées et choisi comme étant représentatif du rôle d'interlocuteur au sujet des relations de travail, soit la FIQ. Nous nous penchons spécifiquement sur ces documents publiquement accessibles, car ils balisent, de près ou de loin, la prestation de travail des infirmières.

c) Termes de la recherche

Afin d'avoir un point de vue sommaire des divers indicateurs et construits à l'étude, nous avons effectué une recherche employant une superposition de certains mots-clés. Les sources de

données doivent donc premièrement contenir une permutation des termes « *TSO* » ou « *temps supplémentaire obligatoire* ». Deuxièmement, ces sources doivent contenir une permutation des termes « *infirmier* », « *infirmière* » ou leurs versions pluralisées. Troisièmement, les sources doivent contenir une permutation des termes « *épuisement professionnel* » ou « *santé mentale* ». Enfin, nous employons une permutation de termes pertinents aux indicateurs employés aux fins de l'analyse de nos données primaires afin de resserrer les articles portant sur les construits étudiés.

3.4.2. Données secondaires : triangulation théorique

Enfin, tel qu'initialement envisagé lors de la rédaction de la méthodologie, nous avons employé la triangulation théorique afin d'effectuer la comparaison de nos données et du modèle qu'elles constituent à la théorie du COR ainsi qu'aux modèles JDR et JDCS (Farquhar, Michels et Robson, 2020). C'est effectivement en revenant à l'assise et aux prémices de notre modèle conceptuel que nous pourrons en réaliser la portée analytique.

3.5. Plan d'analyse

Afin d'analyser les données prélevées, nous avons choisi deux stratégies complémentaires. La première est l'analyse de contenu thématique, visant la synthèse des entrevues effectuées. La deuxième est la triangulation, dont l'objectif est d'accroître la validité ainsi que la crédibilité des conclusions de notre analyse. Ces étapes sont décrites au sein de la présente section.

3.5.1. Analyse de contenu thématique

La présente sous-section a pour objectif de définir ce en quoi la technique de l'analyse de contenu thématique consiste. Puis, elle présente les étapes complétées en ce sens. Cette méthode est l'une des plus employées afin d'analyser les données qualitatives découlant d'entrevues semi-dirigés (Gavard-Perret et Helme-Guizon, 2008).

3.5.1.1. Méthode d'analyse

Dans le cadre de ce mémoire, nous employons l'analyse de contenu thématique en cherchant à faire émerger les thèmes récurrents des discours enregistrés. Après s'être approprié le contenu des *verbatim* via leur lecture et leur relecture, nous avons procédé à son analyse tel que prescrit dans le *Guide pratique* de Deslauriers (1991). À cette fin, nous avons débuté en créant un *corpus* littéraire à traiter. Puis, nous l'avons déconstruit en y accolant des codes, en lien avec les thématiques précitées, aux unités de langage pertinentes. Cette première classification a pour objectif d'interpréter sommairement les contenus recherchés (Deslauriers, 1991). Puis, nous avons emprunté le chemin inverse en reconstruisant ces informations sous une nouvelle classification, soit en apportant des nuances aux codes employés, en les raffinant ou même en les subdivisant afin d'accroître leur clarté (Deslauriers, 1991). Ultimement, l'objectif de ces étapes est d'établir des éléments de réponses à nos propositions de recherche ainsi qu'à la validation théorique du modèle susmentionné à la section 2.3.

a) Création du corpus

Afin de constituer le *corpus* à traiter, nous avons retranscrit le *verbatim* des entretiens semi-dirigés. Puis, suite à une première lecture de ceux-ci, nous nous sommes sommairement approprié son contenu en le lisant de nouveau tout en gardant en tête les indicateurs déterminés lors de l'opérationnalisation des variables (Gavard-Perret et Helme-Guizon, 2008). Les indicateurs provenant de cette pré-analyse et étant toujours pertinents aux fins de la relecture du *corpus* littéraire ont été compilés en une liste nous fournissant une première nomenclature pour le codage des thématiques de recherche.

b) Exploitation des données

L'exploitation des données renvoie à l'action de codifier les informations recueillies afin de les catégoriser. Pour ce faire, nous avons décidé d'utiliser un logiciel de traitement de données qualitatives nommé *QDA Miner*. Ce dernier a été sélectionné, car il est particulièrement simple d'utilisation ainsi que mis gratuitement à disposition des étudiants de l'Université de Montréal. À l'aide de ce dernier, nous avons procédé au codage des *verbatim*, en employant deux séries de codes. Le premier découle directement des thématiques et dimensions susmentionnées alors que le second consiste en leur raffinement subséquent.

c) Traitement des résultats

Suite à ces étapes successives, nous avons procédé au traitement des résultats, consistant essentiellement à analyser et finalement interpréter les données traitées. Afin d'analyser celles-ci, nous avons choisi la méthode de l'analyse de contenu thématique, prescrite par Yin (2009). Celle-ci nous a permis de comparer les résultats obtenus avec les prédictions comprises dans les modèles JDR et JDC afin d'ultimement soutenir nos propositions de recherche.

3.5.1.2. Préparation et exploitation des données

La présente sous-section expose les démarches entreprises afin d'effectuer l'exploitation des données. Une fois les enregistrements audio des entrevues retranscrits sous forme manuscrite, nous avons pu traiter les *verbatim* alors constitués. Une première série de codes découlant des sections de la grille d'entrevue a été appliqués aux *verbatim*. Puis, nous avons relu ces derniers à la lumière de ce codage, nous permettant de condenser, diviser ou simplement modifier les codes afin qu'ils reflètent plus précisément les objectifs de l'étude. Bien que nous exposons un résumé de ce raffinement à l'**Annexe 3**, les raisonnements qui y sont propres méritent d'être précisés. Ainsi, nous présentons dans cette sous-section les diverses modifications apportées aux indicateurs initiaux afin de les constituer en thèmes et codes qui y sont pertinents. Nous ne nous attardons ici qu'aux indicateurs ayant été modifiés, ajoutés ou supprimés.

a) Nouveaux codes : demandes contractuelles quantitatives

Premièrement, au niveau des demandes contractuelles quantitatives, nous avons ajouté une nouvelle dimension, soit celle de la gestion des horaires. Cette dernière porte sur la planification des horaires à moyen et long termes avec les gestionnaires en ressources humaines, soit des horaires de travail mensuels ainsi que des vacances à proprement parler. Nous avons décidé d'ajouter cette catégorie, car cette dernière interagit directement avec la *Proposition 2* de recherche, soit portant sur le lien d'association entre les demandes contractuelles quantitatives n'étant pas en lien avec le temps supplémentaire ainsi que l'EP. De plus, plusieurs indicateurs existant dans notre première structure de codage y ont été déplacés.

Deuxièmement, pour ce qui est de la durée journalière du temps de travail, les changements par rapport à la période pré-pandémique ont été fusionnés avec la dimension du rehaussement en

temps complet, afin de mieux refléter comment les heures de travail quotidiennes évoluent selon la typologie contractuelle.

Troisièmement, au niveau des horaires irréguliers, nous avons décidé de fusionner les indicateurs de détermination de la structure des horaires ainsi que de l'attribution des quarts à la nouvelle dimension de la gestion des horaires. Ce choix découle de la nécessité d'évaluer l'irrégularité des heures de travail indépendamment de la planification, car ce sont deux construits ayant été abordés différemment par les participants aux entretiens. Puis, nous avons choisi de retirer l'indicateur de la mise en disponibilité, car aucun des répondants a relevé avoir dû en faire durant la période. Enfin, afin de renforcer les informations prélevées quant à l'irrégularité des horaires, nous avons ajouté un code plus global à cette dimension, soit portant sur la prévisibilité des horaires.

Quatrièmement, en ce qui a trait à la durée hebdomadaire du temps de travail et, en conséquent, de la typologie contractuelle, nous avons supprimé l'indicateur du nombre d'heure hebdomadaire moyen de travail. Nous jugeons cette mesure relativement impertinente dans un contexte où l'objectif de cette étude est l'émergence d'une généralisation théorique. Les autres indicateurs figurant à cette dimension ne nous ont donc simplement servis qu'à mieux comprendre notre échantillon, en détaillant quels types de postes nos interlocuteurs occupaient durant la pandémie, soit à temps plein ou partiel, ou s'ils avaient eu un rehaussement de leur poste vers du temps complet.

Cinquièmement, au niveau du temps supplémentaire, nous avons décidé de fusionner l'indicateur de la possibilité de refus du TSO à la dimension de l'autonomie décisionnelle. Ce choix s'explique par l'intérêt que porte cette recherche aux caractères d'obligation et de volontariat accordés au temps supplémentaire. Ensuite, nous avons supprimé l'indicateur portant sur la détermination du travailleur visé par le TSO, car toutes les répondantes nous ont confirmé que le TSO était réparti uniformément au sein des infirmières salariées. De plus, nous avons supprimé les indicateurs portant sur les impacts professionnels et personnels du TSO, car ces derniers ne permettent pas de répondre aux objectifs de recherche avec autant de précision que souhaitée. Finalement, nous avons ajouté l'indicateur du TSO déguisé en quarts volontaires, découlant directement de ce qui nous a été partagé durant les entretiens.

b) Nouveaux codes : organisation du travail

Premièrement, au niveau de la dimension de la charge de travail, nous avons décidé de diviser cette dernière en quatre différents types de surcharges, se basant sur les commentaires présentés au sein du *verbatim*. Ainsi, nous faisons désormais la distinction entre ce que nous qualifions de surcharges qualitatives et quantitatives, soit de diversification des tâches ou d'augmentation nette des tâches normales. De plus, nous ajoutons des indicateurs portant sur la surcharge de travail due à la gestion des EPIs ainsi que sur celle qui est due à l'augmentation du travail administratif, toutes deux en contexte pandémique. Enfin, nous avons supprimé l'indicateur du rythme de travail, car requérant des questions trop minutieuses durant les entrevues.

Deuxièmement, en ce qui a trait à l'adéquation des effectifs de personnel, nous y avons fusionné l'indicateur du ratio patient : infirmières, car les entrevues effectuées n'ont pas mené à des distinctions significatives à cet égard. Il est d'ailleurs à noter que l'indicateur d'adéquation des effectifs ne porte plus strictement sur les effectifs de personnel infirmier, mais bien, aussi, les autres appellations de travailleurs entourant la profession infirmière sur les lieux du travail.

Troisièmement, pour ce qui est des situations de travail tendu, nous avons constaté qu'il était difficile d'aborder avec précision cette dimension lors des entrevues. Nous avons donc décidé de simplifier cet indicateur en le recodant de trois façons. Nous avons supprimé l'indicateur de la fatigue, car trop similaire à celui employé dans l'évaluation de l'épuisement physique. Puis, nous avons fusionné l'indicateur des tensions *iso-strain* au soutien social du superviseur, car la spécificité de ces situations y était davantage pertinente. Enfin, nous avons renommé ce code afin qu'il se recentre sur les tensions quant à l'organisation du travail. De ces opérations résulte un code plus malléable et mieux approfondi au sein des entrevues.

c) Nouveaux codes : ressources du travail

Premièrement, en ce qui a trait à l'autonomie décisionnelle, cette dimension a vu de nombreuses modifications découlant de fusions avec d'autres indicateurs. Ainsi, pour s'assurer que cette dimension est évaluée dans un contexte où elle s'applique surtout au temps de travail, nous lui avons ajouté les indicateurs de l'attribution des quarts et du surtemps ainsi que de la possibilité de refuser le temps supplémentaire. Nous estimons que ce transfert contribuera à la validité de

construit de l'étude. Nous avons de plus retiré l'indicateur des modifications à l'autonomie décisionnelle, car cet indicateur n'apportait aucune nouvelle information.

Deuxièmement, au niveau de la rétribution monétaire, l'indicateur de la satisfaction quant aux augmentations salariales au cours de la période a été supprimé. Le motif explicatif est simplement que cet indicateur n'apporte aucune nouvelle information et que les participantes à l'étude semblaient réticentes à développer leur pensée sur le sujet de la rémunération, au-delà des primes pandémiques. Nous estimons de plus que l'indicateur de satisfaction quant à la rétribution monétaire suffit pour aborder cette dimension.

Troisièmement, à l'égard de la reconnaissance du travail, nous avons choisi de diviser ses indicateurs en deux codes distincts, soit la reconnaissance à proprement parler ainsi que la dévalorisation. Le raisonnement derrière ce choix est que les participantes à la recherche nous ont parlé de situations très différentes dans un cas et dans l'autre. Nous adaptons donc les codes afin de bonifier le contenu qualitatif de cette variable.

d) Nouveaux codes : épuisement professionnel

Premièrement, pour ce qui est de l'épuisement émotionnel, nous avons conduit de nombreuses modifications à la variable afin de raffiner son contenu. Ainsi, nous avons décidé de supprimer l'indicateur du travail au contact des usagers, car ce dernier manquait de précision en traitant de situations de travail plutôt que de répercussions psychologiques sur les infirmières. Puis, nous avons divisé l'indicateur de l'épuisement des ressources émotionnelles en deux afin de mettre de l'avant que l'apathie parfois vécue puisse contribuer à la dépersonnalisation des soins. Enfin, nous avons ajouté à l'épuisement émotionnel un indicateur portant sur les comorbidités psychologiques afin de mettre en relief comment ses effets sont variés.

Deuxièmement, au niveau de l'épuisement physique, nous avons supprimé l'indicateur de l'épuisement des ressources physiques, car nous estimons qu'il est redondant à celui de la fatigue aussi présente au sein de cette dimension. Cependant, nous avons choisi de diviser l'indicateur de la fatigue en deux, afin d'en distinguer l'insomnie vécue par de nombreuses infirmières. Le motif est que, bien que la fatigue et l'insomnie soient liées, l'une se vit autant au travail qu'à la maison, alors que l'autre ne se vit qu'une fois hors-travail. Nous évaluons cette distinction comme étant

pertinente à la compréhension des effets négatifs du TSO. Enfin, nous avons supprimé l'indicateur portant sur le sentiment de travailler trop fort, car nous cherchons à nous assurer de la validité de construit de l'épuisement physique, soit qu'il ne porte pas sur des perceptions ou des sentiments, mais bien sur des phénomènes physiologiques.

Troisièmement, au chapitre du cynisme, nous avons simplement ajouté un indicateur portant sur la perception de la valeur du travail. Le motif de cet ajout découle directement des entrevues, soit que les répondantes aient évoqué comment la période avait entaché leur vision, d'une part, de la profession infirmière et, d'autre part, du secteur public québécois de la santé.

Quatrièmement, pour ce qui est de la dépersonnalisation, nous avons supprimé l'indicateur de la responsabilisation face aux usagers, car toutes les répondantes nous ont plutôt parlé de l'importance sociale de leur rôle et, en conséquent, du fait que leur responsabilité n'avait pas diminué au sein de leurs communautés. De plus, cet indicateur est très similaire à celui de l'accomplissement de tâches perçues importantes ou utiles, réduisant la puissance de cette analyse. Cependant, afin de refléter ce lien qui unit la dépersonnalisation au sentiment d'inefficacité personnelle, nous avons fait l'ajout d'un indicateur pourtant sur cette répercussion. Enfin, nous avons ajouté l'indicateur de l'apathie afin de souligner comment l'épuisement émotionnel se répercute sur la personnalisation de soins octroyés.

Cinquièmement, au niveau du sentiment d'efficacité personnelle, de nombreuses modifications ont été apportées au fur et à mesure que les entrevues ont été effectuées, afin de s'assurer de la validité de ce construit. Ainsi, nous avons supprimé l'indicateur du niveau d'énergie, car il nous est apparu contaminé par l'indicateur de la fatigue propre à l'épuisement physique. Puis, nous avons divisé l'efficacité de la résolution de problèmes en deux nouveaux codes, soit de la vigilance sécuritaire ainsi que de la culpabilité. En premier lieu, le niveau de vigilance serait associé selon plusieurs à la capacité de résolution de problème, diminuant tous les deux lorsque la fatigue est accumulée. En deuxième lieu, la culpabilité serait associée à cette résolution de problème, surtout lorsqu'il y a des tensions dans les équipes qui émergent de la fatigue accumulée. Ensuite, nous avons supprimé les indicateurs de la gestion des difficultés émotionnelles, de l'influence positive sur les usagers ainsi que de la contribution à un environnement de travail détendu, car tous les trois sont redondants à d'autres indicateurs précédemment mentionnés. Puis, nous avons fusionné l'indicateur de l'accomplissement de tâches perçues comme étant utiles à la perception

de valeur du travail, car les entrevues n'ont pas permis de les distinguer de façon substantielle. Enfin, nous avons normalisé l'appellation du construit afin de clarifier son analyse et il porte désormais strictement sur le sentiment d'inefficacité personnelle plutôt que d'efficacité.

3.5.1.3. Tableau récapitulatif des codes de l'analyse de contenu thématique

Enfin, afin de regrouper les informations décrites au fil de cette section, nous récapitulons ces codes finaux au sein du **Tableau 5** présenté ci-dessous :

Tableau 5: Récapitulatif des indicateurs recodés

THÈMES	DIMENSIONS	INDICATEURS RECODÉS
Demandes contractuelles quantitatives	Durée journalière du temps de travail	Durée du temps de travail journalier
	Horaires irréguliers	Prévisibilité des horaires
	Durée hebdomadaire du temps de travail et contractualité	Contrat à temps plein ou partiel
		Rehaussement de poste
	Temps supplémentaire	Fréquence du temps supplémentaire
		TSO et absence de volontaire
		Temps supplémentaire déguisé
Gestion des horaires	Planification des horaires avec GRH	
	Planification des vacances	
Organisation du travail	Charge de travail	Surcharges de travail qualitatives
		Surcharges de travail quantitatives
		Gestion des EPIs
		Charge de travail administrative
	Adéquation des effectifs de personnel	Adéquation des effectifs de personnel
Tensions quant à l'organisation du travail	Situation de travail tendu	
Ressources du travail	Autonomie décisionnelle	Autonomie décisionnelle
		Attribution des quarts et du surtemps
		Possibilité de refuser le temps supplémentaire
	Soutien social au travail	Soutien social des collègues
		Soutien social du superviseur
	Rétribution monétaire	Satisfaction quant à la rétribution monétaire
	Reconnaissance du travail	Reconnaissance du travail
Dévalorisation		
Sécurité d'emploi	Sentiment de sécurité d'emploi	
Épuisement	Épuisement émotionnel	Comorbidités psychologiques
		Frustration
		Épuisement des ressources émotionnelles
	Épuisement physique	Fatigue physique
		Insomnie
Cynisme	Cynisme	Niveau de motivation
		Impatience
		Perception de la valeur du travail
	Dépersonnalisation	Sensibilité face aux usagers
		Dépersonnalisation des soins
		Apathie

		Répercussion sur le sentiment d'efficacité personnelle
Inefficacité	Sentiment d'inefficacité personnelle	Perte de vigilance sécuritaire
		Culpabilité

CHAPITRE 4 : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Le quatrième chapitre a pour objectif de détailler les résultats obtenus. En premier lieu, il présente les *verbatim* découlant des entrevues, déclinés selon les dimensions, thématiques et indicateurs pertinents aux objectifs de recherche (4.1.). En second lieu, il présente les données secondaires provenant de la recherche d'articles de journaux ainsi que de documents à valeur légale (4.2.).

4.1. Présentation des *verbatim*

La présente section vient offrir un aperçu du contenu des entrevues effectuées. Ainsi, nous employons les codes déterminés par le traitement des données de l'analyse de contenu thématique afin de mettre de l'avant les réponses les plus saillantes propres aux thématiques et dimensions pertinentes à cette étude. Ces extraits sont classés successivement en fonction des variables à l'étude.

4.1.1. Détail des demandes contractuelles quantitatives

Rappelons ici que les données prélevées avaient pour objectif de mettre en relation les codes précités au temps supplémentaire.

a) Durée quotidienne du temps de travail

Pour ce qui est du temps de travail, une seule répondante nous a évoqué de longs quarts réguliers de travail durant la pandémie, soit un rehaussement de poste comprenant la : « [mise] *en temps complet* [du département entier] *sur des* [quarts de travail de] *12 heures* » (N1). En contrepartie, toutes les autres répondantes ont évoqué voir leurs heures de travail quotidiennes normales demeurer à 8 heures. Notons cependant que la durée du temps de travail a lourdement été impactée par le temps supplémentaire, qu'il soit imposé ou non, s'ajoutant à ces heures contractuellement délimitées.

b) Horaires irréguliers

Ainsi, en ce qui a plus spécifiquement trait aux horaires irréguliers ou atypiques, plusieurs répondants nous ont raconté avoir vécu des difficultés à cet égard, évoquant : « [ne pas savoir] à quelle heure [elles commençaient] ni à quelle heure [elles finissaient] de travailler » (N7). Elles étaient d'ailleurs : « appelées régulièrement [...] sur l'heure du midi pour rentrer à 8h le soir et faire des demis quarts » (N4), attestant de l'imprévisibilité des demandes contractuelles quantitatives. En contrepartie, d'autres ont plutôt répondu que leur horaire était : « [officiellement] régulier mis à part les [temps supplémentaires] et les TSO » (N2). La fréquence de ces réponses est partagée entre ces deux pôles bien que toutes les répondantes aient rapporté des extensifications de leurs horaires durant la pandémie.

c) Gestion des horaires

La planification des horaires a elle aussi été perturbé par ces circonstances. À cet égard, l'une des répondantes nous a mentionné : « [qu'avant] la [pandémie de] COVID, [elles avaient accès à leurs] horaires 3 mois à l'avance, mais [que] depuis, [c'était plutôt disponible] au mois » (N1). Une autre participante a plutôt parlé des difficultés rencontrées quant à toute communication avec le département des ressources humaines à l'égard des horaires, confirmant : « [...] qu'ils ne voulaient pas se mettre le nez dedans, [ce qui forçait] souvent des impositions [de surtemps bien qu'ils étaient avertis] un mois en avance [de la disponibilité du personnel et que] c'était prévisible » (N5). De plus, les vacances associées aux postes de plusieurs ont été tronquées, voire entièrement coupées, à l'été pandémique de 2020 : « [pour] que la pénurie [de main-d'œuvre] soit moins grande » (N4). Ces modifications exceptionnelles aux mécanismes pourtant mis en place dans les conventions collectives se sont répercutées sur l'entièreté des répondantes, altérant la régularité de leurs horaires.

d) Temps supplémentaire

Par ailleurs, il importe de différencier le temps supplémentaire en fonction du volontariat. D'une part et tel qu'expliqué par l'une des répondantes, le temps supplémentaire volontaire découle fréquemment de tractations informelles entre la direction et les infirmières, via les infirmières chefs, les responsables, les coordonnateurs ou les gestionnaires. D'autre part, lorsque celles-ci ne fonctionnent pas, le département des ressources humaines appelle la liste de rappel dans laquelle

figure toutes les infirmières n'étant pas sur les lieux du travail, leur proposant de venir combler les besoins opérationnels. Cependant si ce rappel ne réussit pas à ramener des travailleuses sur le terrain, alors le temps supplémentaire devient obligatoire. Les répondantes ont évoqué que le TSO était d'ailleurs fréquemment déguisé en temps supplémentaire volontaire : « *pour que ça paraisse mieux* » (N2). L'une d'entre-elles nous explique que son gestionnaire était : « *sournois [...]* [lorsqu'il] *faisait appel [au] volontariat. [...] À tous les jours, il y avait du [TSO], mais [le gestionnaire] demandait [que son personnel] coche [ses quarts de travail] en surplus de disponibilité* » (N7). Ces demandes organisationnelles, officieuses plutôt qu'officielles, ont été abordées par l'intégralité des répondantes. Enfin, plusieurs participantes nous ont confirmé la fréquence relativement élevée du TSO, évoquant plus d'un quart de travail de 8 heures par semaine avec imposition de surtemps. À titre d'exemple, l'une d'elles nous raconte qu'au pire de la période, de décembre 2021 à janvier 2022, elle aurait comptabilisé une moyenne hebdomadaire d'heures travaillées supérieures à 50.

Enfin, toutes nous ont parlé de mécanismes implémentés pour la reprise des quarts de travail non comblés pour causes d'absence ou de carence de personnel, soit via des listes de rappel, par la sollicitation de la supervision, dépêchée sur le terrain, ou encore en s'organisant de façon plus informelle entre collègues. Nous reviendrons sur le sujet de l'autonomie décisionnelle face au TSO à la section des ressources du travail.

4.1.2. Détail de l'organisation du travail

Au chapitre de l'organisation du travail, nous proposons dans notre modèle que ce regroupement de construits puisse modérer la pénibilité du TSO. Notamment, les participantes ont été convié à nous parler de ce qu'elles ont vécu au niveau de la surcharge de travail, de l'adéquation du personnel vis-à-vis de ces charges ainsi que des tensions en lien avec l'organisation du travail.

a) Charge de travail

Au niveau de la charge de travail, les participantes avaient de nombreuses choses à partager. Il serait donc judicieux d'aborder la surcharge en la déclinant en quatre thèmes, soit les surcharges qualitative et quantitative de travail ainsi que celle causée par la gestion des EPIs ainsi que,

finalement, par la lourdeur des nouveaux processus administratifs. Premièrement, les répondantes ont évoqué comment les types de tâches à effectuer avaient changé, les poussant à devoir assumer certaines fonctions d'autres classes de travailleurs. Par exemple, ces nouvelles tâches comprennent le tri des ambulances, normalement attribué à d'autres postes, ainsi que le travail de préposé au bénéficiaire, comprenant le changement de la literie, la désinfection du matériel ou encore ce qui touche les repas des usagers hospitaliers. Plus de la moitié des répondantes nous ont mentionné que cette pluralisation des rôles avait contribué à la surcharge qualitative de travail. Deuxièmement, pour ce qui est de la surcharge quantitative de travail, l'intégralité des répondantes nous a confirmé en avoir vécu fréquemment, qualifiant même le processus de : « [travail] à la chaîne » (N3) où l'infirmière se voit comme étant une : « *machine à saucisses* » (N3) ou encore une : « *fabricante de voiture* » (N3). Troisièmement, bien que certaines nous aient confirmé que cette augmentation de la charge de travail ne changeait rien quant à leur nature usuelle, d'autres nous ont plutôt parlé du fait qu'elles découlaient des processus exceptionnellement mis en place durant la pandémie de COVID-19. Notamment, toutes les participantes ont évoqué la pénibilité associée à la gestion des EPIs, évoquant les règles de salubrité mises en place durant la période, soit de changer d'EPI : « *entre chaque patient* » (N3). Le temps étant associé à l'habillement et au déshabillage contribuerait donc selon toutes les répondantes à la surcharge de travail ainsi qu'à de nombreuses frustrations. Quatrièmement, la lourdeur des tâches administratives a été évoquée comme facteur contribuant à la surcharge de travail. Ainsi, l'une des répondantes explique que : « *la surcharge est venue non pas avec le nombre de patients, mais avec la lourdeur des changements administratifs constants* » (N4). Selon cette dernière : « [il y a] *tellement [de] procédés qui changent tous les jours [que le personnel infirmier n'arrive] plus à suivre* » (N4). Cette lourdeur administrative a été abordée par plus de la moitié des participantes.

b) Adéquation des effectifs de personnel

Le sujet de la surcharge de travail vient rejoindre la quantité de personnel qui est dépêchée afin de gérer ces tâches. À ce sujet, les répondantes nous ont parlé, en premier lieu, de l'adéquation du personnel infirmier et, en deuxième lieu, de l'adéquation du personnel des autres catégories de travailleur avec lesquels elles interagissent sur les lieux du travail. Ainsi, au niveau de l'adéquation du personnel infirmier, les participantes ont évoqué des lacunes importantes au fil de la pandémie, mentionnant que : « *ça crée une surcharge de plus, [le] manque de gens [sur le plancher]* » (N3).

Certains nous ont d'ailleurs expliqué que la charge de travail normalement amoindrie durant les quarts de soir ou de nuit était plus pénible durant la pandémie, surtout dans un contexte où : « *la même quantité d'usagers [venait] consulter à l'urgence, [mais que le département ne fonctionnait qu'avec] la moitié des infirmières* » (N4). Parfois, les infirmières pouvaient compter sur leurs collègues afin qu'elles viennent leur prêter main forte avant de débiter leurs quarts de travail respectifs, mais : « *les personnes [devenaient] épuisées [au fil de la pandémie], donc à un moment donné, [elles étaient] de moins en moins disponibles* » (N5). Toutes les répondantes nous ont parlé de difficultés vécues en lien avec la quantité de personnel infirmier présent sur les lieux du travail. En contrepartie, ce ne sont que près de la moitié des répondantes qui nous ont parlé de carences de personnel évoluant en périphérie du travail infirmier, tel que les préposés aux bénéficiaires ou autres travailleurs de soutien. L'une des répondantes nous évoque avoir regretté fréquemment l'absence d'une quelconque secrétaire médicale sur les lieux de son travail, nous expliquant que : « *quand tu es infirmière, tu es infirmière et toute tâche connexe* » (N3).

c) Tensions quant à l'organisation du travail

Puis, en ce qui a trait aux tensions en lien avec l'organisation du travail, seulement l'une des participantes a répondu directement à cette thématique, évoquant que : « *la fatigue faisait [que les infirmières] se chicanaient entre[-elles]* » (N5) lorsqu'il était question de tours d'impositions. Le motif expliqué par cette dernière est le niveau de conflit travail-famille en lien avec les tours d'impositions, notamment quant au souhait des infirmières étant parents de passer du temps avec leurs enfants. Effectivement, les échanges de quart ainsi que de temps supplémentaires dépendent fréquemment de tractations officieuses entre les infirmières et résulteraient parfois en des tensions au sein des équipes. Nous reviendrons à ce degré d'autonomie décisionnelle à la section du détail des ressources du travail. Enfin, plus indirectement, le sujet des tensions en lien avec l'organisation du travail a été abordé par l'entièreté des répondantes lorsqu'on leur a demandé de revenir sur le soutien de leurs superviseurs, citant plutôt l'absence de ce dernier et nous offrant quelques exemples. Certaines tensions émanaient effectivement de l'inefficacité perçue du personnel des ressources humaines, chargé de gérer la liste de rappel sans succès, alors que des infirmières n'étant pas sur les lieux du travail : « *n'ont jamais [été appelées], [alors qu'elles étaient pourtant] disponibles* » (N5). Certaines autres tensions découleraient plutôt de la qualité du travail des coordonnateurs, étant : « *[...] supposés être les personnes pivot dans l'établissement et*

[remplaçant] *le directeur général*. [Cependant], *ce sont* [souvent] *des jeunes qui n'ont pas d'expérience du tout* [qui assument ce rôle depuis le début de la pandémie] » (N6). Ce même répondant surenchérit en mentionnant les difficultés de communication avec les coordonnateurs, confirmant que ces derniers : « *ne [les] comprennent pas* » (N6), résultant en une frustration certaine.

4.1.3. Détail des ressources du travail

Ensuite, cette étude postule que les divers construits regroupés sous la coupe de l'organisation du travail puissent modérer la pénibilité du TSO. Plus spécifiquement, nous avons abordé les sujets de l'autonomie décisionnelle, du soutien social des pairs et de la supervision, de la rétribution monétaire, de la reconnaissance du travail ainsi que de la sécurité d'emploi avec les participantes à cette étude.

a) Autonomie décisionnelle

Au niveau de l'autonomie décisionnelle, le sujet a été abordé en évaluant la possibilité de refuser le surtemps ou encore d'avoir de la latitude dans son attribution. Ainsi, plus de la moitié des participantes a relevé qu'une certaine part de la gestion des horaires relevait de négociations informelles entre infirmières ou avec la direction, qualifiant le processus de : « *donnant-donnant* » (N3). L'une d'elles nous confirme qu'elle pouvait refuser le temps supplémentaire dans le cas où elle avait un rendez-vous médical à l'extérieur du travail ou même si elle était : « [...] *trop fatiguée* [et que] *déontologiquement*, [elle] *n'aurait pas été apte* [à continuer de travailler] » (N4). Cependant, elle précise que lorsque pareille situation se présentait, elle devait : « *proposer une autre journée* » (N4) pour rattraper ce quart de surtemps perdu. Une autre nous confirme l'existence d'une liste, établie et entretenue par les infirmières elles-mêmes, qui détermine les tours d'imposition. Elle nous explique que : « [...] *ce n'est pas* [son] *chef* [qui imposait le surtemps, mais que les infirmières] *se géraient entre* [elles] » (N5). En contrepartie, tous les participants nous ont parlé de la pénibilité de la part d'obligation du temps supplémentaire. Ainsi, certaines répondantes ont qualifié cette atteinte à leur autonomie décisionnelle : « [...] *d'esclavagisme des temps modernes* » (N1) ou ont relevé s'être senti : « [...] *pris en otage* » (N5, N6), n'ayant : « [...] *aucun* »

contrôle sur [leur] vie [et ce,] même en dehors du travail » (N3). Enfin, d'autres nous ont plutôt parlé de l'impossibilité de quitter le réseau public de la santé durant la période, car le gouvernement menaçait de couper pour 3 mois les permis d'exercice des infirmières ayant démissionné ou cherchant à œuvrer au sein d'agences de placement de personnel (N5).

b) Soutien social des collègues

Le bassin de ressources du travail dans lequel les infirmières peuvent puiser comprend les interactions qu'elles ont sur les lieux du travail. Nous postulons que ces dernières peuvent modérer les effets du TSO et l'intégralité de notre échantillon tend à confirmer que le soutien social des collègues y contribuerait. Ainsi, l'une des répondantes nous explique que la relativement faible mobilité des postes, associée à la région où elle évolue, pousse ses collègues à développer de meilleures relations sociales à long terme, évoquant qu'elles vont travailler ensemble : « *pendant les deux, trois ou même dix prochaines années [et qu'en conséquent, elles sont] toutes très accommodantes* » (N1) face aux attributions du temps supplémentaire. Bien que la stabilité des équipes dans le temps ne soit pas applicable à toutes les répondantes, les notions d'accommodations et de solidarité face au TSO reviennent dans pratiquement toutes les entrevues. Ainsi, l'une des répondantes a qualifié ses relations entre collègues d'incroyables en nous expliquant qu'elles avaient : « *vraiment un bel esprit d'équipe [et qu'elles étaient] là les unes pour les autres* » (N3) et ce, particulièrement lorsqu'il était question de se répartir le temps supplémentaire. Une autre nous explique que malgré les moments plus tendus en ce qui a trait à la gestion des horaires, ses collègues et elle se : « *considéraient comme une petite famille [et avaient] un sentiment de loyauté* » (N5). En contrepartie de ces éléments positifs, certaines autres participantes nous ont plutôt parlé d'un manque important quant au soutien des pairs durant la pandémie et, conséquemment, d'un accroissement de la pénibilité du TSO. Ainsi, l'une d'elles nous raconte avoir éprouvé des difficultés à être intégrée dans sa nouvelle équipe de travail : « *qui était [déjà] tissée serrée* » (N2). Or, cette dernière nous rapporte que l'absence du soutien social des pairs lui aura fait vivre : « *l'enfer* » (N2) durant cette période et ce, jusqu'à temps qu'elle quitte son poste. Enfin, une autre nous parle des difficultés à maintenir le niveau de soutien social des pairs d'avant la pandémie, alors que les contextes changent. Citant pour cause le TSO, le roulement de personnel ou encore les autres directives organisationnelles à suivre, elle nous explique qu'au sein de son équipe, elles n'ont pas : « *su se renouveler* » (N4). Alors qu'elles se voyaient : « *beaucoup à l'extérieur [et*

qu'elles] *debriefaient tout le monde ensemble [...] quand [elles vivaient] des choses difficiles [avant la pandémie], [...] là, ça ne se faisait plus* » (N4).

c) Soutien social du superviseur

Puis, pour ce qui est du soutien social du superviseur, toutes les répondantes ont évoqué son importance dans le contexte du temps supplémentaire. Effectivement, la moitié d'entre elles nous ont offert des exemples de situations où leur gestionnaire allégeait la pénibilité du temps supplémentaire, notamment en offrant des accommodations face au TSO ou encore en aidant leur personnel à développer des stratégies de *coping* adaptées aux exigences élevées du travail. L'une des répondantes nous raconte que son chef de service effectuait des rencontres d'équipes hebdomadaires au cours desquelles il parlait des nouveaux changements organisationnels et profitait de l'opportunité pour leur parler de gestion du stress. « *Elle nous parlait de méditation, du programme d'aide aux employés et [nous rappelait que] sa porte était tout le temps ouverte [pour nous écouter]* » (N3). Revenant sur la valeur de pareilles interventions, cette même répondante explique que l'important, c'est : « *le fait de sentir qu'on n'est pas toutes seules, [que son gestionnaire] se bat avec [elles et qu'il est] dans le même bateau [que son personnel infirmier]* » (N3). En contrepartie, la pénibilité de l'absence de ce soutien social a été mentionné par l'ensemble des répondantes, notamment dans des contextes variés où le responsable de service était fréquemment perçu comme n'étant pas assez présent pour les employés qu'il supervise. Effectivement, plusieurs témoignages ont fait état du peu de confiance accordé à de nombreux responsables, surtout lorsque ceux-ci étaient perçus comme étant incompetents ou encore sans connaissance pratique du milieu de travail. « *On a été laissé à nous-mêmes,* » (N2) nous explique l'une des répondantes. « *Les gestionnaires, plus haut, ne [se] mêlaient même pas [de l'application du TSO]. Ça nous revenait, aux employés, à l'équipe de travail* » (N2). Ainsi, plus de la moitié des répondantes nous ont révélé n'avoir perçu aucun soutien social de la part de la supervision ou encore l'ont qualifié de mésadapté. En guise d'exemple l'une des infirmières nous a raconté que son : « *chef de service [...] faisait tirer des cartes[-cadeaux] de la SAQ (Société des alcools du Québec) [pour les remercier de faire du TSO],* » (N4) résultant en une culture organisationnelle au sein de laquelle beaucoup de ses collègues ont développé des problèmes d'alcoolisme.

Enfin, bien que nous n'ayons expressément posé de question sur le niveau de soutien des instances syndicales, quelques répondantes nous ont parlé de leur déception quant au manque

d'implication de leur part. À ce titre, l'une des participantes nous explique, d'un ton ironique, qu'à un moment particulier : « *il y a eu 20 TSO sur [son] unité de travail dans la semaine et le syndicat est venu [leur] porter des stylos* » (N3). Cette perception de relative impertinence a été réitérée par plusieurs autres participants au projet de recherche.

d) Rétribution monétaire

Pour ce qui est du niveau de satisfaction face à la rétribution monétaire, l'entière de notre échantillon nous a confirmé ne pas s'être senti motivé par la bonification de la rémunération durant la période. Que cette rétribution touche directement le salariat, la multiplication des taux horaires en fonction de l'extension du temps de travail ou encore les primes dites *de temps plein* ou *d'assiduité* non renouvelables, toutes les participantes ont rapporté ne pas percevoir ses mesures comme étant motivantes. Ainsi, l'une d'elle nous explique : « *que la plupart de [ses] collègues et [elle-même] ont été insultés, [car] ce n'est pas ça [qu'elles voulaient]* » (N5). Elle ajoute un peu plus tard que : « *les primes ne restent pas dans le temps, [et que les infirmières souhaitaient plutôt avoir] une qualité de vie* » (N5). Ironique, une autre répondante ajoute que les gestionnaires devraient plutôt : « *[prendre] cet argent-là et [engager] du monde* » (N3) pour pallier aux carences de personnel. Enfin, certaines infirmières nous ont plutôt parlé d'un effet associé à l'allocation des primes contraire à celui escompté, coupant leur motivation à travailler. « *On dirait que ça a enlevé encore plus la reconnaissance du public,* » (N5) nous explique l'une d'elle, évaluant que la perception du métier d'infirmière perdait ainsi de son sens.

e) Reconnaissance du travail

Ainsi, en ce qui a trait à la reconnaissance du travail, aucune des participantes à cette étude ne nous a parlé d'un niveau de reconnaissance jugé suffisant vis-à-vis de l'application du TSO. Ainsi, l'une des répondantes nous explique que ses efforts quant au surtemps étaient vite oubliés : « *parce que tout le monde en faisait* » (N2). L'application systématique de la pratique étant pointée du doigt, une infirmière nous raconte le manque de considération de la direction en évoquant que : « *[ce n'est] pas très valorisant quand tu viens de faire deux TSO de suite et qu'on t'appelle et qu'on t'harcèle encore pour que t'en fasse [davantage]* » (N3). « *On s'en fout que t'aie ton enfant à aller chercher, [...] c'est comme si on n'avait rien en dehors du travail* » (N3). Effectivement, le manque de reconnaissance allégué a été relevé par toutes les participantes à l'étude, créant un climat de travail difficile ou la plupart se sentaient comme étant : « *des numéros* » (N3, N6, N7). D'ailleurs,

au-delà de la reconnaissance et de la valorisation du travail, c'est presque tout notre échantillon qui nous a parlé de la dévalorisation vécue par les employés refusant d'effectuer du temps supplémentaire. Deux types de dévalorisation ont été évoquées, soit la désapprobation du reste du personnel infirmier, devant reprendre le quart de travail en TSO, ou plutôt par le biais de remontrances et de menaces de la part de la direction. Dans ce premier cas, refuser le TSO : « *crée beaucoup de tensions au sein de l'équipe, [car si] tu ne le fais pas, c'est ta collègue qui est obligée de le faire* » (N2). Dans le second, une répondante nous explique que : « *c'est sûr que c'est insécurisant* » (N7). « *À un moment donné, si tu refuses trop [de quarts de travail en TSO, les gestionnaires] peuvent te faire des menaces, [...] te faire perdre des années d'ancienneté [ou encore] te suspendre* » (N2). Bref, cette tension avec la direction, qualifiée de : « *chantage* » (N3) par plusieurs interlocutrices, contribuerait selon celles-ci à la pénibilité du TSO.

f) Sécurité d'emploi

Enfin, pour ce qui est de la sécurité d'emploi, toutes les répondantes ont affirmé qu'elle puisse modérer les effets délétères du TSO. Soulignant la nature conventionnée de leurs milieux de travail, plusieurs infirmières nous ont parlé d'une perception élevée de sécurité d'emploi. « [Le TSO] *ne m'apporte pas [...] un sentiment de sécurité [...] d'emploi [que j'ai] d'une manière ou d'une autre, [...] TSO ou non* » (N6), nous explique l'une des répondantes. Il est par ailleurs intéressant de noter que plusieurs participantes avaient déjà quitté le poste qu'elles occupaient au début de la pandémie au moment d'effectuer l'entrevue.

4.1.4. Détail de l'épuisement professionnel

Afin d'évaluer les impacts du TSO sur les infirmières, nous avons collecté des données portant sur les diverses dimensions de l'épuisement professionnel. Ainsi, cette section présente le détail des thématiques abordées, soit l'épuisement émotionnel, l'épuisement physique, le cynisme, la dépersonnalisation ainsi que le sentiment d'inefficacité.

a) Épuisement émotionnel

Au niveau de l'épuisement émotionnel, l'intégralité des répondantes a confirmé l'effet délétère de l'imposition de surtemps. Effectivement, l'accroissement des heures de travail ainsi que

l'amenuisement correspondant des ressources émotionnelles mène à l'épuisement émotionnel et se répercute sur la santé mentale de ces travailleuses. L'une d'elles nous explique : « *qu'à l'urgence, [tu as] le temps de vivre tes émotions [seulement durant] ta pause. [...] Ce n'est pas le temps de commencer à pleurer quand quelqu'un meurt dans [tes] bras* » (N3). Elle ajoute que cet état, lorsqu'étiré dans le temps, mène au stress ou encore à l'apathie : « *ça a un impact au niveau émotionnel, [...] ça c'est indéniable* » (N3). Une autre explique plutôt que les moments normalement dédiés à prendre soin d'elle et de sa famille : « *n'existaient plus* » (N4) et que leur absence aurait catalysé l'épuisement émotionnel par le biais de la frustration. Ainsi, une infirmière vient directement répondre à notre questionnement en exprimant qu'à son avis, la seule différence notable entre le TSO et le temps supplémentaire volontaire est d'être forcé à : « *jongler* » (N4) de ses émotions avec la vie hors-travail, soit de concilier son état émotif et les contraintes temporelles liées aux horaires. Enfin, la plupart des répondantes nous confirment que cet état d'épuisement émotionnel les aurait menées à certaines comorbidités en lien avec la santé mentale, évoquant la détresse psychologique, l'hypersensibilité émotive, les crises de panique ou encore les diagnostics de troubles de l'anxiété généralisée ou du stress post-traumatique.

b) Épuisement physique

Parallèlement, nous avons questionné notre échantillon quant aux liens entre l'épuisement physique ainsi que le TSO. Toutes nous ont parlé de la fatigue physique et l'ont associée à l'imposition du surtemps. L'une des participantes nous explique que dans de pareilles circonstances, l'enchaînement des TSO fait en sorte que : « *tu ne dors [plus], parce que tu vas au-delà de tes limites [et] que tu ne prends plus le temps de prendre soin de toi* » (N4). Bien que plusieurs nous aient parlé de problèmes d'insomnie y étant associés, ce qui nous apparaît le plus saillant de cette thématique est la capacité amoindrie à récupérer entre les quarts de travail. Ainsi, l'une des répondantes nous explique avoir somatisé une part du stress émanant du TSO, résultant en un état d'apathie. Effectivement, elle était : « *beaucoup trop fatiguée pour être fâchée à ce moment-là* » (N5). En contrepartie, plusieurs nous ont dit que la fatigue extrême se répercutait sur leur prestation de travail, expliquant que : « *quand on est fatigué, on a plus de difficultés à gérer [et il] y a des choses qu'on n'aurait pas dites ou qu'on n'aurait pas faites de la même façon [sans cette fatigue-là]* » (N4). Enfin, les problèmes d'insomnie ont été rapportés par pratiquement toutes les participantes, difficultés que l'une d'elles résume en nous disant que : « *[lorsque tu] reviens [de*

travailler], *t'es stressée, tu ne dors pas bien, tu ne dors pas assez. Tu recommences le soir encore... Ce n'est pas juste la fatigue d'un quart de travail à un autre, c'est l'accumulation* » (N2).

c) Cynisme

Cet effet d'épuisement physique nous mène donc à celui du cynisme, soit d'évaluer comment le TSO a pu se refléter dans les perceptions des infirmières, soit au niveau de leur patience et de leur motivation ou encore de leur perception de la valeur de leur travail. La plupart des participantes à l'étude nous ont confirmé que leur niveau de patience avait décliné durant la période pandémique, notamment en ce qui a trait à leurs relations avec leurs collègues ainsi qu'avec la direction. À cet égard, l'une des répondantes nous confirme que le TSO aurait : « *dévalorisé [sa] perception de l'employeur, [car bien qu'elle exerce] un beau métier, [elle se sentait] à la merci de tout le monde* » (N2). Parallèlement, toutes ont évoqué l'émergence d'une irritabilité ou d'impatience que certaines participantes expliquent comme découlant toutes deux du manque de sommeil engendré par le temps supplémentaire. Ensuite, au chapitre du niveau de la motivation au travail, toutes nous ont parlé d'un découragement tangible, le qualifiant même : « *d'écœurement* » (N6), « *d'écœurantite* » (N5) ou même de désespoir face au fait que : « *personne n'était là pour [les] aider. [Au] fait de [se] sentir toute seule avec [ses] collègues [...], de [se] sentir prise* » (N5). Il est cependant à noter que, pour certaines, l'engagement au travail s'est maintenu durant cette période grâce à l'importance accordée à la relation d'aide professionnelle et ce, malgré les frustrations susmentionnées. Ainsi, l'une des participantes nous explique que sa perception de la valeur de son travail a été rehaussée parce qu'elle s'est rendue compte qu'elle était indispensable à la société dans pareil contexte, s'exclamant que : « *ça prend des infirmières, ça prend du monde* » (N1)! Une autre explique que si les infirmières restent en poste : « *c'est que personne d'autre n'est là pour le faire. Que [tu] sois en TSO ou non, tu réanimés des gens, tu sauves des vies* » (N3).

d) Dépersonnalisation

L'épuisement peut aussi se manifester dans d'autres perceptions des infirmières, tel que la dépersonnalisation des services. Alors que la profession lie typiquement les actes médicaux au travail social lié aux soins, le niveau de sensibilité des infirmières envers les usagers de l'hôpital a été altéré pour près de la moitié des répondants durant la période. L'une d'elles nous explique que suite à un quart de travail ponctué par la mort de divers patients, la venue d'un usager ayant un problème mineur lui était difficile à gérer. Elle nous explique que : « *émotivement, il y a des fois*

[ou elle n'est] *pas capable de répondre à l'attente*, [car] *le TS [et] le TSO modulent vraiment cette émotivité-là* [ainsi que la] *façon de répondre aux besoins des usagers* » (N4). Une autre confirme ce risque en évoquant parfois travailler : « *en pilote automatique, [n'ayant] plus d'émotions* » (N3). « [Quand] *tu es plus fatiguée, c'est sûr que tu consacres moins de temps à tes patients, tu es moins à l'écoute* » (N2). Cet état d'apathie n'est pourtant pas généralisé, alors que l'une des répondantes évoque plutôt avec culpabilité des moments où elle : « *pognait les nerfs après les patients [et qu'elle] ne se reconnaissait plus, [qu'elle n'était] plus l'infirmière [qu'elle souhaitait] être* » (N3). On constate dès lors que la dépersonnalisation des services rendus a des répercussions sur la perception de soi, via le sentiment d'inefficacité personnelle.

e) Sentiment d'inefficacité personnelle

Effectivement, ces diverses perceptions que les infirmières se font quant à leur travail ou quant aux relations sociales qui y figurent sont parfois complémentaires à celles qu'elles ont d'elles-mêmes. Ainsi, le sentiment d'inefficacité personnelle est le dernier sous-construit de l'épuisement professionnel évalué au sein des entretiens et a été évoqué par l'entièreté des participantes comme étant une conséquence du TSO. Ainsi, pour plusieurs, la capacité à résoudre des problèmes était amoindrie lorsque le temps supplémentaire s'ajoutait à leurs heures de travail. L'une des participantes nous explique qu'avec la fatigue accumulée, elle : « *ne réfléchissait plus, [...] travaillait moins vite [et ne se sentait plus] sécuritaire* » (N3) dans l'exercice de ses tâches, craignant de faire des erreurs et doutant même de son propre jugement professionnel. Une autre ajoute que le temps supplémentaire diminuait sa vigilance et la poussait à constamment se remettre en question face aux tâches accomplies, ne se souvenant plus de si elle les avait exécutées ou non, se demandant parfois : « *J'ai-tu fait ça?* » (N5) Enfin, elle contextualise en évoquant qu'avoir : « *l'impression de faire un job à moitié* » (N5) vient avec son lot de culpabilité, ajoutant que même si elle sait que l'organisation du travail n'est pas de son ressort, « *si [elle] fait une [erreur professionnelle], c'est quand même [elle], la responsable* » (N5).

4.2. Présentation des données secondaires

La présente section a pour objectif de présenter la collecte de données secondaires effectuée. Effectivement, afin de suppléer la portée analytique de ce mémoire, nous avons colligé des données secondaires consistant en une revue de presse ainsi qu'un retour sur la documentation à valeur légale pertinente au contexte à l'étude. D'une part, nous avons ressassé les articles de journaux pertinents aux indicateurs visés et les critères de sélection nous ont permis d'obtenir 21 articles. Parmi ceux-ci, seulement 11 nous permettent de contribuer aux propositions de recherche. D'autre part, nous avons répertorié les modifications entourant l'organisation du travail des infirmières ayant pris place durant la période pandémique notamment en évaluant les normes, règlements, lois et orientations gouvernementales. Bien que le tout soit récapitulé au sein du **Tableau 6** ci-dessous, nous en faisons l'exposé ici-bas.

Ainsi, le contenu des articles de journaux contribue à notre recherche dans la mesure où il porte sur des thématiques directement analogues. Effectivement, les conclusions qui y figurent semblent toutes appuyer les *verbatim* présentés précédemment. Plusieurs de ces textes consistent en des entrevues accordées à des infirmières décrivant les conditions de l'organisation de leur travail ou l'absence de ressources et liant celles-ci à la survenue de l'EP^{44,45,46,47,48}. D'autres reposent plutôt sur des analyses de données d'emploi de la profession ou encore de la FIQ et relient les

⁴⁴ Cousineau, M.-È. (2022, 18 mai). Au secours des soignants épuisés. Le Devoir. <https://www.ledevoir.com/societe/sante/712428/au-secours-des-soignants-epuises>

⁴⁵ Cousineau, M.-È. et Porter, I. (2022, 5 mars). Soigner la COVID-19 pendant deux ans. Le Devoir. <https://www.ledevoir.com/societe/682044/coronavirus-soigner-la-covid-pendant-deux-ans>

⁴⁶ Duchaine, G. et Lacoursière, A. (2021, 14 octobre). Punie pour avoir refusé des heures supplémentaires obligatoires. La Presse. <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2021-10-14/punie-pour-avoir-refuse-des-heures-supplementaires-obligatoires.php>

⁴⁷ Dussault, L. (2024, 24 septembre). « C'est de la poudre aux yeux ». La Presse. <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2021-09-24/primas-aux-infirmieres/c-est-de-la-poudre-aux-yeux.php>

⁴⁸ Bilodeau, É. et Gagnon, K. (2021, 22 septembre). C'est pire que jamais. La Presse. <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2021-09-22/ruptures-de-services/c-est-pire-que-jamais.php>

conditions de l'organisation du travail à l'amplification de l'EP^{49,50,51}. Enfin, les derniers articles sont des textes d'opinion appuyant les propositions de recherche^{52,53,54}.

Puis, pour ce qui est de la documentation à valeur légale, nous y avons inclus la *Convention collective 2021-2023*⁵⁵ signée par le CPNSSS ainsi que la FIQ. Cette dernière est d'intérêt, car elle met de l'avant les soucis des infirmières vis-à-vis de la reconnaissance du temps de travail et ce, en période pandémique. Plus particulièrement, les gains syndicaux portent entre-autres sur les heures travaillées en temps partiel, l'accessibilité aux journées de vacances, la reconnaissance du temps supplémentaire aux fins de l'ancienneté ainsi que la régularisation des négociations locales quant aux horaires de travail. De plus, nous avons inclus dans ces données secondaires l'arrêté ministériel⁵⁶ modifiant le recours aux agences de placement de personnel. Ledit arrêté a pour but de limiter les fuites du personnel d'établissement public vers ces agences en empêchant les infirmières démissionnaires de pratiquer et, de ce fait, maintient davantage d'infirmières en poste. Enfin, le *Plan d'action*⁵⁷ du MSSS vient souligner l'importance d'endiguer complètement le TSO en augmentant les effectifs de personnel infirmier et administratif. Ce dernier vient mettre de l'avant la reconnaissance de l'État vis-à-vis de la nécessité de nouvelles politiques publiques encadrant le recours au TSO.

⁴⁹ Archambault, H. et Duchaine, H. (2021, 27 novembre). Près de 16% des infirmières ne sont pas à leur poste.

Journal de Montréal. <https://www.tvanouvelles.ca/2021/11/27/pres-de-16-des-infirmieres-ne-sont-pas-a-leur-poste>

⁵⁰ Parée, I. (2021, 29 octobre). Le taux d'absence maladie chez les infirmières atteint un sommet. Le Devoir.

<https://www.ledevoir.com/societe/sante/643758/covid-19-le-taux-d-absence-maladie-chez-les-infirmieres-atteint-un-sommet>

⁵¹ Kabbaj, R. (2021, 16 octobre). La FIQ veut mettre fin au temps supplémentaire obligatoire. Le Devoir.

<https://www.ledevoir.com/societe/sante/640047/fiq-non-au-temps-supplementaire-obligatoire>

⁵² Touzin, C. (2021, 15 mars). Derrière l'image captée sur le vif. La Presse. <https://www.lapresse.ca/actualites/covid-19/2021-03-15/un-an-de-pandemie/derriere-l-image-captée-sur-le-vif.php>

⁵³ Nguyen, M. A., Williams-Jones, B. et Abtroun, S. N. (2021, 16 février). Pour en finir avec le temps supplémentaire obligatoire. L'Actualité. <https://lactualite.com/sante-et-science/pour-en-finir-avec-le-temps-supplementaire-obligatoire/>

⁵⁴ Journet, P. (2021, 25 septembre). Ceci n'est pas encore une révolution. La Presse.

<https://www.lapresse.ca/actualites/chroniques/2021-09-25/ceci-n-est-pas-encore-une-revolution.php>

⁵⁵ Convention collective. (2021, 10 octobre). Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux et Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec-FIQ

⁵⁶ *Arrêté du MSSS no 2021-017*

⁵⁷ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (29 mars 2022). Plus humain, plus performant : Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé. (publication no 21-210-216F)

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-210-216F.pdf>

Tableau 6: Récapitulatif des données secondaires

Catégorie	Source	Titre	Auteur(s)	Date	Objet(s) pertinent(s)
Journal	<i>Le Devoir</i>	Au secours des soignants épuisés	Cousineau, M.-È.	18 mai 2022	Soutiens sociaux des collègues et de la supervision modèrent TSO-EP
	<i>Le Devoir</i>	Soigner la COVID-19 pendant deux ans	Cousineau, M.-È. et Porter, I.	5 mars 2022	Mauvaise gestion des horaires et des vacances amplifie TSO-EP, amplifie spécifiquement épuisement émotionnel Temps de travail général associé aux symptômes d'EP, comorbidités d'EP, dépersonnalisation Soutien social de la supervision modère TSO-EP Autonomie décisionnelle modère TSO-EP Relations causales circulaires entre divers symptômes d'EP
	<i>Journal de Montréal</i>	Près de 16% des infirmières ne sont pas à leur poste	Archambault, H. et Duchaine, H.	27 novembre 2021	Adéquation des effectifs de personnel modère la relation TSO-EP, cyclique
	<i>Le Devoir</i>	Le taux d'absence maladie chez les infirmières atteint un sommet	Parée, I.	29 octobre 2021	Association positive TSO et absentéisme Adéquation des effectifs de personnel modère TSO-EP, cyclique
	<i>Le Devoir</i>	La FIQ veut mettre fin au temps supplémentaire obligatoire	Kabbaj, R.	16 octobre 2021	Rémunération ne modère pas TSO-EP Association positive TSO-EP via conciliation travail-

					<p>famille</p> <p>Surcharge de travail accentue</p> <p>l'association TSO-EP, cyclique</p>
	<i>La Presse</i>	Punie pour avoir refusé des heures supplémentaires obligatoires	Duchaine, G. et Lacoursière, A.	14 octobre 2021	<p>Autonomie décisionnelle modère TSO-EP</p> <p>Absence de la reconnaissance du travail modère TSO-EP, spécifiquement dévalorisation</p>
	<i>La Presse</i>	Ceci n'est pas une révolution	Journet, P.	25 septembre 2021	<p>Rémunération ne modère pas TSO-EP</p> <p>Surcharge de travail accentue</p> <p>l'association TSO-EP, cyclique</p> <p>Autonomie décisionnelle modère TSO-EP</p>
	<i>La Presse</i>	« C'est de la poudre aux yeux »	Dussault, L.	24 septembre 2021	<p>Rémunération ne modère pas TSO-EP</p> <p>Association positive TSO-EP</p>
	<i>La Presse</i>	C'est pire que jamais	Bilodeau, É. et Gagnon, K.	22 septembre 2021	<p>Autonomie décisionnelle modère TSO-EP</p> <p>Adéquation des effectifs de personnel modère TSO-EP, cyclique</p>
	<i>La Presse</i>	Derrière l'image captée sur le vif	Touzin, C.	15 mars 2021	<p>Association positive TSO-EP</p> <p>Soutien social des collègues modère TSO-EP</p>
	<i>L'Actualité</i>	Pour en finir avec le temps supplémentaire obligatoire	Nguyen, M. A., Williams-Jones, B. et Abtroun, S. N.	16 février 2021	<p>Association positive TSO-EP, spécifiquement épuisement physique et cynisme</p> <p>Absence de reconnaissance du travail et</p>

					dévalorisation modèrent TSO-EP Soutien social des collègues modère TSO-EP
Documents connexes		<i>Convention collective 2021-2023</i>	CPNSSS et FIQ	10 octobre 2021	Renouvellement de convention collective en période pandémique Gains vis-à-vis des heures de travail en temps partiel Plus grande accessibilité aux journées de vacances Reconnaissance des heures travaillées en temps supplémentaire aux fins de l'ancienneté Régularisation et mécanismes de négociations locales des horaires de travail Augmentations à la rétribution monétaire
		<i>Arrêté ministériel no 2021-017</i>	MSSS	26 mars 2021	Arrêté encadrant le recours aux agences de placement de personnel pour faire face à la pénurie de main-d'œuvre infirmières
		<i>Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé no 21-210-216F</i>	MSSS	29 mars 2022	Plan d'action visant à détailler des mesures gouvernementales encadrant le système public de santé. Porte spécifiquement sur le TSO et admet que des politiques

					publiques doivent l'enrayer complètement, notamment en augmentant les effectifs de personnel infirmier. Aucune mesure n'est nommée pour la rétention du personnel, mais plusieurs portent plutôt sur l'accélération et la valorisation de la formation de nouvelles infirmières. Le plan d'action promet de plus l'embauche de personnel administratif afin de réduire les surcharges de travail dues aux processus administratifs.
--	--	--	--	--	---

CHAPITRE 5 : DISCUSSION

Ce dernier chapitre est composé de six sections. Il débute avec une synthèse de la démarche scientifique, incluant un retour sur les objectifs de recherche ainsi que sur les altérations consenties à la méthodologie de recherche (5.1.). Il enchaîne en présentant les thématiques qui viennent appuyer ou infirmer les propositions de recherche (5.2.). Puis, il aborde les nouvelles clés de compréhension émergeant de l'analyse des entrevues et les compare aux connaissances établies par la littérature scientifique (5.3.). Enfin, ce chapitre aborde les limites de l'étude (5.4.) et enchaîne avec la conclusion de ce mémoire.

5.1. Synthèse de la démarche scientifique

La présente section consiste en un retour sur la question et les objectifs de recherche dans un premier temps. Puis, elle enchaîne avec une synthèse de la démarche scientifique et présente la triangulation effectuée afin de s'assurer de la validité des données. Rappelons ici que ce mémoire a pour but de répondre à la question suivante :

« Le temps supplémentaire obligatoire est-il associé à l'épuisement professionnel des infirmières québécoises en période de crise sanitaire COVID-19 ? »

Pour se faire, nous avons détaillé quatre propositions de recherche auxquelles nous tentons de répondre au sein de ce chapitre. La *Proposition 1* stipule que le TSO est associé à des symptômes d'EP plus élevés. La *Proposition 2*, quant à elle, affirme que les autres demandes contractuelles quantitatives sont associées à des symptômes d'EP plus élevés. Puis, la *Proposition 3* stipule que les conditions de l'organisation du travail modèrent l'association du TSO aux symptômes d'EP. Enfin, la *Proposition 4* affirme que la disponibilité des ressources au travail modère l'association du TSO aux symptômes d'EP. L'objectif global est de comparer la spécificité du milieu hospitalier public québécois à des modèles préexistants pour en faire une généralisation théorique et, conséquemment cerner quels leviers organisationnels sont pertinents pour endiguer la pénibilité du TSO.

Afin de répondre à l'objectif global de cette recherche, nous avons employé un devis de recherche inductif et basé sur des entrevues individuelles semi-dirigées. Les participants à l'étude ont été recrutés par courriel et nous nous sommes assurés qu'ils respectaient les critères d'inclusion suivants : la typologie contractuelle, le syndicat d'affiliation, les titres réguliers et milieux d'emploi ainsi que le fait d'avoir subi le TSO au travail. C'est à l'aide d'une grille d'entrevue ancrée dans la théorie du COR ainsi que basée sur les modèles JDR et JDCA que nous avons pu rencontrer sept participants afin qu'ils nous partagent leurs expériences professionnelles. Afin de solidifier la validité ainsi que la crédibilité de l'étude, nous avons colligé des données secondaires auxquelles nous avons comparé le contenu des *verbatim*. Enfin, nous avons fait un retour sur les modèles préexistants afin d'en venir à des conclusions aux propositions de recherche.

5.2. Contribution aux propositions de recherche

Cette section démontre comment les résultats viennent contribuer aux propositions de recherche. Nous répondons successivement à ces propositions et y accolons, dans un premier temps, une synthèse des liens expliqués par les indicateurs recodés. Ensuite, dans un second temps, nous supplémentons chacune de ces discussions à l'aide des données secondaires (5.2.1.). Puis nous faisons un aparté quant aux explications alternatives à celles mises de l'avant par l'analyse de contenu thématique (5.2.2.). Enfin, nous concluons cette section en dressant un portrait unifié des liens confirmés, soit en proposant un modèle de généralisation théorique (5.2.3.).

5.2.1. Retour sur les propositions de recherche

5.2.1.1. Proposition 1 : Le temps supplémentaire obligatoire est associé à l'augmentation de symptômes d'épuisement professionnel

Les entrevues effectuées semblent corroborer qu'il existerait un lien positif d'association entre l'implémentation des quarts de travail en TSO ainsi que plusieurs symptômes de l'EP. Bien que l'EP soit un construit complexe et étant subdivisé en diverses dimensions, toutes celles qui ont été identifiées pour cette recherche nous apparaissent être liées, à des degrés divers, à l'imposition du surtemps. Il est d'ailleurs à noter que l'utilisation de données secondaires nous permet de renforcer ces constats.

a) TSO et EP global

Les explications offertes par nos interlocutrices nous permettent de constater que le TSO contribuerait à l'émergence de symptômes auto-perpétuant de l'EP, soit que l'apparition d'une part de ceux-ci favoriserait l'émergence et l'amplification des autres. Par exemple, considérons l'effet du TSO sur l'épuisement physique des infirmières. Notre échantillon nous a offert divers exemples associant l'augmentation du temps de travail aux contraintes temporelles pouvant y être associée. Ainsi, une infirmière donnée devant enchaîner plus d'un quart de travail de suite serait davantage à risque d'avoir des difficultés à conserver un cycle de sommeil sain. Tour à tour, ces difficultés quant au sommeil peuvent causer une fatigue physique généralisée qui, subséquemment, se répercute sur les autres symptômes de l'EP. Émergeant de cet état de fatigue, on pourrait par la suite constater une certaine frustration face à l'organisation du travail ou, au contraire, une apathie face aux situations professionnelles vécues. Ces manifestations de l'épuisement émotionnel pourraient ensuite influencer les perceptions des infirmières et ainsi de suite. Nous comprenons donc que le TSO est définitivement associé à l'EP ainsi qu'à ses dimensions, mais sans pour autant être en mesure d'élucider avec précision comment les dimensions de l'EP interagissent entres-elles ensuite.

D'ailleurs, les données secondaires tendent à confirmer ce lien d'association. Effectivement, plusieurs articles de journaux vont dans ce sens en reconnaissant les liens

intrinsèques entre le TSO et l'EP via l'accroissement de la pénibilité du travail^{58,59}, de l'épuisement physique⁶⁰, du cynisme⁶¹ et des taux d'absentéisme⁶² ainsi que l'émergence de difficultés fonctionnelles individuelles lors de la conciliation travail-famille⁶³. Enfin, bien que les documents à valeur légale abordent le TSO comme étant une pratique devant être bannie^{64,65}, à terme, aucun ne se prononce directement sur son lien d'association avec l'EP.

b) TSO et épuisement émotionnel

Nous affirmons que le TSO s'associe assurément aux symptômes d'épuisement émotionnel par le billet de l'amenuisement des ressources émotionnelles disponibles aux infirmières durant l'exercice de leurs fonctions. Effectivement, avec la contraction des moments de repos hors-travail due au TSO, les infirmières sont davantage à risque de vivre des frustrations sur les lieux du travail, de l'apathie liée à la fatigue ou encore de développer des comorbidités psychologiques en lien avec le travail, tel que le stress professionnel ou post-traumatique, la détresse psychologique ainsi que les troubles de l'anxiété.

c) TSO et épuisement physique

Parallèlement, nous confirmons que le TSO s'associe définitivement aux symptômes d'épuisement physique via, entre-autres, l'altération de la durée ou de la qualité du sommeil des infirmières. Que ce soit en augmentant la prévalence des problèmes d'insomnie hors-travail ou plutôt en causant une fatigue résiduelle causée par l'augmentation du nombre d'heures travaillées, l'imposition du surtemps mène directement à la survenue de l'épuisement physique.

d) TSO et cynisme

Ensuite, nous estimons qu'il soit probable que le TSO s'associe au cynisme propre à l'EP. Bien que nous affirmions avec confiance que les deux précédents construits s'associent au TSO,

⁵⁸ Dussault (2024, 24 septembre)

⁵⁹ Touzin (2021, 15 mars)

⁶⁰ Nguyen, Williams-Jones et Abtroup (2021, 16 février)

⁶¹ Nguyen, Williams-Jones et Abtroup (2021, 16 février)

⁶² Parée (2021, 29 octobre)

⁶³ Kabbaj (2021, 16 octobre)

⁶⁴ *Plan d'action du MSSS no 21-210-216F*

⁶⁵ Convention collective. (2021, 10 octobre). Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux et Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec-FIQ

ce dernier est plus complexe à évaluer, car les différents indicateurs déterminés pour cette variable nous poussent à des conclusions différentes.

Ainsi, le TSO entretiendrait potentiellement un lien d'association à la perception de la valeur du travail. D'une part, certaines infirmières ont vu cette perception se dégrader à cause du TSO. D'autre part, certaines autres infirmières l'ont plutôt vu augmenter, dans un contexte où ce dernier était jugé utile à la société. De cette utilité perçue, émergerait un facteur de protection important face à l'épuisement. Ce constat nous pousse à rappeler que bien que nous nous intéressions principalement aux contributions de facteurs organisationnels sur la santé mentale d'individus, soit aux effets d'un *mésosystème* sur un *microsystème*, des différences individuelles semblent modérer ces liens.

Ensuite, nous pouvons affirmer que le TSO s'associe à un plus faible niveau de motivation. Cette dynamique s'explique en alliant les frustrations, dues à l'imposition du temps supplémentaire, à la fatigue physique, due à l'augmentation des heures de travail, ainsi qu'au sentiment de désespoir émergeant du manque de recours contre l'imposition.

Enfin, nous estimons que le TSO s'associe à un plus haut niveau d'impatience ou encore d'irritabilité. Pour des motifs analogues à la faible motivation, l'impatience découlerait directement de la fatigue et des frustrations associées à l'EP.

e) TSO et dépersonnalisation

Puis, nous pouvons considérer que le TSO est associé à une plus grande dépersonnalisation des services et soins octroyés par les infirmières. Effectivement, bien que les participants à cette étude nous aient parlé de l'importance de maintenir un niveau fonctionnel dans les relations humaines supplémentées aux soins prodigués, il apparaît évident que les effets susmentionnés influencent la sensibilité de certaines infirmières. Ainsi, la dépersonnalisation des soins serait une potentielle conséquence du TSO via l'accroissement de la fatigue et de la frustration ainsi que la déplétion des ressources émotionnelles. Il est à noter que cette dépersonnalisation, une fois constatée, contribuerait fréquemment au sentiment d'inefficacité.

f) TSO et sentiment d'inefficacité personnelle

Finalement, nous estimons que le TSO est associé à un sentiment d'inefficacité personnelle plus élevé. Cette relation prend racine, d'une part, dans le fait que cette pratique est à la fois exigeante et banalisée, créant une culture organisationnelle du dépassement de soi. Ainsi, que ce soit par rapport aux objectifs organisationnels ou en ayant le bien-être des usagers hospitaliers à cœur, le TSO crée des attentes perçues comme étant irréalistes par les travailleuses et font émerger un sentiment de culpabilité lorsque non rencontrées. Parallèlement et d'autre part, le sentiment d'inefficacité personnelle émerge en réaction au TSO lorsque la fatigue diminue la performance des infirmières, notamment au niveau de leur vigilance ou de leur jugement professionnel.

5.2.1.2. Proposition 2 : Les autres demandes contractuelles quantitatives sont associées à l'augmentation de symptômes d'épuisement professionnel

Cette étude tend à suggérer un lien d'association positif entre diverses demandes contractuelles quantitatives, excluant le TSO, et les symptômes de l'EP. Bien que cette seconde proposition soit définie en moins de profondeur que les autres, elle a pourtant une fonction importante au sein de l'étude. Son objectif est de différencier les effets de diverses dimensions du temps de travail à ceux du TSO et, ainsi, fournir des pistes de solution présentables lorsque nous discuterons d'interprétations alternatives à celles préconisées par les *Propositions 1, 3 et 4*. Pour ce faire, nous faisons donc l'exposé des dimensions et codes propres aux demandes contractuelles quantitatives hors TSO, en les mettant en lien au construit global de l'EP.

Il importe de plus à noter que la crédibilité des données primaires semble être faiblement renforcée par un unique article de journal déniché. Effectivement, ce dernier porte sur les liens d'association entre, d'une part, la mauvaise gestion des horaires ainsi que l'ablation des périodes de vacances et, d'autre part, l'épuisement émotionnel vécu par les infirmières⁶⁶. Cet article affirme que, de façon plus générale, la durée du temps de travail tend à influencer la survenue de plusieurs symptômes de l'EP, notamment la dépersonnalisation, ainsi que d'autres comorbidités

⁶⁶ Cousineau et Porter (2022, 5 mars)

psychologiques⁶⁷. Ces conclusions vont dans le même sens que celles découlant des données primaires.

a) Durée du temps de travail

Bien que le devis de recherche n'ait pas exploré avec profondeur les liens directs entre les durées quotidienne et hebdomadaire du temps de travail ainsi que les symptômes de l'EP, nous pouvons supposer qu'ils entretiennent tout de même un lien positif d'association. D'une part, en suivant le lien logique entre le TSO et la fatigue physique, il est aisé d'affirmer que l'augmentation de la durée du temps de travail quotidien contribuerait aussi à l'amenuisement de la qualité et de la quantité de sommeil et, conséquemment, de l'émergence d'autres symptômes d'EP. D'autre part, au niveau du temps de travail hebdomadaire, on ne peut négliger les effets de l'allongement des semaines de travail sur la fatigue physique, dans un contexte où le temps de repos hors travail est réduit. Par ailleurs, bien que les rehaussements de poste en temps complet n'aient touché qu'une portion de la population à l'étude, nous ne pouvons négliger ses impacts pour des motifs analogues. Enfin, à la potentielle fatigue associée aux rehaussements de poste s'ajoute l'atteinte à l'autonomie décisionnelle et tout ce qui en découle, alors que ce sont fréquemment des changements d'horaire imposés. Nous verrons l'effets de ces atteintes un peu plus loin.

b) Horaires irréguliers

La présente étude ne permet pas de se prononcer sur un lien d'association entre l'irrégularité des horaires ainsi que les symptômes d'EP. Effectivement, nous n'avons pas réussi à prélever de données portant sur des horaires irréguliers sans qu'ils soient considérés comme étant du temps supplémentaire, suivant les quarts normaux de travail. Effectivement, aucune participante de notre échantillon n'a eu à se mettre en disponibilité aux fins des listes de rappel, ce qui les aurait forcées à évoluer selon un horaire atypique.

c) Temps supplémentaire

Nous pouvons affirmer avec certitude que le temps supplémentaire est associé à l'augmentation des symptômes de l'EP. Effectivement, la plupart des logiques opérantes du TSO s'appliquent ici et ce, malgré que nous puissions douter de celles qui touchent à l'autonomie

⁶⁷ Cousineau et Porter (2022, 5 mars)

décisionnelle face aux horaires. Ainsi, nous pourrions déduire que le temps supplémentaire cause moins de frustrations aux infirmières, car celles-ci sont davantage impliquées dans le processus de son attribution. Nous aurions cependant probablement tort, car la notion de volontariat est perçue comme étant relative par plusieurs infirmières. Effectivement, deux situations sont possibles quant à l'implémentation du temps supplémentaire. La première consiste en une attribution des quarts de temps supplémentaires via l'emploi de listes énumérant les tours successifs de reprise de ces quarts, permettant de qualifier le temps supplémentaire de volontaire. La deuxième consiste plutôt en l'imposition du surtemps, car personne à l'extérieur du milieu de travail n'est disponible pour effectuer le quart visé. Ainsi, quoiqu'il arrive, ces travailleuses sont tout de même contraintes à devoir effectuer ces quarts de travail. Parallèlement, l'attribution du temps supplémentaire volontaire cacherait fréquemment le TSO déguisé. Un motif explicatif de cette situation est la reddition de compte des gestionnaires vis-à-vis de leurs objectifs opérationnels. Nous supposons donc que l'autonomie décisionnelle face au TSO ne serait pas augmentée lorsque les infirmières effectuent du temps supplémentaire volontaire et, qu'en conséquence, il existerait tout de même une association positive entre le temps supplémentaire et la frustration caractéristique à l'épuisement émotionnel.

d) Gestion des horaires à moyen et long terme

Enfin, nous supposons que les mécanismes employés pour la gestion des horaires à moyen et long termes sont associés aux symptômes de l'EP. Bien que ces construits émanent directement des entrevues, ils reprennent la plupart des logiques opérantes du TSO et s'en distinguent par leur objet : la perte d'accès aux congés pour vacances prévus aux conventions collectives ainsi que la détérioration de l'aptitude des gestionnaires en ressources humaines à offrir des horaires prévisibles pour leur personnel. En premier lieu, nous supposons que couper dans les vacances du personnel infirmier se répercute sur sa capacité à récupérer hors travail et, conséquemment, contribue au maintien voire à l'amplification de son état de fatigue physique, pourtant caractéristique à l'épuisement professionnel. En deuxième lieu, les difficultés rencontrées par les infirmières afin d'avoir une planification claire de leurs horaires pourraient influencer, d'une part, le climat de travail dans lequel elles évoluent, modifiant la perception qu'elles ont de leur travail et de leurs gestionnaires. D'autre part, les difficultés de planification d'horaire pourraient amplifier les conflits travail-famille et, subséquemment, favoriser l'émergence des symptômes de l'EP.

5.2.1.3. Proposition 3 : Les conditions de l'organisation du travail pourraient modérer l'association du temps supplémentaire obligatoire aux symptômes d'épuisement professionnel

Le devis de recherche nous permet d'affirmer que la pénibilité du TSO et, plus spécifiquement, ses effets sur la survenue de symptômes d'EP pourraient être atténués par les conditions de l'organisation du travail. À ce titre, les charges de travail et leur répartition, l'adéquation des effectifs de personnel y étant associée ainsi que les tensions en lien avec l'organisation du travail pourraient modérer ces liens.

Effectivement, plusieurs articles de journaux tendent à corroborer ces conclusions. Ainsi, plusieurs articles évoquent les répercussions de la surcharge de travail sur la pénibilité du travail en contexte de TSO, notamment en expliquant comment cette surcharge vient s'insérer dans un cycle auto-perpétuant^{68,69}. Parallèlement, l'adéquation des effectifs de personnel semble aussi être pointée du doigt quant à son rôle contributif à l'émergence de l'EP^{70,71,72}. Cependant, les tensions quant à l'organisation du travail ne sont pas évoquées par ces données comme étant un facteur contribuant au lien d'association entre le TSO et l'EP, ce qui nous pousse donc à relativiser la portée des conclusions découlant des entrevues vis-à-vis de cet indicateur. Enfin, bien que tous les documents à valeur légale précités portent de près ou de loin sur l'organisation du travail, seules les revendications syndicales portées par la FIQ, au sein de leur *Convention Collective* de 2021, tendent à corroborer le rôle de modération de l'organisation du travail vis-à-vis du TSO et de l'EP⁷³.

a) Charge de travail

Nous pouvons affirmer que les augmentations qualitatives et quantitatives de la charge de travail du personnel infirmier modèrent l'association entre le TSO et certains symptômes d'EP. En d'autres mots, la surcharge de travail amplifie le lien unissant les demandes contractuelles quantitatives par le biais de l'intensification du travail. D'une part, la surcharge qualitative de travail, découlant de tâches normalement attribuées à d'autres corps d'emploi, pourrait catalyser le

⁶⁸ Kabbaj (2021, 16 octobre)

⁶⁹ Journet (2021, 25 septembre)

⁷⁰ Archambault et Duchaine (2021, 27 novembre)

⁷¹ Parée (2021, 29 octobre)

⁷² Bilodeau et (2021, 22 septembre)

⁷³ Convention collective. (2021, 10 octobre). Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux et Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec-FIQ

cynisme ou encore le sentiment d'inefficacité vécus en réaction aux difficultés rencontrées dans l'exercice de ces nouvelles tâches pour lesquelles le personnel infirmier n'est pas spécialisé. D'autre part, la surcharge quantitative de travail contribuerait à l'émergence de la fatigue physique par le biais de l'amplification des exigences du travail. Enfin, le contexte pandémique emmène son lot de complications en augmentant à la fois la quantité de temps devant être attribuée à la gestion des EPIs ainsi qu'à l'adaptation aux changements administratifs. Dans ce premier cas, nous alléguons que la gestion des EPIs amplifie les symptômes d'EP pour des motifs analogues à la surcharge quantitative de travail, car le temps attribué à l'habillement et au déshabillage couperait dans celui qui est disponible pour les tâches régulières. Dans ce second cas, les changements administratifs dans l'organisation du travail ainsi que la bureaucratisation de l'emploi contribueraient à l'amplification des effets délétères du TSO par des mécanismes similaires à ceux de la surcharge qualitative de travail.

b) Adéquation des effectifs de personnel

La présente étude permet d'affirmer que l'inadéquation des effectifs de personnel modère le lien d'association entre le TSO et certains symptômes d'EP. Qu'il soit question d'une carence de personnel infirmier, résultant en une surcharge quantitative de travail pour ce dernier, ou plutôt d'une carence des effectifs des autres catégories de travailleurs, résultant en des surcharges qualitatives de travail pour les infirmières, le niveau d'adéquation des effectifs de personnels altère la pénibilité du TSO en employant influençant la répartition des charges de travail.

c) Tensions quant à l'organisation du travail

Enfin, nous pouvons supposer que la présence de tensions en lien avec l'organisation du travail modère l'association du TSO à certains symptômes d'EP. À cet égard, les tractations officieuses entre les infirmières et leurs gestionnaires pour la répartition du temps supplémentaire pourraient amplifier ou atténuer certaines dimensions de l'EP par le biais de frustrations vécues sur les lieux du travail ainsi que du cynisme y étant associé. À ce titre, il suffit d'évoquer la perception que se font les infirmières imposées de leurs gestionnaires ou encore de leur milieu d'emploi pour réaliser la pénibilité de ce mode de gestion allégué. De plus, le climat de travail tendu et exigeant, prévalant durant la pandémie, pourrait modérer le lien d'association du TSO à certaines dimensions de l'EP. Ainsi, ces tensions quant à l'organisation des heures de travail peuvent se refléter sur le sentiment d'efficacité personnelle, notamment en ce qui a trait à la part de responsabilité assumée

par les travailleuses. À cet égard, la nécessité de devoir empêcher tout bris de service pourrait amplifier la culpabilité des infirmières qui, nous pouvons le supposer aux fins de cet exemple, craindrait davantage de faire des erreurs professionnelles. Enfin, cette responsabilité pourrait tour à tour influencer la survenue d'autres symptômes d'EP.

5.2.1.4. Proposition 4 : La disponibilité des ressources au travail pourrait modérer l'association du temps supplémentaire obligatoire à l'épuisement professionnel

Cette étude nous permet d'affirmer que le lien d'association entre le TSO et la survenue de certains symptômes d'EP pourrait être altéré par la disponibilité de certaines ressources du travail étudiées. À cet égard, nous pouvons supposer que l'autonomie décisionnelle, les soutiens sociaux des collègues et du superviseur ainsi que la reconnaissance du travail modèrent cette association. En contrepartie, le présent devis ne permet pas de conclure que la rétribution monétaire ni la sécurité d'emploi puisse modérer cette relation.

D'ailleurs, la majorité de ces conclusions sont appuyées par les données secondaires prélevées. Effectivement, plusieurs articles de journaux tendent à confirmer les rôles modérateurs de l'autonomie décisionnelle^{74,75,76,77}, du soutien social des collègues^{78,79,80}, du soutien social de la supervision^{81,82} ainsi que de la reconnaissance du travail, notamment quand il est question de dévalorisation de la profession^{83,84}. De plus, nos conclusions quant à la rétribution monétaire, soit d'absence d'un rôle de modération, semblent être renforcées par plusieurs sources^{85,86}. Enfin, la sécurité d'emploi n'est abordée qu'au sein des documents émis par le gouvernement ainsi que le syndicat de la FIQ et ce, sans pour autant la mettre en lien avec les construits à l'étude. Il est d'ailleurs intéressant de constater que ces sources légales tendent à mettre davantage d'emphase

⁷⁴ Cousineau et Porter (2022, 5 mars)

⁷⁵ Duchaine et Lacoursière (2021, 14 octobre)

⁷⁶ Journet (2021, 25 septembre)

⁷⁷ Bilodeau et Gagnon (2021, 22 septembre)

⁷⁸ Cousineau (2022, 18 mai)

⁷⁹ Touzin (2021, 15 mars)

⁸⁰ Nguyen, Williams-Jones, Abtroun (2021, 16 février)

⁸¹ Cousineau (2022, 18 mai)

⁸² Cousineau et Porter (2022, 5 mars)

⁸³ Duchaine et Lacoursière (2021, 14 octobre)

⁸⁴ Nguyen, Williams-Jones, Abtroun (2021, 16 février)

⁸⁵ Kabbaj (2021, 16 octobre)

⁸⁶ Journet (2021, 25 septembre)

sur les ressources financières mises à disposition des infirmières^{87,88} plutôt que sur les autres éléments précités, nous faisant douter de la pertinence de ces politiques.

a) Autonomie décisionnelle

Nous pouvons supposer que l'autonomie décisionnelle face au temps supplémentaire modère les incidences du TSO sur la survenue de certains symptômes d'EP. Effectivement, lorsque les infirmières ont davantage de latitude dans la détermination des horaires, celles-ci semblent avoir davantage de facilité à concilier les exigences du travail avec leurs obligations familiales. Tour à tour, la possibilité de modifier certaines caractéristiques du temps de travail réduirait les frustrations vécues quant au TSO et, ainsi, pourrait atténuer les autres symptômes de l'EP, tel que la prévalence de perceptions négatives des modalités entourant le travail. À *contrario*, lorsque le temps supplémentaire est imposé et fait abstraction de l'autonomie décisionnelle, certaines frustrations se manifestent et catalysent l'apparition du cynisme. Pour des motifs analogues, la possibilité de pouvoir décider de la distribution des quarts en temps supplémentaires entre infirmières permettrait de plus facilement faire état des besoins de chacune d'entre-elles et, conséquemment, réduirait les risques physiques liés à la fatigue.

b) Soutien social des collègues

Cette étude permet d'affirmer que le soutien social des collègues modère le lien d'association entre le TSO et certains symptômes d'EP. À l'instar de l'autonomie décisionnelle, le support social des collègues vient parfois atténuer la pénibilité du surtemps en impliquant les collègues dans le processus de son attribution et menant à des possibilités d'accommodation d'horaire. Bien qu'il y ait une certaine superposition de ces construits, le soutien social des collègues comprend davantage de codes qui viennent justifier son lien de modération, tel que la nature des liens unissant les infirmières. Ainsi, le soutien social des collègues porterait aussi sur les sentiments de loyauté et de solidarité. Nous supposons donc que ces éléments atténueraient la pénibilité du TSO, notamment en se présentant comme facteur de protection face à la survenue de certaines comorbidités psychologiques, de perceptions cyniques ou même du sentiment d'inefficacité personnelle. En contrepartie de ses effets d'atténuation lorsque présent, ce projet de

⁸⁷ Arrêté du MSSS no 2021-017

⁸⁸ Plan d'action du MSSS no 21-210-216F

recherche permet de supposer que l'absence de soutien social des collègues contribuerait à l'amplification de symptômes d'EP mentionnés précédemment.

c) Soutien social du superviseur

Puis, en ce qui a trait au soutien social du superviseur, les données tendent à corroborer son rôle de modération dans le lien d'association entre le TSO et les symptômes d'EP. Effectivement, sa présence viendrait atténuer la pénibilité du surtemps par le biais de l'atténuation des perceptions cyniques pouvant découler des frustrations entourant le temps de travail. À ce titre, l'implication de gestionnaires au sein des équipes de travail contribuerait aux sentiments de solidarité et de loyauté des infirmières, évoqués précédemment, et deviendrait donc un facteur de protection pour celles-ci, de façon analogue au soutien social des collègues. Par ailleurs, notre étude tend à démontrer que l'absence du soutien social de la supervision contribuerait à la pénibilité du TSO, notamment en créant un environnement de travail propice au désengagement et au cynisme face aux conditions de travail.

d) Rétribution monétaire

La présente recherche semble suggérer que la rémunération n'ait pas d'effet de modération sur l'association entre le TSO et l'EP. Effectivement, les données tendent à démontrer que la bonification de la rémunération n'aurait qu'un très faible effet motivationnel sur les infirmières et ne contribuerait pas à rendre le temps supplémentaire plus acceptable. Bien que les données ne semblent pas confirmer de lien de modération, nous supposons cependant que la rétribution monétaire pourrait avoir un effet positif indirect sur les infirmières via l'allègement de leurs conditions de vie hors-travail. Il est d'ailleurs à noter que bien qu'anecdotique, cette bonification de la rémunération est associée à une plus faible reconnaissance du travail infirmier selon certaines d'entre-elles.

e) Reconnaissance du travail

Les données nous permettent d'affirmer que la reconnaissance du travail a un rôle de modération dans le lien d'association entre le TSO et certains symptômes d'EP. C'est cependant son absence qui semble y contribuer davantage. Effectivement, le sens individuellement accordé à l'exercice du travail serait directement affecté par la reconnaissance d'autrui et contribuerait donc à l'émergence et à l'amplification des frustrations, des pensées cyniques ainsi que du sentiment

d'inefficacité. Parallèlement, l'absence de la reconnaissance du travail par la supervision contribuerait à l'augmentation des tensions en lien avec l'organisation du travail, nous permettant de supposer de ses effets subséquents et positifs sur la prévalence de la frustration ainsi que du cynisme. Enfin, la dévalorisation du personnel semble aussi modérer les effets du TSO sur l'apparition et le maintien des symptômes d'EP. D'une part, la dévalorisation provenant des collègues, augmente les tensions au sein des équipes quant à l'organisation du travail. D'autre part, la dévalorisation provenant de la supervision semble aussi amplifier le cynisme ainsi que le sentiment d'inefficacité personnel par le biais de l'insécurité d'emploi. Effectivement, l'emploi de menaces y étant fréquemment associé, en lien avec le travail ou la durée du temps de travail, participerait à ces effets délétères et contribuerait à la pénibilité du TSO.

f) Sécurité d'emploi

La sécurité d'emploi ne semble pas avoir de rôle de modération dans le lien d'association entre le TSO et les symptômes d'EP. Effectivement, bien que nous puissions supposer d'un pareil effet, la nature conventionnée des postes d'infirmières au sein des établissements hospitaliers publics se porte garante d'une certaine stabilité d'emploi. Nous reconnaissons cependant qu'il soit possible que la validité de construit de la grille d'entrevue, quant à cette dimension, soit trop faible pour nous mener à des conclusions pertinentes. Nous y reviendrons d'ailleurs au sein de la section des limites (5.4.).

5.2.2. Interprétations alternatives

Bien que l'analyse de contenu thématique effectuée repose sur de solides préceptes méthodologiques, nous ne pouvons négliger la possibilité qu'il existerait des raisonnements alternatifs à ceux desquels nous avons conclu. Effectivement, bien que nous ayons réussi à faire émerger une compréhension des modes opérants du TSO ainsi que de ses répercussions sur la santé mentale, nous ne pouvons fermer les yeux sur le contexte particulier de la pandémie de COVID-19 et de ses effets néfastes sur les infirmières. À juste titre et tel que relevé par plusieurs participantes, il devient difficile de conclure de l'effet spécifique du temps supplémentaire dans un contexte où de nombreuses infirmières sont confrontées par de fort taux de mortalité chez leurs

patients ainsi qu'un niveau de souffrance accru auxquels elles ne peuvent parfois pas remédier. Les effets de pareilles situations sont non-négligeables, notamment en ce qui a trait à l'amenuisement des ressources émotionnelles qui, nous le savons, se répercute sur les autres indicateurs de l'EP. Par ailleurs, bien que notre modèle considère les dimensions de l'organisation et des ressources du travail comme jouant un rôle de modération dans l'association du TSO à l'EP, il demeure possible que ces variables aient des incidences directes sur la survenue de l'EP et ce, sans égard pour l'application ou non du TSO. Nous recommandons donc de relativiser la portée des conclusions de ce mémoire en fonction des limites que nous présenterons à la section 5.4.

5.2.3. Sommaire des conclusions : demandes contractuelles quantitatives

Les liens explorés ci-haut nous mènent donc à générer un modèle que nous pourrions finalement comparer à ceux existant au sein de la recension de littérature. Le **Tableau 7** ci-dessous récapitule les conclusions propres aux *Propositions 1* et *2* de la section 5.2. et contribuant à la généralisation théorique de ce projet de recherche.

Tableau 7: Conclusions quant aux associations des demandes contractuelles quantitatives

Dimensions	Épuisement professionnel global	Épuisement émotionnel	Épuisement physique	Cynisme	Dépersonnalisation	Sentiment d'inefficacité personnelle
TSO	+	+	+	*	+	+
Durée journalière du temps de travail	*		+			
Horaires irréguliers						
Temps de travail hebdomadaire et contractualité	*		+			
Temps supplémentaire	+	+	+			
Gestion des horaires	*		*	*		
Demandes contractuelles quantitatives hors-TSO	*		*			

Légende

Association positive +
 Association potentiellement positive *
 Association négative -

5.3. Niveaux de convergences et de divergences théoriques

Afin d'évaluer les niveaux de convergence et de divergence des relations attendues entre nos variables, il importe de les reposer sur les modèles théoriques ayant dirigé ce projet de recherche. À ce titre, nous reviendrons brièvement sur le JDR et sa théorie sous-jacente, le COR, ainsi que le JDCS en décrivant successivement chacun d'entre eux et en y comparant l'analyse de nos données (5.3.1.). Nous enchaînerons ensuite en comparant les éléments de la recension de littérature à ces mêmes données (5.3.2.2.).

5.3.1. Convergences et divergences : Modèles et théories

5.3.1.1. Modèle Demandes-ressources (JDR) et Théorie de la Conservation des ressources (COR)

En ce qui a trait à la théorie du COR, cette dernière porte sur le besoin psychologique d'acquérir, de maintenir et de créer des ressources. Lorsque celles-ci sont menacées, perdues ou nécessitent davantage d'efforts dans leur maintien, un stress peut en émerger. Le JDR opérationnalise cette théorie en l'appliquant au monde du travail. Ce modèle stipule effectivement que les demandes et ressources du travail interagissent et influencent différemment certaines caractéristiques de l'EP. D'une part, les demandes contractuelles se reflètent sur l'épuisement, tant physique qu'émotionnel. D'autre part, les ressources se répercutent sur le cynisme et le sentiment d'efficacité personnelle. Enfin, l'EP y est conceptualisé comme étant une chaîne causale où l'épuisement amplifie tour-à-tour le cynisme et le sentiment d'efficacité personnelle.

Nos données tendent à converger avec l'entièreté de ce modèle. À l'instar du JDR, cette étude confirme les liens d'association entre les demandes contractuelles quantitatives générales et les niveaux d'épuisement, qu'ils soient physiques ou émotionnels. Nous constatons de plus que les demandes quantitatives se reflètent nettement moins sur le cynisme, la dépersonnalisation ainsi que le sentiment d'inefficacité personnelle. Bien que notre modèle diverge du JDR, notamment dans son intérêt plus prononcé sur l'extensification du temps de travail, il considère tout de même les exigences en matière de charge de travail. Effectivement, nos données observent que l'intensification de la charge de travail serait associée à l'EP et, plus spécifiquement à l'épuisement

physique. Enfin, l'inclusion des indicateurs portant sur les ressources du travail précisées au JDR nous permet de constater que leur absence contribuerait à l'EP. Elles influenceraient plus spécifiquement les perceptions, telles que le cynisme et le sentiment d'inefficacité personnelle. Les ressources en questions sont les niveaux de soutien sociaux, des pairs et de la supervision, de la reconnaissance du travail et de l'autonomie décisionnelle, tel que prévues dans le modèle JDR.

5.3.1.2. *Modèle Demandes-contrôle-soutien (JDCS)*

Puis, pour ce qui est du modèle JDCS, ce modèle met davantage d'emphase sur le lien d'association entre les exigences du travail ainsi que la latitude décisionnelle accordée aux travailleurs dans l'émergence des symptômes de l'EP. Toujours selon cette dernière, les situations mettant en commun des exigences de travail élevées et un plus faible niveau d'autonomie résulteraient en un certain niveau de souffrance. Enfin, ce modèle met une emphase prononcée sur le rôle modérateur du soutien social, autant des pairs que de la supervision, sur l'émergence des symptômes d'EP.

Nos données tendent à converger avec le modèle JDCS. Tout comme dans le cas du JDR, la présente étude démontre qu'il existe un lien d'association entre les demandes du travail, qu'elles portent globalement sur le temps de travail ou plutôt sur la charge de travail, et l'émergence de la détresse, ici caractérisée par les symptômes d'EP. Nos conclusions quant au rôle modérateur du soutien social au travail sont d'ailleurs corroborées par ce modèle. Enfin, bien que ces facteurs soient clairement mis de l'avant par notre étude, certains autres ne sont pas aussi conclusifs. Ainsi, notre étude nous permet d'énoncer que l'autonomie décisionnelle ainsi que les tensions quant à l'organisation du travail n'ont qu'un rôle potentiellement positif dans l'émergence de la souffrance. D'une part, nous nous attendions à ce que l'autonomie décisionnelle soit davantage mise de l'avant comme facteur contributif de l'EP. D'autre part, le construit des tensions quant à l'organisation du travail ne cerne qu'une portion des situations de type *iso-strain* et ne permet donc de conclure que d'un niveau de convergence partiel avec ce modèle.

5.3.2. Convergences et divergences : Indicateurs et recension

5.3.2.1. Demandes contractuelles quantitatives

Les indicateurs présentés dans la section d'analyse convergent avec ceux présentés dans la recension de littérature, mis à part celui d'irrégularité des horaires. Bien que ce premier chapitre ait répertorié un plus vaste ensemble de sujets que ceux qui ont été cernés aux fins de cette étude, nous pouvons constater de la crédibilité de la collecte qualitative de données en la reposant sur de nombreuses études quantitatives. Effectivement, à l'instar de la littérature scientifique, nous constatons que la durée globale du temps de travail est associée à davantage de symptômes d'EP (Dall'Ora et al., 2015 ; Stimpfel et al., 2012 ; Watanabe et Yamauchi, 2018 ; Burke et Greenglass, 2001). Plus spécifiquement et toujours dans cette logique comparative, nous corroborons que le temps supplémentaire est associé aux symptômes d'EP (Bae et Fabry, 2014 ; Stimpfel et al., 2012 ; Watanabe et Yamauchi, 2018 ; Dall'Ora et al., 2015). Parallèlement, nos données ne nous permettent pas de conclure de l'effet de l'irrégularité des horaires sur la survenue de l'EP.

5.3.2.2. Organisation du travail

Les indicateurs de l'organisation du travail convergent tous, à des degrés divers, avec la recension de littérature. Effectivement, nous pouvons conclure que la surcharge de travail (Aronsson et al. 2017 ; Burke et Greenglass, 2011 ; Cañadas-De la Fuente et al., 2013 ; Manzano Garcia et Ayala Calco, 2020) ainsi que de l'inadéquation des effectifs de personnel (Aiken et al., 2001 ; Burke et Greenglass, 2001 ; Kanai-Pak et al., 2008 ; Losa Iglesias et al., 2010 ; Manzano Garcia et Ayala Calco, 2020 ; Qu et Wang, 2015 ; Queiros et al., 2013 ; Watanabe et Yamauchi, 2018) ont un effet d'amplification des symptômes d'EP global et, plus spécifiquement, de l'épuisement physique, du cynisme ainsi que du sentiment d'inefficacité personnelle, à l'instar des recherches effectuées. Cependant nos données divergent de ces recherches quant aux effets des indicateurs précités sur l'épuisement émotionnel. Effectivement, la présente étude ne permet pas de conclure d'un rôle de modération de l'organisation du travail sur l'émergence de l'épuisement émotionnel. Enfin, nos données semblent être appuyées par la littérature vis-à-vis des situations de travail tendu (Ahola et Hakonen, 2007 ; Alarcon, 2011), bien que nous ne cernions que les tensions en lien avec l'organisation du travail.

5.3.2.3. Ressources du travail

Les indicateurs des ressources du travail semblent tous converger avec les éléments de la littérature scientifique. Premièrement, nous constatons que tout comme dans Aronsson et al. (2017), l'autonomie décisionnelle semble influencer l'épuisement émotionnel, bien que notre recherche tende à y accorder un rôle plus large, y influençant davantage de symptômes d'EP. Deuxièmement, à l'instar de la recherche à cet égard (Aronsson et al., 2017, Coffey et Coleman, 2001 et Marchand et al. 2005), le soutien social au travail, autant du superviseur que des collègues, modère assurément les liens entre le TSO et l'EP. À cet égard, nous constatons une convergence du rôle de modération du soutien social des collègues, atténuant le cynisme découlant du TSO (Coffey et Coleman, 2001) ainsi que, dans une moindre mesure, réduisant les risques de survenue de l'épuisement émotionnel (Coffey et Coleman, 2001). Troisièmement, contrairement à ce qui est suggéré par Aronsson et al. (2017), notre étude évoque que la rémunération ne semble pas avoir de rôle de modération dans la corrélation du TSO et de l'EP. En contrepartie, cette même étude stipule que le niveau de reconnaissance du travail entretiendrait une relation au TSO et à l'épuisement émotionnel (Aronsson et al. 2017), alors que le présent mémoire pousse à croire que la reconnaissance du travail aurait un rôle plus important qu'initialement envisagé. Enfin, quatrièmement, bien que Aronsson et al. (2017) ainsi que Burke et Greenglass (2001) suggèrent un effet de modération de la part de l'indicateur de la sécurité d'emploi, les données prélevées ne permettent pas de conclure de pareille incidence. Nous suspectons qu'il soit plus complexe d'aborder la sécurité d'emploi dans un contexte où les postes d'infirmières sont presque tous régis par une même convention collective.

5.3.2.4. Facteurs individuels et sociodémographiques

Enfin, en ce qui a trait aux facteurs individuels et sociodémographiques, le présent mémoire ne permet pas de tirer de solides conclusions. À ce titre, nous avons prélevé des données quant à l'âge, au genre, au nombre d'années d'expérience à titre d'infirmière ainsi qu'aux statuts marital et parental. Cependant, le devis de recherche employé ne permet pas d'arriver à des conclusions pertinentes en la matière. Effectivement, bien qu'un certain effort fut mis en place pour diversifier

l'échantillon ayant participé à l'étude, seulement sept entrevues étaient valides aux fins de la recherche.

5.4. Limites et pistes de réflexion

Cette section fait état des limites possibles à la recherche ainsi que des processus implémentés afin d'en atténuer les incidences. Elle conclue ensuite avec des pistes de réflexions.

Premièrement, nous reconnaissons le biais propre à l'interprétation du chercheur-étudiant (Yin, 2018). Étant l'unique individu impliqué dans l'enregistrement des entrevues ainsi que dans l'interprétation des données, il est possible que ses perceptions et croyances teintent la nature des conclusions à l'étude. Nous faisons donc état de ce positionnement axiologique afin de faire preuve de transparence à l'égard de biais pro-syndicaux et axés sur la promotion de la santé et le mieux-être au travail.

Deuxièmement, bien que nous visions la généralisation théorique des conclusions de cette étude, nous demeurons limités par la nature du devis de recherche (Yin, 2018). Effectivement, bien que nous ne puissions pas affirmer l'atteinte de pleines saturations empiriques ou théoriques dans un contexte où seulement 7 entretiens ont été effectués, certains mécanismes ont été préconisés afin de solidifier nos conclusions. D'une part, les préceptes de l'étude reposent sur des modèles théoriques robustes, tels que JDCS et JDR, ainsi que sur un outil psychométrique pertinent et spécialisé, soit le MBI-HSS. D'autre part, nous avons employé la triangulation théorique afin de crédibiliser ces données.

Troisièmement, le critère de reproductibilité de cette étude demeure limité en conséquence des paramètres sensibles de l'étude, tel que les contextes pandémiques et organisationnel du secteur hospitalier. Considérant que la reproductibilité soit essentielle à la poursuite de conclusions scientifiques, nous avons décidé de baser notre analyse thématique sur des modèles préexistants, résultant en des conclusions crédibles, car convergentes. De plus, nous nous sommes assurés d'employer des critères d'inclusion permettant de généraliser ces contextes, tel que la sélection de participants en se basant sur la typologie contractuelle, le syndicat d'appartenance, le titre régulier d'emploi ou encore le fait d'avoir dû effectuer du TSO durant la pandémie.

Quatrièmement, il subsiste certains risques associés à la relative homogénéité de notre échantillon. D'une part, ayant rencontré des difficultés face au recrutement des participants, nous n'avons pas pu effectuer de contrôle accru vis-à-vis de certains paramètres du milieu d'emploi, soit au niveau du département d'exercice ou de la ville dans lesquels la profession est exercée. Afin de minimiser l'incidence de ce risque, nous avons pluralisé les sources de données.

Cinquièmement, il est possible que certaines thématiques abordées aient été simplifiées à outrance afin de les traiter, réduisant la validité de construit et conséquemment la portée de notre travail analytique. Afin de mitiger ce risque, nous avons basé la grille d'entrevue sur des modèles robustes préexistants et nous sommes assurés d'effectuer plusieurs rondes de codages afin de raffiner les indicateurs employés à l'analyse de contenu thématique.

Enfin, bien que cette étude offre un éclairage pertinent sur les effets du TSO sur la survenue des symptômes de l'EP, plusieurs voies de recherche pourraient être explorées pour renforcer la portée et la robustesse de ses conclusions. Une première piste consisterait à élargir l'équipe de recherche afin de limiter le biais d'interprétation lié à la subjectivité d'un seul chercheur. Un pareil travail pourrait utiliser l'accord inter-juges afin de renforcer la puissance analytique des différentes vagues de codages. Parallèlement, un échantillonnage plus diversifié, intégrant des participants issus de départements et de localités variés, permettrait une généralisation théorique plus solide et nuancée des résultats obtenus. Une telle stratégie d'échantillonnage pourrait ainsi établir un certain nombre de cas limites d'intérêt et recruter des participants en fonction de ces derniers. En complément, le devis de recherche pourrait être altéré afin d'offrir une perspective plus claire de l'effet des modulations du recours au TSO. Ainsi et d'une part, une méthodologie longitudinale offrirait une perspective continue et dynamique des construits à l'étude, au fil des diverses périodes influençant les demandes du travail. D'autre part, une méthodologie quantitative apporterait une rigueur statistique qui pourrait corroborer les résultats qualitatifs, facilitant l'évaluation de la portée des conclusions et renforçant la crédibilité des tendances identifiées au sein de larges populations.

CONCLUSION

À la lumière de cette étude, nous constatons que la pandémie du coronavirus COVID-19 aura su laisser sa marque sur le secteur hospitalier québécois. Notamment, elle aura lourdement affecté les conditions de l'organisation du travail des infirmières et ce mémoire permet de conclure que l'accroissement du recours au TSO est associé à l'amplification des symptômes d'EP. Ce constat souligne l'importance de ramener le temps et la charge de travail infirmier à une échelle humaine. À ce titre et, en accord avec les revendications des infirmières et de leurs représentants syndicaux, ce *locus* d'intervention devrait primer sur toute autre stratégie visant l'amélioration de leurs conditions d'emploi. En conséquent, cette étude met de l'avant la nécessité d'augmenter le bassin de main-d'œuvre afin de réduire le recours au TSO.

À défaut de pouvoir influencer sur la fréquence de ce dernier, il importe donc de détailler les leviers organisationnels pouvant être actionnés afin d'alléger la pénibilité du travail. Ainsi, ce mémoire permet de conclure que le soutien social au travail ainsi que la reconnaissance du travail ont un rôle modérateur dans cette association. En conséquent, l'instauration d'une culture organisationnelle visant la promotion du soutien social des pairs et de la supervision ainsi que la valorisation du travail infirmier aurait certainement des retombées positives.

Pour ce faire, plusieurs pratiques organisationnelles pourraient être envisagées. Premièrement, en ce qui concerne le soutien social des pairs, il serait pertinent de valoriser les dispositifs de mentorat déjà mis en place, où des employés plus expérimentés accompagnent les nouveaux venus, renforçant les liens de solidarité et favorisant l'intégration de ces derniers. De plus, l'organisation régulière d'événements sociaux, tels que des déjeuners ou des sorties d'équipe, permettrait de créer un environnement propice à des interactions informelles et à l'échange. Deuxièmement, afin de renforcer le soutien social de la supervision, l'instauration de réunions régulières de rétroaction et d'accompagnement individuel entre les gestionnaires et leurs équipes apparaît comme une démarche essentielle. Ces espaces d'échange favorisent un climat de soutien et de validation des préoccupations des employés, contribuant ainsi à leur sentiment d'être écoutés et soutenus. De surcroît, la mise en place de formations ciblées à l'écoute active pour les gestionnaires et coordonnateurs, couplée à la promotion d'un modèle de *leadership* participatif, où les supérieurs hiérarchiques sollicitent activement les idées, les préoccupations et les suggestions

de leurs collaborateurs, renforcerait considérablement la qualité de la relation de soutien entre les travailleuses et leurs gestionnaires. Troisièmement, la valorisation du travail infirmier, à travers des programmes de reconnaissance professionnelle, des possibilités de formation continue et de certification ou encore des politiques favorisant l'équilibre travail-vie personnelle, serait essentielle pour renforcer le sentiment d'accomplissement et de satisfaction des infirmières. Ces mesures contribueraient à améliorer leur bien-être et à reconnaître l'importance de leur rôle au sein de l'organisation. Toutefois, il convient de souligner que toutes ces initiatives pourraient être perçues comme des demandes supplémentaires et qu'il conviendrait donc que leur mise en œuvre ne soit pas obligatoire pour toutes les infirmières. Enfin, il serait nécessaire de les intégrer de manière à ne pas entraîner une surcharge de travail, en les substituant, par exemple, à des heures effectives de travail ou encore par le biais des libérations syndicales.

En conclusion, les résultats de cette étude soulignent l'urgence d'adopter une approche globale et humaine pour améliorer les conditions de travail des infirmières du réseau hospitalier public québécois. La diminution du recours au TSO doit être un objectif primordial, tandis que, dans l'éventualité où ce recours persisterait, le soutien social et la valorisation du travail infirmier apparaissent comme des solutions essentielles pour atténuer ses effets sur la santé mentale et physique des professionnelles. Il est impératif que les recommandations proposées soient mises en œuvre de manière réfléchie et concertée, dans le respect de la réalité quotidienne des infirmières, afin de garantir des conditions de travail durables.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Table de la législation et de la réglementation

Code de déontologie des infirmières et infirmiers, R.R.Q, 1981, C.1-8, r.4, remplacé par *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, R.L.R.Q., C. 1-8, r.9 (entré en vigueur le 22 octobre 2015);

Code des professions, R.L.R.Q., c. C-26;

Code civil du Québec, R.L.R.Q., c. CCQ-1991;

Code du travail, R.L.R.Q., c. C-27;

Convention collective. (2016, 10 juillet). Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux et Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec-FIQ;

Convention collective. (2021, 10 octobre). Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux et Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec-FIQ;

Loi concernant les conditions de travail dans le secteur public, L.Q. 2005, c. 43;

Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, L.Q. 2015, c. 1, maintenant R.L.R.Q., c. O-7.2;

Loi sur la santé publique, R.L.R.Q., c. S-2.2, art. 118, 119 et 123;

Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, L.Q. 2003, c. 21;

Loi sur les infirmières et les infirmiers, R.L.R.Q., c. I-8;

Loi sur les normes du travail, R.L.R.Q., c. n-1.1;

Loi sur les services de santé et les services sociaux, R.L.R.Q., c. S-4.2, art. 2, 5, 7, 13, 100 et 101;

Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace, L.Q. 2023, c. 31;

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1 avril 2012). *Nomenclature des titres d'emploi, des libellés, des taux et des échelles de salaire du réseau de la santé et des services sociaux*. https://cpnsss.gouv.qc.ca/fileadmin/fichiers/Nomenclature/0.0_Nomenclature_2022-11-15.pdf;

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (04 avril 2020). *Arrêté concernant l'ordonnance de mesures visant à protéger la santé de la population dans la situation de pandémie de la COVID-19* (publication no 2020-015). https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/lois-reglements/AM_numero_2020-015.pdf?1586042112;

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (20 mars 2020). *Décret concernant le renouvellement de l'état d'urgence sanitaire sur tout le territoire québécois* (publication no 222-2020). <https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/lois-reglements/decret-222-2020.pdf?1584822791>;

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (21 mars 2020). *Arrêté concernant l'ordonnance de mesures visant à protéger la santé de la population dans la situation de pandémie de la COVID-19* (publication no 2020-007). https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/lois-reglements/AM_numero_2020-007.pdf;

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (26 mars 2021). *Arrêté concernant l'ordonnance de mesures visant à protéger la santé de la population dans la situation de pandémie de la COVID-19* (publication no 2021-017). <https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/lois-reglements/AM-2021-017.pdf?1616780924>;

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (29 mars 2022). *Plus humain, plus performant : Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé*. (publication no 21-210-216F) <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-210-216F.pdf>;

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (7 juin 2022). *Rapport d'événement sur l'état d'urgence sanitaire lié à la pandémie de la COVID-19* (publication no 22-210-17W). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003399/>.

Comité d'éthique de la recherche en sciences de la santé. (26 septembre 2023). *Certification d'approbation éthique du projet #2023-1430*.

Table de la jurisprudence

Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec - FIQ c. Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux - CPNSSS, 2019 QCTAT 5434;

Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec - FIQ c. Tribunal administratif du travail, 2022 QCCS 718;

Syndicat des professionnelles en soins des Cantons-de-l'Est - FIQ c. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, 2019 QCTAT 1912;

Syndicat interprofessionnel du CHU de Québec – FIQ c. Centre hospitalier universitaire de Québec – CHU de Québec, 2014 QCTA 836.

Table des références journalistiques

Archambault, H. et Duchaine, H. (2021, 27 novembre). Près de 16% des infirmières ne sont pas à leur poste. *Journal de Montréal*. <https://www.tvanouvelles.ca/2021/11/27/pres-de-16-des-infirmieres-ne-sont-pas-a-leur-poste>;

Bilodeau, É. et Gagnon, K. (2021, 22 septembre). C'est pire que jamais. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2021-09-22/ruptures-de-services/c-est-pire-que-jamais.php>;

Boily, D. et Gentile, D. (2021, 16 septembre). Infirmières : hausse de 20 % vers les agences privées. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1824579/exode-hopitaux-temps-supplementaire-horaires-quebec>;

Cousineau, M.-È. (2022, 18 mai). Au secours des soignants épuisés. *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com/societe/sante/712428/au-secours-des-soignants-epuises>;

Cousineau, M.-È. et Porter, I. (2022, 5 mars). Soigner la COVID-19 pendant deux ans. *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com/societe/682044/coronavirus-soigner-la-covid-pendant-deux-ans>;

Duchaine, G. (2021, 8 février). Fuite vers le privé. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/covid-19/2021-02-08/infirmieres/fuite-vers-le-prive.php>;

Duchaine, G. et Lacoursière, A. (2021, 14 octobre). Punie pour avoir refusé des heures supplémentaires obligatoires. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2021-10-14/punie-pour-avoir-refuse-des-heures-supplementaires-obligatoires.php>;

Dussault, L. (2024, 24 septembre). « C'est de la poudre aux yeux ». *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2021-09-24/primas-aux-infirmieres/c-est-de-la-poudre-aux-yeux.php>;

Emploi et Développement social Canada. (12 mai 2021). *Le gouvernement du Canada aide les infirmiers formés à l'étranger à faire reconnaître leurs titres de compétences et à trouver des emplois de qualité*. <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/nouvelles/2021/05/national-nurses-work--international-nurses-day-2021.html>;

Journet, P. (2021, 25 septembre). Ceci n'est pas encore une révolution. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/actualites/chroniques/2021-09-25/ceci-n-est-pas-encore-une-revolution.php>;

Kabbaj, R. (2021, 16 octobre). La FIQ veut mettre fin au temps supplémentaire obligatoire. *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com/societe/sante/640047/fiq-non-au-temps-supplementaire-obligatoire>;

Nguyen, M. A., Williams-Jones, B. et Abtroun, S. N. (2021, 16 février). Pour en finir avec le temps supplémentaire obligatoire. *L'Actualité*. <https://lactualite.com/sante-et-science/pour-en-finir-avec-le-temps-supplementaire-obligatoire/>;

Parée, I. (2021, 29 octobre). Le taux d'absence maladie chez les infirmières atteint un sommet. *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com/societe/sante/643758/covid-19-le-taux-d-absence-maladie-chez-les-infirmieres-atteint-un-sommet>;

Touzin, C. (2021, 15 mars). Derrière l'image captée sur le vif. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/actualites/covid-19/2021-03-15/un-an-de-pandemie/derriere-l-image-captee-sur-le-vif.php>.

Table bibliographique

Adriaenssens, J., De Gucht, V. et Maes, S. (2012). The impact of traumatic events on emergency room nurses : findings from a questionnaire survey. *Int. J. Nurs. Stud.*, 49(11), 1411-1422.;

Ahola, K. et Hakanen, J. (2007). Job strain, burnout, and depressive symptoms: a prospective study among dentists. *Journal of Affective Disorders*, 104(1-3).

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.03.004>;

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M. et al. (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Aff (Millwood)*, 20(3), 43-53.;

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. et Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*. 288(16), 1987-1993.;

Alacacioglu, A., Yavuzsen, T., Dirioz, M., Oztop, I. et Yilmaz, U. (2009). Burnout in nurses and physicians working at an oncology department. *Psychooncology*, 18(5), 543-548.;

Alarcon, G. M. (2011). A meta-analysis of burnout with job demands,resources, and attitudes. *Journal of Vocational Behavior*, 79(2), 549-562. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2011.03.007>;

Alarcon, G. M., Eschleman, K. J. et Bowling, N. A. (2009). Relationships between personality variables and burnout : A meta-analysis, *Work & Stress*, 23(3), 244-263.

<https://doi.org/10.1080/02678370903282600>;

Alexander, J. C., Giesen, B., Münch, R. et Semler, N. J. (1987). *The Micro-Macro link*.

Berkeley : University of California Press;

Al-Turki, H. A., Al-Turki, R. A., Al-Dardas, H. A., Al-Gazal, M. R., Al-Maghrabi, G. H, Al-Enizi, N. H. et Ghareeb, B. A. (2010). Burnout syndrome among multinational nurses working in Saudi Arabia. *Ann Afr Med.*, 9(4), 2269-229. <https://doi.org/10.4103/1596-3519.70960>;

Anadón, M. et Guillemette, F. (2006). La recherche qualitative est-elle nécessairement inductive? *Recherches qualitatives, Hors-série*, (5), 26-37.;

Aronsson, G., Theorell, T., Grape, T., Hammaström, A., Hogstedt, C., Marteinsdottir, I., Skoog, I., Träskman-Bendz, L. et Hall, C. (2017). A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. *BMC Public Health*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4153-7>;

Arrowsmith, J. et Mossé, P. (2000). Health Care Reform and the Working Time of Hospital Nurses in England and France. *European Journal of Industrial Relations*, 6(3), 283-306. <https://doi.org/10.1177/095968010063003>;

Bae, S.-H. et Fabry, D. (2014). Assessing the relationships between nurse work hours/overtime and nurse and patient outcomes : Systematic literature review. *Nursing Outlook*, 62(2), 138-156. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2013.10.009>;

Bakker, A. B. et De Vries, J. (2020). Job Demands-Resources theory and self-regulation : new explanations and remedies for job burnout. *Anxiety, Stress, and Coping*, 34(5), 1-21. <https://doi.org/10.1080/10615806.2020.1797695>;

Bakker, A. B., Demerouti, E., Taris, T. W., Schaufeli, W. B. et Schreurs, P. J. G. (2003). A Multigroup Analysis of the Job Demands-Resources Model in Four Home Care Organizations. *International Journal of Stress Management*, 10(1), 16-38. <https://doi.org/10.1037/1072-5245.10.1.16>;

Benoit, J. (2015). La réforme Barrette : cap sur le privé en santé. *Relations*, (781), 35-37.;

Bernier, J. (2011). *L'industrie des agences de travail temporaire : avis sur une proposition d'encadrement*. Cahier de transfert CT-2011-001, (1-62) ARUC, Québec : Université Laval;

Bilodeau, P.-L. et D'Amours, M. (dir.). 2020. *Fondements des relations industrielles* (2e éd.). Chenelière Éducation.;

Blais, M., et Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1-18.;

Bosek, M. S. (2001). Mandatory overtime: professional duty, harms, and justice. *JONAS Healthc Law Ethics Regul*, 3(4), 99-102.;

- Bouffartigue, P. et Bouteiller, J. (2002). L'érosion de la norme du temps de travail. *Travail et Emploi, (92)*, 43-55.;
- Bouffartigue, P. et Bouteiller, J. (2006). Jongleuses en blouse blanche. *Temporalités, (4)*;
- Bourhis, A., & Wils, T. (2001). L'éclatement de l'emploi traditionnel: Les défis posés par la diversité des emplois typiques et atypiques. *Relations industrielles, 56(1)*, 66-91.;
- Bourque, M. et Quesnel-Vallée, A. (2014). Intégrer les soins de santé et les services sociaux du Québec : la réforme Couillard de 2003. *Health Reform Observer – Observatoire des Réformes de Santé 2(2)*. <https://doi.org/10.13162/hro-ors.02.02.01>;
- Burke, R. J. et Greenglass, E. (2001). Hospital restructuring, work-family conflict and psychological burnout among nursing staff. *Psychology and Health, 32(5)*, 126-138. <https://doi.org/10.1080/08870446.2010.497267>;
- Calderón-de la Cruz, G., Merino-Soto, C., Juárez-García, A. Dominguez-Lara, S. Fernández-Arata, M. (2020). Is the factorial structure of the Maslach Burnout Inventory Human Service Survey (MBI-HSS) replicable in the nursing profession in Peru? A national study. *Enfermería Clínica, 30(5)*, 340-348. <https://doi.org/10.1016/j.enfcle.2019.12.004>;
- Cañadas-De la Fuente, G. A., Gómez-Urquiza, J. L., Ortega-Campos, E. M., Cañadas, G. R., Albendín-García, L., De la Fuente-Solana, E. I. (2018). Prevalence of burnout syndrome in oncology nursing: A meta-analytic study. *Psychooncology, 27(5)*, 1426-1433. <https://doi.org/10.1002/pon.4632>;
- Cañadas-De la Fuente, G. A., Vargas, C., San Luis, C., García, I., Cañadas, G. R. et De la Fuente-Solana, E. I. (2013). Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *International Journal of Nursing Studies, 52*, 240-249. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.07.001>;
- Capitulo, K. L., Ankner, M. L. et Miller, J. (2001). Professional responsibility versus mandatory overtime. *J Nur Adm, 31(6)*, 290-292.;
- Carrière, G., Park, J., Deng, Z. et Dafna, K. (2020, septembre). *Heures supplémentaires travaillées par le personnel professionnel en soins infirmiers pendant la pandémie de COVID-*

19 (publication n° 45280001). Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00074-fra.htm>;

Caruso, C. C. (2014). Negative Impacts of Shiftwork and Long Work Hours. *Rehabilitation Nurses*, 39(1), 16-25.;

Chapelle, F. (2018). *Risques psychosociaux et Qualité de Vie au Travail: en 36 notions*. Paris: Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.chape.2018.01.0107>;

Coffey, M. & Coleman, M. (2001). The relationship between support and stress in forensic community mental health nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 34(3), 397-407. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01770.x>;

Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail. (s.d.). *Droit de gestion*. [https://www.cnesst.gouv.qc.ca/fr/prevention-securite/milieu-travail-sain/droit-gestion#:~:text=C'est%20le%20droit%20de,bonne%20marche%20de%20ses%20affaires](https://www.cnesst.gouv.qc.ca/fr/prevention-securite/milieu-travail-sain/droit-gestion#:~:text=C'est%20le%20droit%20de,bonne%20marche%20de%20ses%20affaires;);

Curtin, L. L. (2002). The case against mandatory overtime. *Semin Nurse Manag.*, 10(4), 274-278.;

Cyr, A., Genin, É., Rossignol, C. et Vallée, G. (2019). Les droits de direction et l'obligation de disponibilité des salariés au-delà de leur temps de travail : l'exemple du travail infirmier. *Revue juridique Thémis*, 53(2), 267-322.;

Dall'Ora, C., Griffiths, P., Ball, J., Simon, M. et Aiken, L. H. (2015). Association of 12h shifts and nurses' job satisfaction, burnout and intention to leave : findings from a cross-sectional study of 12 European countries. *BMJ OPEN*, 5(9). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008331>;

Demerouti, E. et Euwema, M. (2005). Job Resources Buffer the Impact of Job Demands on Burnout. *Journal of occupational health psychology*, 10, 170-180. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.10.2.170>;

Demerouti, E., Nachreiner, F. et Schaufeli, W. (2001). The Job Demands-Resources Model of Burnout. *The Journal of applied psychology*, 86, 499-512. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.499>;

- Deslauriers, J.-P. (1991). *Recherche qualitative, guide pratique*. McGraw-Hill.;
- Dion, G. et Tessier, R. (1994). Validation de la traduction de l'Inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 26(2), 210-227. <https://doi.org/10.1037/0008-400X.26.2.210>;
- Dreison, K., Luther, L., Bonfils, K. A., Sliter, M. T., McGrew, J. H. et Salyers, M. P. (2018). Job burnout in mental health providers: A meta-analysis of 35 years of intervention research. *J. Occup Health Psychol*, 23(1), 18-30. <https://doi.org/10.1037/ocp0000047>;
- Drucker-Godard, C., Ehlinger, S. & Grenier, C. (2014). Chapitre 10. Validité et fiabilité de la recherche. Dans R.-A. Thiétart (dir.), *Méthodes de recherche en management* (p. 297-331). Paris: Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.thiet.2014.01.0297>;
- Dubois, C.-A. et Dussault, G. (2002/3). La politique des ressources humaines et la transformation de systèmes de soins. *Gestion*, (27), 57-63.;
- El-Hage, W. et al. (2020). Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) : quels risques pour leur santé mentale? *Encéphale*, 46(3), S73-S80. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.008>;
- Farguhar, J., Michels, N. et Robson, J. (2020). Triangulation in industrial qualitative case study research: Widening the scope, *Industrial Marketing Management* (87), 160-170. <https://doi.org/10.1016/j.indmarman.2020.02.001>;
- Gamble, K., Murthy, S., Silverberg, S. L., Gobat, N. et Puchalski Ritchie, L. M. (2022). Canadian critical care nurses experiences on the front lines of the COVID-19 pandemic: a qualitative descriptive study. *BMC nursing*, 21(1), 1-13
- Garrett, C. (2009). The Effect of Nurse Staffing Patterns on Medical Errors and Nurse Burnout. *AORN Journal*, 87(6), 1191-1204.;
- Gavard-Perret, M.-L., & Helme-Guizon, A. (2008). Choisir parmi les techniques spécifiques d'analyse qualitative. Dans M.-L. Gavard-Perret, D. Gotteland, C. Haon, A. Jolibert (dir.), *Méthodologie de la recherche: réussir son mémoire ou sa thèse en sciences de gestion* (Chap.7, p. 247-274). France : Pearson Education.;

- Genin, E. (2016). Proposal for a Theoretical Framework for the Analysis of Time Porosity, *International Journal of Comparative Labour Law and Industrial Relations* 32(3), 280-283.;
- Gil-Monte, P. (2005). Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) among Spanish professionals. *Rev Saude Publica*, 39(1), 1-8. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102005000100001>;
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44(3), 513-524. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.44.3.513>;
- Hobfoll, S. E. (2002). Social and Psychological Resources and Adaptation. *Review of General Psychology*, 6(4). <https://doi.org/10.1037/1089-2680.6.4.307>;
- Hobfoll, S. E., Freedy, J., Lane, C. et Geller, P. (1990) Conservation of resources: Social support resource theory. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7(4), 465-478. <https://doi.org/10.1177/0265407590074004>;
- Jansson-Fröjmark, M. et Lindblom, K. (2011). Is there a bidirectional link between insomnia and burnout? A prospective study in the Swedish workforce. *Int. J. Behav. Med.*, 17(4), 306-313.;
- Kanai-Pak, M., Aiken, L.H., Sloane, D.M. et Poghosyan, L. (2008). Poor work environments and nurse inexperience are associated with burnout, job dissatisfaction and quality deficits in Japanese hospitals. *J. Clin. Nurs.*, 17(24), 3324-3329.;
- Karasek, J. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain : Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285-308.;
- Karasek, R. et Theorell, T. (1990). *Healthy Work : Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. Basic Books.;
- Kompier, M. (2002). Job Design and Well-Being. Dans Schabracq, M. J., Winnubst, J. A. M. et Cooper, C. L. (dir.), *The Handbook of Work and Health Psychology* (2^e éd., p. 429-454). John Wiley & Sons, LTD.;
- Kristensen, T. et al. (2004). The distinction between work pace and working hours in the measurements of quantitative demands at work. *Work & Stress*, 18(4), 305-322. <https://doi.org/10.1002/smi.2460110104>;

- Kristensen, T. et al. (2006). The Copenhagen Psychosocial Questionnaire – A tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 31(6), 438-449. <https://doi.org/10.5271/sjweh.948>;
- Laforest, T. (2011). Des modèles de gestion à connaître : Lean, Six Sigma et Lean Six Sigma. In Fédération Interprofessionnelle de la Santé du Québec (Ed.), (Vol. 6).;
- Lapointe, P.-A., Chayer, M., Bernard Malo, F. et Rivard, L. (2000). La reconfiguration des soins de santé et la réorganisation du travail infirmier. *Nouvelles pratiques sociales*, 13(2), 164-180.;
- Leape, L. L. et al. (2012). Perspective : a culture of respect. Part 1 : The nature and causes of disrespectful behavior by physicians. *Acad. Med.*, 87(7), 845-852.;
- LHeureux, F., Truchot, D., Borteyrou, X. et Rascle, N. (2017). The maslach burnout inventory – Human services survey (mbi-hss): factor structure, wording effect and psychometric qualities of known problematic items. *Le travail humain*, 80(2), 161-186.
<https://doi.org/10.3917/th.802.0161>;
- Leo, C. G., Sabina, S., Tumolo, M. R., Bodini, A., Ponzini, G., Sabato, E., et Mincarone, P. (2021). Burnout among healthcare workers in the COVID 19 era: a review of the existing literature. *Frontiers in public health*, 1661.
- Losa Iglesias, M. E., Becerro de Bengoa Vallejo, R. et Salvadores Fuentes, P. (2010). The relationship between experiential avoidance and burnout syndrome in critical care nurses: a cross-sectional questionnaire survey. *Int. J. Nurs. Stud.*, 47(1), 30-37.;
- Manzano Garcia, G. et Ayala Calco, J. C. (2020). The threat of COVID-19 and its influence on nursing staff burnout. *Journal of Advanced Nursing*, 77(2), 832-844.
<https://doi.org/10.1111/jan.14642>;
- Marchand, A. (2004). *Travail et santé mentale : une perspective multi-niveaux des déterminants de la détresse psychologique*. [Thèse de doctorat, Université de Montréal]. Papyrus.
<https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/14848>;
- Marchand, A., Demers, A. et Durand, P. (2005). Does work really cause distress? The contribution of occupational structure and work organization to the experience of psychological distress. *Social Science & Medicine*, 60, 1-14.;

- Maslach, C. (2003). Job Burnout : New Directions in Research and Intervention. *Current Directions in Psychological Science*, 12(5), 189-192. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.01258>;
- Maslach, C. et Leiter, M. (2007). Burnout. Dans G. Fink (dir.), *Encyclopedia of Stress* (2^e éd., p. 358-362). Elsevier.;
- Maslach, C., Jackson, S. E., et Leiter, M. P. (1997). Maslach Burnout Inventory: Third edition. Dans C. P. Zalaquett et R. J. Wood (dir.), *Evaluating stress: A book of resources* (p. 191–218). Scarecrow Education.;
- Maslach, C., Schaufeli, W. B. et Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>;
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370–396. <https://doi.org/10.1037/h0054346>;
- Maunder, R. G., Heeney, N. D., Strudwick, G. et al. (2021). Burnout in hospital-based healthcare workers during COVID-19. *Science Advisory Table*, 2(46). <https://doi.org/10.47326/ocsat.2021.02.46.1.0>;
- McCready, G. et al. (2021). Travail de care des travailleuses de la santé en situation de pandémie de COVID-19 : quel engagement de la part des autorités gouvernementales? *Global Health Promotion*. <https://doi.org/10.1177/17579759211042764>;
- Miles, M. B. et Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook* (2^e éd.). USA: Sage Publications, Inc.
- Morse J.M. (2000). Determining Sample Size. *Qualitative Health Research*, 10(1), 3-5. <https://doi.org/10.1177/104973200129118183>;
- Münch, R. et Smelser, N. J. (1987). Relating the Micro and Macro. In J. C. Alexander, B. Giesen, R. Münch et N. J. Smelser (Dir.), *The Micro-Macro link* (p. 356-387). Berkeley, University of California;
- Murat, M., Köse, S. et Savaser, S. (2021). Determination of stress, depression and burnout levels of front-line nurses during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(2), 533-543. <https://doi.org/10.1111/inm.12818>;

- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ]. (2021). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier et la relève infirmière du Québec* (publication ISSN 1920-664X).
https://www.oiiq.org/documents/20147/11892088/Rapport_statistique_2020-2021.pdf;
- Prapanjaoensin, A., Patrician, P. A. et Vance, D. E. (2017). Conservation of resources theory in nurse burnout and patient safety. *J Adv Nurs.*, 73(11), 2558-2565.
<https://doi.org/10.1111/jan.13348>;
- Prosen, M. (2021). Strengthening nurses' resilience and reducing burnout during the COVID-19 pandemic. *Kontakt*, 23(1), 1-2. <https://doi.org/10.32725/kont.2021.001>;
- Qu, H.-Y. et Wang, C.-M. (2015). Study on the relationships between nurses' job burnout and subjective well-being. *Chin. Nurs. Res.*, 2, 61-66. <https://doi.org/10.1016/j.cnre.2015.09.003>;
- Queiros, C., Carlotto, M. S., Kaiseler, M., Dias, S. et Pereira, A. M. (2013). Predictors of burnout among nurses : an interactionist approach. *Psicothema*, 25, 330-335.
<https://doi.org/10.7334/psicothema2012.246>;
- Rogers, A. E., Hwang, W.-T., Scott, L. D., Aiken, L. H. et Dinges, D. F. (2004). The Working Hours of Hospital Staff Nurses and Patient Safety. *Health Affairs*, 23(4), 202-212.;
- Ross, J. (2020). The Exacerbation of Burnout During COVID-19: A Major Concern for Nurse Safety. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 35(4), 439-440.
<https://doi.org/10.1016/j.jopan.2020.04.001>;
- Rossignol, C. (2017). Organisation du travail et temps supplémentaire obligatoire chez les infirmières dans le secteur de la santé au Québec : comparaison de deux centres hospitaliers. [Mémoire de maîtrise, Université de Montréal]. Papyrus.
<https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/19128>;
- Shannon, V. et French, S. (2005). The impact of the re-engineered world of health-care in Canada on nursing and patient outcomes. *Nursing Inquiry* (12), 231-239;
- Shirom, A. (1989). Burnout in work organizations. Dans C. L. Cooper et I. T. Robertson (dir.), *International review of industrial and organizational psychology* (p. 25-48). Wiley;

Statistiques Canada. (2022, janvier). *Situation syndicale selon la profession, 2022* (publication no 14-10-0319-01 (anciennement CANSIM 282-0164)).

<https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1410031901>;

Stelnicki, A., Jamshidi, L., Angehrn, A., Hadjistavropoulos, H. D. et Carleton, R. N. (2020). Associations between burnout and mental disorder symptoms among nurses in Canada. *Canadian Journal of Nursing Research*, 53(3), 254-263.;

Stimpfel, A. W., Sloane, D. M. et Aiken, L. H. (2012). The Longer The Shifts For Hospital Nurses, The Higher The Levels Of Burnout And Patient Dissatisfaction. *Health Affairs*, 31(11), 2501-2509. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.1377>;

Taris, T. W. (2006). Is there a relationship between burnout and objective performance? A critical review of 16 studies. *Work and Stress*, 20(4), 316-334. <https://doi.org/10.1080/02678370601065893>;

Tremblay, M. (1996). Virage ambulatoire à Québec : l'équilibre en tête. *Santé mentale au Québec*, 21(1), 97-109. <https://doi.org/10.7202/032380ar>;

Trudel, L., Simard, C. et Vonarx, N. (2007). La recherche qualitative est-elle nécessairement exploratoire? *Recherches qualitatives*, 5, 38-45.;

van Wassenhove, W. (2014). Modèle de Karasek. Dans P. Zawieja et F. Guarnieri (dir.), *Dictionnaire des risques psychosociaux*, (p. 170-174). Le Seuil.;

Verge, P. et Vallée, G. (1997). *Un droit du travail? Essai sur la spécificité du droit du travail*. Les Éditions Yvon Blais inc.;

von Känel, R., Princip, M., Holzgang, S. A., Fuchs, W. J., van Nuffel, M., Pazhenkottil A. P. et Spiller, T. R. (2020). Relationship between job burnout and somatic diseases : a network analysis. *Scientific Reports*, 10, 18438. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-75611-7>;

Watanabe, M. et Yamauchi, K. (2018). The effect of quality of overtime work on nurses' mental health and work engagement. *Journal of Nursing Management*, 26(6), 679-688. <https://doi.org/10.1111/jonm.12595>;

White, B. K., Ishizumi, A., Lavery, L., Wright, A., Foley, T., O'Neill, R., Rambaud, K., Shankar Sreenath, R., Salvi, C., Takahasi, R., D'Agostino, M., Nguyen, T., Briand, S., Purnat, T. D. (2024). Expressions of pandemic fatigue on digital platforms: a thematic analysis of sentiment and narratives for infodemic insights. *BMC Public Health*, 24(1), 705.

<https://doi.org/10.1186/s12889-024-17718-4>;

Wright, T. A. et Hobfoll, S. E. (2004). Commitment, psychological well-being and job performance: An examination of conservation of resources (COR) theory and job burnout. *Journal of Business and Management*, 9(4), 389-406.;

Yin, C., Alimoradi, Z., Griffiths, M. et Pakpour, A. (2022). Psychometric properties of the Maslach Burnout Inventory for Medical Personnel (MBI-HSS-MP). *Heliyon*, 8(2).

<https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e08868>;

Yin, R.K. (2009). *Case study research: Design and Methods*. (4e éd., vol.5). USA : Sage Publications, Inc.;

Yin, R.K. (2018). *Case study research and applications design and methods*. (6e éd.). USA : Sage Publications, Inc.;

Zboril-Benson, L.R. (2002). Why nurses are calling in sick : the impact of health-care restructuring. *Can J Nurs Res*, 33(4), 89-107.

ANNEXES

Annexe 1.1 : Indicateurs des variables indépendantes

THÈME	DIMENSIONS	INDICATEURS
Demandes contractuelles quantitatives	Durée journalière du temps de travail	Durée journalière du temps de travail
		Changement pré-post-pandémie
	Horaires irréguliers	Détermination des horaires
		Qui décide de la structure des horaires
		Fréquence de mise en disponibilité
		Attribution des quarts
	Durée hebdomadaire du temps de travail et contractualité (temps plein ou partiel) Rehaussement en temps complet	Nombre d'heure hebdomadaire moyen de travail
		Contrat à temps plein ou partiel
		Rehaussement de poste pré-post-pandémie
	Temps supplémentaire TSO	Fréquence du temps supplémentaire
		Possibilité de refus
		Application du TSO en absence de volontaire
		Qui est visé par le TSO
		Impacts professionnels du TSO
		Impacts personnels du TSO

Annexe 1.2 : Indicateurs des variables modératrices

THÈMES	DIMENSIONS	INDICATEURS
Organisation du travail	Charge de travail Adéquation des effectifs de personnel	Charge de travail appropriée
		Rythme de travail
		Ratio patient : infirmière approprié
		Adéquation des effectifs de personnel
	Situation de travail tendu (<i>job strain</i>)	Situation iso- <i>strain</i>
		Fatigue
Ressources du travail	Autonomie décisionnelle	Degré d'autonomie décisionnelle
		Modifications à l'autonomie durant la pandémie
	Soutien social au travail	Soutien social des collègues
		Soutien social du superviseur
	Rétribution monétaire	Satisfaction quant à la rétribution monétaire
		Augmentations salariales au cours de la période
	Reconnaissance du travail	Présence de reconnaissance au travail
		Types de reconnaissance
	Sécurité d'emploi	Sentiment de sécurité d'emploi

Annexe 1.3 : Indicateurs des variables dépendantes

THÈMES	DIMENSIONS	INDICATEURS
Épuisement	Épuisement émotionnel	Travail au contact d'usagers
		Frustration
		Épuisement des ressources émotionnelles
	Épuisement physique	Sentiment de travailler trop fort
		Épuisement des ressources physiques
		Fatigue physique
Cynisme	Cynisme	Motivation
		Déplétion de la patience
	Dépersonnalisation	Sensibilité face aux usagers
		Responsabilisation face aux usagers
		Dépersonnalisation des soins
Inefficacité	Sentiment d'efficacité personnelle	Accomplissement de tâches perçues importantes ou utiles
		Niveau d'énergie
		Efficacité de la résolution de problèmes
		Gestion des difficultés émotionnelles avec calme
		Influence positive sur les usagers
		Aptitude à créer un environnement de travail détendu

Annexe 2 : Grille d'entrevue semi-dirigée

THÈMES	DIMENSIONS	QUESTIONS	RELANCE
Demandes contractuelles quantitatives	Durée du temps de travail	<p>Bien que l'objet principal de cette étude soit le temps supplémentaire obligatoire (TSO), nous aimerions en apprendre davantage sur les autres modalités entourant votre temps de travail au cours de la pandémie de COVID-19.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Q.01) Durant cette période, travailliez-vous à temps complet? (Questions de relance) - Q.02) Considérez-vous que vous aviez des horaires irréguliers? Si oui, que pourriez-vous nous en dire? - Q.03) De façon plus générale et à l'exception du TSO, qu'elle a été votre expérience la durée du temps de travail ou encore de la mise en disponibilité? 	<ul style="list-style-type: none"> - Évoluiez-vous à temps partiel durant la période pré-pandémique ? - Votre poste a-t-il été rehaussé en temps complet par votre employeur?
	Horaires irréguliers		
	Temps supplémentaire et TSO	<p>Puis, en ce qui a trait au TSO, nous nous intéressons aux mécanismes de son implémentation.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Q.04a) Le TSO vous a-t-il été imposé? (Question de relance) - Q.04b) Comment décririez-vous le processus par lequel il vous a été imposé durant la période visée? (Question de relance) - Q.04c) De façon plus générale comment avez-vous vécu le TSO? 	<ul style="list-style-type: none"> - Aviez-vous la possibilité de refuser? Si oui, quand? - Comment est-ce que le TSO s'appliquait-il en absence de volontaire?
Organisation du travail	Surcharge quantitative de travail	<p>Nous nous intéressons de plus aux facteurs amplifiant ou atténuant les impacts du TSO. Notamment, nous nous penchons sur l'organisation du travail et, plus précisément, sur la quantité de tâches que vous aviez à compléter durant cette période.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Q.05) Qu'auriez-vous à nous dire quant à l'organisation et à la répartition de la charge de travail? (Questions de relance) 	<ul style="list-style-type: none"> - Avez-vous vécu des surcharges de travail?
	Adéquation des effectifs de personnel		<ul style="list-style-type: none"> - Y avait-il assez de personnel pour gérer la surcharge de travail?
	Travail tendu (<i>job strain</i>)		<ul style="list-style-type: none"> - Ressentiez-vous des tensions en

			lien avec l'organisation du travail?
Ressources du travail	Autonomie décisionnelle	<p>Ensuite, nous aimerions aborder d'autres éléments, soit les ressources du travail mises à votre disposition, ayant potentiellement influencé votre expérience du TSO durant la période pandémique.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Q.06) À votre avis, quelles caractéristiques de votre milieu de travail auraient pu amplifier ou atténuer la pénibilité du TSO? Pourquoi? - Q.07) Comment est-ce que ça se passait au niveau de votre autonomie face au temps supplémentaire? - Q.08) Quelle a été votre expérience en matière de soutien social au travail, en lien avec le TSO? (<u>Pistes dans la section relance</u>) - Q.09) Qu'en est-il de votre satisfaction quant au salariat ainsi qu'aux primes visant le TSO et mises en place durant cette période? - Q.10) Ressentiez-vous que vos efforts et votre implication dans le TSO étaient valorisés? Si oui, comment? - Q.11) Qu'auriez-vous à me dire qu'en à l'incidence du TSO sur la sécurité d'emploi associée à votre poste? 	- Comment évalueriez-vous le soutien social offert par vos pairs?
	Soutien social au travail		- Qu'en est-il du soutien social de la supervision?
	Rétribution monétaire		
	Reconnaissance du travail		
	Sécurité d'emploi		
Épuisement professionnel	Épuisement émotionnel	<p>Enfin, afin de mieux comprendre les effets du TSO sur la santé mentale des travailleurs des soins, nous cherchons à détailler comment cette pratique a pu vous affecter durant la période pandémique.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Q.12a) Estimeriez-vous que le TSO s'est répercuté sur votre bien-être psychologique général? Si oui, avez-vous ressenti des symptômes d'épuisement professionnel? Lesquels? - Q.12b) Plus spécifiquement, pourriez-vous décrire ses effets en matière de _____ ? (<u>Pistes : Épuisements et Cynisme dans la section relance</u>) - Q.12c) Avez-vous vécu des symptômes d'épuisement professionnel assez 	- Frustration liée au travail
	Épuisement physique		- Fatigue ou niveau d'énergie
	Cynisme		- Patience - Motivation - Valeur du travail
	Dépersonnalisation		- Sensibilité quant aux usagers
	Sentiment d'inefficacité		- Utilité perçue des tâches

		<p>important durant cette période pour vous causer de devoir vous absenter du travail?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Q.13) Qu'est-ce qui vous a mené à vivre de l'épuisement durant cette période? - Q.14) L'application du TSO a-t-il influencé vos perceptions que vous vous faites de votre travail? Si oui, lesquelles? (<u>Pistes : Cynisme, Dépersonnalisation et Sentiment d'inefficacité dans la section relance</u>) - Q.15) Quel élément associé au TSO vous a semblé le plus pénible? 	<ul style="list-style-type: none"> - Efficacité de la résolution de problème
--	--	--	---

Annexe 3 : Modification des indicateurs codant le *verbatim*

Légende des modifications

Ajout d'un code : A
 Division d'un indicateur en plusieurs codes, suivi des codes ajoutés : D
 Fusion d'un indicateur à un autre, suivi de l'indicateur auquel il est fusionné : F
 Indicateur inchangé : I
 Suppression d'un indicateur : S

THÈME S	DIMENSIONS	INDICATEURS	MODIFICATION
Demandes contractuelles quantitatives	Durée journalière du temps de travail	Durée approximative moyenne du temps de travail journalier	I
		Changement par rapport à la période pré-pandémie	F - Rehaussement en temps complet
	Horaires irréguliers	Détermination des horaires	F – Planification des horaires avec GRH
		Prévisibilité des horaires	A
		Qui décide de la structure des horaires	S
		Fréquence de mise en disponibilité (ou sur appel)	S
	Durée hebdomadaire du temps de travail et contractualité	Attribution des quarts	F - Planification des horaires avec GRH
		Nombre d'heure hebdomadaire moyen de travail	S
	Temps supplémentaire	Contrat à temps plein ou partiel	I
		Différence avec pré-pandémie (rehaussement de poste)	I
		Fréquence du temps supplémentaire	I
		Possibilité de refus	F - Autonomie décisionnelle
		Comment est-ce que le TSO est appliqué en absence de volontaire	I
		Qui est visé par le TSO	S
		Impacts professionnels du TSO	S
		Impacts personnels du TSO	S
	Gestion des horaires	Temps supplémentaire déguisé	A
		Planification des horaires avec GRH	A
	Planification des vacances	Planification des vacances	A
Organisation du travail	Charge de travail	Charge de travail appropriée	D: Surcharges qualitatives, surcharges quantitatives
		Durée pour l'accomplir (rythme)	S

		Surcharges de travail qualitatives	A
		Surcharges de travail quantitatives	A
		Gestion des EPIs	A
		Charge de travail administrative	A
	Adéquation des effectifs de personnel	Adéquation des effectifs de personnel	I
		Ratio patient : infirmière approprié	F: Adéquation des effectifs de personnel
	Situation de travail tendu	Situation iso- <i>strain</i>	F : Soutien social du superviseur
		Situation de travail tendu	A
		Fatigue	S
Ressources du travail	Autonomie décisionnelle	Degré d'autonomie décisionnelle	I
		Modifications à l'autonomie durant la pandémie	S
		Attribution des quarts et du surtemps	A
		Possibilité de refuser le temps supplémentaire	A
	Soutien social au travail	Soutien social des collègues	I
		Soutien social du superviseur	I
	Rétribution monétaire	Satisfaction quant à la rétribution monétaire de base	I
		Augmentations salariales au cours de la période	S
	Reconnaissance du travail	Présence de reconnaissance au travail	D: Reconnaissance du travail, Dévalorisation
		Reconnaissance du travail	A
		Dévalorisation	A
		Types de reconnaissance	S
	Sécurité d'emploi	Sentiment de sécurité d'emploi	I
Épuisement	Épuisement émotionnel	Travail au contact d'utilisateurs	S
		Comorbidités psychologiques	A
		Frustration	I
		Épuisement des ressources émotionnelles	D: Épuisement des ressources, Apathie
	Épuisement physique	Sentiment de travailler trop fort	S
		Épuisement des ressources physiques	S
		Fatigue physique	D: Fatigue, Insomnie
		Insomnie	A

Cynisme	Cynisme	Motivation à affronter sa journée de travail	I
		Déplétion de la patience	I
		Perception de la valeur de son travail	A
	Dépersonnalisation	Sensibilité face aux usagers	I
		Responsabilisation face aux usagers	S
		Dépersonnalisation des soins	I
		Apathie	A
		Répercussion sur le sentiment d'efficacité personnelle	A
Inefficacité	Sentiment d'inefficacité personnelle	Accomplissement de tâches perçues importantes ou utiles	F : Perception de la valeur du travail
		Niveau d'énergie	S
		Efficacité de la résolution de problèmes	D: Vigilance sécuritaire, culpabilité
		Gestion des difficultés émotionnelles avec calme	S
		Influence positive sur les usagers	S
		Aptitude à créer un environnement de travail détendu	S
		Perte de vigilance sécuritaire	A
		Culpabilité	A

Légende des modifications

- Ajout d'un code : A
- Division d'un indicateur en plusieurs codes, suivi des codes ajoutés : D
- Fusion d'un indicateur à un autre, suivi de l'indicateur auquel il est fusionné : F
- Indicateur inchangé : I
- Suppression d'un indicateur : S