

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

LE STATUT D'EMPLOI ET SES EFFETS SUR LES ATTITUDES,
COMPORTEMENTS ET BIEN-ÊTRE AFFECTIF AU TRAVAIL CHEZ LES
INFIRMIÈRES AU QUÉBEC DURANT LA CRISE SOCIO-SANITAIRE DE LA
COVID-19

MÉMOIRE PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA
MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES
(PROFIL RECHERCHE)

PAR
YAO SÉNA ATITSO

JUILLET 2025

Le sommaire

La pénurie et le roulement des infirmières constituent des enjeux majeurs pour les systèmes de santé canadiens et québécois. Les recherches en sciences infirmières ont tenté d'identifier les facteurs explicatifs de cette pénurie et de ce roulement afin de proposer des stratégies de rétention des infirmières¹. Cette étude s'inscrit dans cette dynamique et a pour objectif général de comprendre l'influence que peut exercer le statut d'emploi sur les attitudes, les comportements et le bien-être affectif au travail chez les infirmières en contexte hospitalier durant la crise sociosanitaire de la COVID-19. Pour atteindre les objectifs spécifiques de l'étude, le devis quantitatif non expérimental de type corrélationnel transversal prédictif a été choisi comme plan d'étude. Basé sur le cadre opératoire adapté du contrat psychologique de Conway et Briner (2002), les résultats de la présente recherche suggèrent que le statut d'emploi n'influence pas statistiquement la satisfaction globale au travail, l'intention de quitter l'emploi et/ou la profession, les symptômes dépressifs et la peur de COVID-19 chez les infirmières québécoises. Toutefois, les résultats démontrent que les infirmières québécoises investiguées ont été très résilientes durant la COVID-19 avec des seuils de symptômes dépressifs très négligeables malgré le contexte pandémique où le niveau d'anxiété, de stress, de détresse psychologique et de symptômes dépressifs a plutôt augmenté chez les infirmières à travers le monde entier. La mise en œuvre et la promotion des interventions visant à développer et à maintenir la résilience chez les adultes semblent être des solutions à promouvoir auprès des infirmières pour les habiliter à mieux faire face aux situations de stress au travail pour maintenir leur santé et bien-être au travail.

¹Afin d'alléger le texte, le mot infirmière est utilisé pour désigner les deux sexes.

Mots clés : attitude, bien-être affectif, comportement, contrat psychologique, infirmière, intention de quitter, peur de COVID-19, satisfaction globale, symptôme dépressif

La table des matières

Le sommaire.....	ii
La table des matières.....	iv
La liste des tableaux.....	ix
La liste des figures.....	x
Le remerciements.....	xi
L'introduction.....	1
Le problème général de recherche.....	5
La recension des écrits scientifiques.....	14
La stratégie de recherche documentaire.....	15
L'état de la documentation scientifique.....	21
Le statut d'emploi et la satisfaction au travail sous la loupe de six cadres théoriques....	22
La loupe de la théorie de l'inclusion partielle.....	23
La loupe de la théorie du cadre de référence.....	24
La loupe de la théorie des différences démographiques.....	27
La théorie des modalités du statut d'emploi.....	31
La théorie de l'adéquation entre la personne et l'emploi.....	36
La théorie de la réalisation/violation du contrat psychologique.....	39

La différence entre le statut d'emploi (temps plein et temps partiel) et l'intention de quitter	41
Le statut d'emploi et les caractéristiques de santé mentale : différences entre les employés à temps plein et à temps partiel relativement au bien-être affectif	44
La synthèse de la recension des écrits.....	46
Les objectifs spécifiques de recherche.....	50
Le cadre de référence	51
La définition du concept de contrat psychologique	52
La description du cadre de référence de Conway et Briner (2002).....	53
La pertinence et l'utilité du contrat psychologique et du cadre de référence de Conway et Briner (2002) pour diriger ce mémoire	61
La description du cadre opératoire de recherche.....	63
La variable indépendante	64
Les variables dépendantes.....	65
Les variables dont il faut contrôler l'effet.....	66
La formulation des questions de recherche.....	66
La formulation des hypothèses.....	68
La méthodologie.....	72
Le type de stratégie de recherche (devis).....	73

Le milieu et contexte de recherche.....	74
La population cible et échantillonnage	75
La population cible.....	75
L'échantillonnage.....	76
<i>Les critères d'inclusion et d'exclusion.....</i>	76
<i>Le recrutement et compositions finales des échantillons.....</i>	77
Le questionnaire et les instruments/outils de mesure de la collecte des données	78
<i>Les variables sociodémographiques</i>	79
<i>Le statut d'emploi.....</i>	79
<i>La satisfaction globale au travail</i>	79
<i>L'intention de quitter l'emploi et la profession</i>	81
<i>La peur de la COVID-19.....</i>	84
Les considérations éthiques.....	85
Le traitement et le plan d'analyse des données.....	86
Le traitement et la distribution des données.....	86
Le plan d'analyse des données.....	90
Les résultats.....	93
Les statistiques descriptives de la variable indépendante : statut d'emploi	94
Les statistiques descriptives du facteur aléatoire et des covariables.....	95
Les statistiques descriptives des variables dépendantes.....	97

La mise à l'épreuve des hypothèses de recherche : tests statistiques non paramétriques.	100
La mise à l'épreuve des hypothèses 1 de recherche.....	100
La mise à l'épreuve de l'hypothèse 2 de recherche	101
La mise à l'épreuve de l'hypothèse 3 de recherche	102
La mise à l'épreuve de l'hypothèse 4 de recherche	103
La discussion.....	105
L'analyse critique du cadre de référence de Conway et Briner (2002).....	107
La discussion des résultats	110
Le statut d'emploi et les variables dont il faut contrôler l'effet.....	110
Le statut d'emploi et la satisfaction globale au travail.....	111
Le statut d'emploi et le bien-être affectif.....	115
Le statut d'emploi et les symptômes dépressifs.....	115
Le statut d'emploi et la peur de la COVID-19	119
Le statut d'emploi et l'intention de quitter l'emploi et ou la profession.....	120
Les recommandations.....	123
Pour la gestion.....	123
Pour la formation.....	124
Pour la recherche.....	125
Les forces et limites de la présente étude.....	126

La conclusion	130
Les références.....	133
Les appendices	145
L'appendice A.....	146
L'appendice B.....	148
L'appendice C.....	152
L'appendice D.....	163

La liste des tableaux

Tableau

1 Mots clés, termes apparentés et équation de recherche #1	11
2 Mots clés, termes apparentés et équation de recherche #2.....	12
3 Mots clés, termes apparentés et équation de recherche #3.....	13
4 Récapitulatif des hypothèses et questions de recherche.....	64
5 Test de distribution normale de données de Kolmogorov-Smirnov	84
6 Récapitulatif des différents analyses et tests statistiques	86
7 Statistiques descriptives des 4 catégories de la variable nominale statut d'emploi .	90
8 Statistiques descriptives du facteur aléatoire et des covariables.....	92
9 Statistiques descriptives des variables dépendantes.....	94
10 Résultats du test non paramétrique Kruskal-Wallis pour groupes indépendants...	99

La liste des figures

Figure

1 Diagramme de flux de Prisma.....	15
2 Cadre de référence du contrat psychologique de Conway et Briner (2022, P.285) .	50
3 Cadre opératoire du mémoire. Une adaptation du cadre de référence de Conway et Briner (2002).....	59

Le remerciements

Tout d'abord, je remercie mon Dieu le tout puissant en qui je crois et qui a permis que ce projet de recherche se concrétise. Mes sincères et profonds remerciements vont à ma directrice de mémoire Isabelle St-Pierre et son collègue et ami, de longue date, Jacques – Bernard Gauthier qui a co-dirigé les travaux de cette étude. Votre rigueur sans précédent, votre disponibilité permanente, votre complicité enviable, votre simplicité et votre sens d'humour ont rendu ce cheminement solitaire beaucoup plus conviviale et facilité la réalisation du projet qui se révélait beaucoup plus complexe que je ne le pensais au début de mes études. Vous m'avez formé, inspiré et montré la voie à suivre pour atteindre ce résultat. Recevez ici toute ma reconnaissance et gratitude. À l'orée de votre retraite, je suis chanceux de faire partie du cercle des derniers étudiants ayant bénéficié de votre encadrement. Je vous souhaite une retraite épanouie et remplie de bonheur aux côtés de ceux qui vous sont chers. Je n'oublie pas les membres de l'équipe de recherche du projet original, représenté par Dre Céline Gélinas et Dre Mélanie Lavoie - Tremblay, qui ont accepté et remis la base de données de leur enquête pour réaliser ce projet de recherche. Je vous suis infiniment reconnaissant. Au comité d'évaluation composé des professeures Céline Gélinas et Caroline Longpré, recevez mes sincères remerciements pour votre disponibilité et votre temps alloué pour lire et corriger ce mémoire. À ma tendre et chaleureuse épouse Etonam que j'appelle affectueusement Bae, ton amour renouvelé et ta tendresse sont des sources intarissables de motivation pour moi. Sans toi, ce projet n'existera pas, merci pour tout Bae. À nos merveilleux et enthousiastes enfants Ghislain, Charles, Melissa et Joanne, je vous dis infiniment merci. Votre générosité, votre patience,

vosre présence chaleureuse à mes côtés dans les moments difficiles m'ont fortifié et encouragé à poursuivre et à persévérer dans ce projet de recherche. Cet accomplissement est avant tout le vôtre. Soyez bénis. Mon merci va également à mes chers parents et à ma belle-famille particulièrement ma belle-mère. Malgré la distance, vous avez su exprimer votre attachement parental qui a forgé ma persévérance dans les études pour arriver à ce résultat. Je remercie spécialement mon oncle paternel Ben, mes frères et sœurs Afiyo, Atsoupé, Atsou et mes proches parents Yao Move, Komla Move et Ignace Dédji pour votre présence soutenue et vos encouragements le long de ce périple. J'ai pu atteindre ce résultat grâce à vos soutiens indéfectibles. Que Dieu, en qui je crois, vous bénisse abondamment. À tout mon cercle d'amis et mes proches dont, entre autres, Olivier, Komivi, Ilonè, Edward, Ismaël, Vinyinu, Gisèle, Tchila-Abalo, Mawufemo, Théophile, Phillipe, Gnamyao, Joe Akpani, Isabelle, et Djilogou, recevez mes chaleureux remerciements. Vous avez tous contribué, à divers degrés, à l'aboutissement de ce projet dont les résultats vous appartiennent aussi. Je fais un tour dans mon monde professionnel pour dire un infini merci à mes cheffes d'unité Cristina et Aurore pour vos encouragements et l'aménagement de mon temps de travail qui m'ont permis de me consacrer à mes études. À l'ensemble de mes collègues de travail en or dont, entre autres, Rebecca, Muriel, Imane, Come, Andréa, Carolina, Ariane, Zhara, Clara, Fereshteh, Véronique, Taous, Jacques, Younes, Virginie, Anares, David, Fanny, Evelyne, May Lissa, Audrey, Agoritsa, Florence, Cathérine, Ghislaine, Ibah, Ghani, Mohammed et tous ceux que je n'ai pas pu citer leurs noms, je vous dis à tous grand merci. Certains, parmi vous, ont vu le début du projet et d'autres l'ont appris en cours de chemin. Vous n'avez cessé

de m'encourager au quotidien et m'exhorter à ne pas lâcher. Merci à vous tous. Que Dieu, mon créateur et en qui je crois, bénisse chacun de vous et vos familles respectives.

L'introduction

Les soins infirmiers au Canada et au Québec sont confrontés aux enjeux de pénurie récurrente et de roulement important des infirmières (Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC], 2009a ; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ], 2018). Les données factuelles sont sans équivoque. Tôt en 2009, l'AIIC tirait la sonnette d'alarme et évaluait à environ 11 000 le besoin d'infirmières à temps plein que les systèmes de santé Canadien et provinciaux devraient combler pour répondre adéquatement aux besoins de santé des Canadiens et Canadiennes. Dans ses projections, l'AIIC avertissait que, si les politiques ne prennent pas des actions urgentes pour trouver des solutions durables, les besoins en ressources infirmières pourraient atteindre l'équivalent de 60 000 postes à temps plein à l'horizon 2022 (AIIC, 2009a). Les conséquences attribuables à la pénurie et au roulement des infirmières sont multiples. La pénurie et le roulement du personnel entraînent la surcharge de travail et bouleverse l'organisation des soins aux infirmières. Pour les patients, on rapporte la survenue des événements indésirables tels que les erreurs de médication et/ou les soins infirmiers et médicaux non prodigués. Pour la population en général, la littérature rapporte les temps d'attente plus longs et frustrants dans les cliniques et hôpitaux en raison de la fermeture des lits et du délestage des services (AIIC, 2009a; Boily & Gentile, 2022). Pour les infirmières, les conséquences peuvent inclure le recours à la pratique des temps supplémentaires obligatoires qui vont soit aggraver la pénurie existante soit engendrer des conséquences néfastes sur la santé psychologique et le bien-être au travail de ces dernières.

Depuis l'avènement de la crise sociosanitaire de la COVID-19, les données factuelles indiquent que les enjeux de pénurie et de roulement des infirmières sont devenus de plus en plus préoccupants au Québec (Boily & Gentile, 2020). Le lancement, dans la foulée par les politiques, de divers programmes visant à attirer, retenir et maintenir les infirmières en emploi témoigne de l'urgence de la situation (Gouvernement du Québec, 2021a, 2021b). Dans la dernière décennie, plusieurs projets de recherche en sciences infirmières et d'autres disciplines (Forget, 2017; Lavoie-Tremblay et al., 2021; Zeytinoglu et al., 2006; Zeytinoglu et al., 2011) ont exploré, identifiés et expliqué plusieurs facteurs explicatifs du phénomène de de roulement et ont proposé des stratégies de rétention des infirmières. Notre projet de recherche s'inscrit dans cette dynamique et vise à examiner et comprendre l'effet du statut d'emploi (temps plein versus temps partiel) sur les variables d'attitudes (satisfaction globale au travail) au travail, de comportements (intention de quitter l'emploi et/ou la profession) au travail et du bien-être affectif (symptômes dépressifs, peur du COVID-19) au travail durant la crise sociosanitaire de la COVID-19 chez les infirmières québécoises en contexte hospitalier. Des analyses statistiques non paramétriques ont été effectuées pour répondre aux objectifs spécifiques de cette étude. Le mémoire est divisé en six chapitres. Le premier chapitre porte sur la problématique du statut d'emploi (temps plein et temps partiel) des infirmières dans le contexte de la crise sociosanitaire de la COVID-19. Le deuxième chapitre rapporte l'état des connaissances scientifiques actuelles suivant une recension des écrits et est divisé en six parties incluant des pistes de solution aux problématiques identifiées dans les écrits scientifiques. Le troisième chapitre présente le cadre opératoire utilisé pour ce mémoire qui découle d'une

adaptation du cadre de référence de Conway et Briner (2002). Puisque ce projet de recherche s'inscrit dans la continuité de l'étude de Gélinas et al. (2021), le quatrième chapitre traite de la méthodologie utilisée lors de l'étude originale incluant le recrutement et la collecte des données, et aussi celle utilisée lors de la présente étude soit le plan d'analyse des données, les critères de scientificité et les considérations éthiques. Le cinquième chapitre présente les résultats issus des travaux. Finalement, le sixième chapitre offre une discussion des résultats ainsi que des recommandations pour la gestion, la formation et la recherche.

Le problème général de recherche

Le statut d'emploi (temps plein versus temps partiel), dans la plupart des pays industrialisés, est défini par le nombre d'heures de travail effectué par une personne au cours d'une semaine (Blouin, 2005; Statistique Canada, 2016). Au Canada, le temps partiel est un contrat de travail qui garantit un nombre fixe d'heures inférieur à 30 par semaine et le temps plein correspond à 30 heures et plus (Statistique Canada, 2016). Au Québec, le statut d'emploi en soins infirmiers est conventionné et la référence de la semaine de travail à temps plein est de 37,5 heures, quel que soit le titre d'emploi, excluant les infirmières praticiennes spécialisées pour qui un temps plein correspond à 40 heures par semaine (Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec [FIQ], 2022a). Le temps partiel, à l'exclusion des externes en soins infirmiers et des candidates à l'exercice de la profession infirmière (CEPI) ou des candidates à l'exercice de la profession infirmières auxiliaires est un contrat de travail qui garantit un minimum de quatorze quarts de travail sur 28 jours soit 52,5 heures de travail sur une période de paie de deux semaines (FIQ, 2022a). Les conditions de travail sont identiques pour les deux statuts d'emploi (temps plein et temps partiel). Elles sont garanties par les syndicats des infirmières et manuscrites dans des conventions collectives provinciales et locales renouvelables tous les trois ans (FIQ, 2022a).

Le statut d'emploi (temps plein/temps partiel) chez les infirmières retient l'attention pour plusieurs raisons. Premièrement, les soins infirmiers au Canada et spécifiquement au

Québec sont aux prises, depuis plusieurs années, avec des problèmes de pénurie des effectifs infirmiers (Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC], 2009a; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ], 2018), d'insatisfaction au travail (Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers [FCSII], 2020), de roulement des infirmières (AIIC, 2009a) et d'épuisement professionnel (FIQ, 2022b). Au statut d'emploi (temps plein et temps partiel) conventionné se superpose toute une pratique du temps supplémentaire (TS) volontaire et surtout involontaire donc obligatoire (TSO) pour répondre au manque d'infirmières dans les établissements de soins canadiens et québécois (OIIQ, 2019; Statistique Canada, 2020). En effet, une enquête de Statistique Canada (2020) révélait qu'environ 26%, soit le quart, du personnel infirmier (infirmières et infirmières auxiliaires) au Canada avaient effectué du temps supplémentaire entre mars et avril 2020 alors que cette pratique était en diminution considérable chez les autres professionnels de la santé. Les enjeux de pénurie et de roulement des infirmières entraînent des conséquences socioéconomiques majeures sur le système de santé québécois, sur la population et ultimement sur les infirmières. En plus du recours systématique à la pratique du TSO (FIQ, 2022b), la fermeture des lits ainsi que l'enchaînement des séries de plan de délestage de service sont les méthodes auxquelles les gestionnaires ont régulièrement recours pour planifier les offres de services et de soins à la population (Boily & Gentile, 2022; Ouellette-Vézina, 2020). Relativement au TSO, il semble que le recours à cette pratique serait augmenté dans les établissements de soins de santé au Québec depuis le contexte pandémique de la COVID-19 (Association québécoise des infirmières et infirmiers [AQII], 2021; FIQ, 2022b). Au même moment, la pratique du

TSO est décrite comme une mesure exceptionnelle de dernier recours (OIIQ, 2019) ayant des conséquences négatives énormes sur la qualité des soins et la sécurité des patients, la santé et la qualité de vie des infirmières tout en occasionnant des coûts excessifs au système de santé québécois (AQII, 2019). Le roulement élevé des infirmières, entre autres en raison des départs (démission, changement de carrière) et congés (invalidités, ou en raison d'un accident de travail), la détresse, le stress, l'anxiété, la fatigue, les erreurs de médication, la conciliation difficile du travail avec la vie familiale, contribuent à l'aggravation de la pénurie, déjà existante, et sont des conséquences qui seraient liées à la pratique du TSO (AQII, 2019; FIQ, 2022b). Selon les données de l'AQII (2019), on estime à environ 222,9 millions de dollars les coûts annuels associés, en rémunération, aux pratiques des TSO et TS volontaires chez les infirmières au Québec (AQII, 2019). De plus, on estime qu'au Canada chaque départ d'une infirmière de son poste coûterait environ 25 000 à 30 000 dollars à son employeur (AIIC, 2009b; AQII, 2019). Pour la FIQ, la pratique du TSO serait un assassinat professionnel, un modèle de travail forcé imposé aux professionnels en soins, majoritairement des femmes, sur fond d'intimidation qui porte nuisance au système de santé québécois (FIQ, 2021, 2022b). Ce faisant, la FIQ soutient qu'il faut combattre cette approche de gestion par tous les moyens légaux jusqu'à son abolition pure et simple du réseau public de santé au Québec. Dans le même ordre d'idées, il convient de préciser que la pratique du TSO en soi est une mesure qui s'impose aux infirmières contre leur volonté et modifie le statut d'emploi qu'elles ont choisi au moment de leur engagement avec un employeur conformément aux conventions collectives provinciales et locales. L'intensification récente de la lutte des syndicats des

infirmières (FIQ, 2021, 2022b) contre la pratique des TSO d'une part, et les conséquences attribuées à cette pratique (FIQ, 2022b) d'autre part, démontrent implicitement que le respect du statut d'emploi (temps plein et temps partiel) des infirmières dans leur travail aurait probablement des effets bénéfiques sur leur satisfaction au travail, leur bien-être au travail et ultimement favoriserait leur maintien en emploi. Cependant, il semblerait que le lien potentiel entre le statut d'emploi, la satisfaction au travail, l'intention de quitter et le bien-être affectif au travail chez les infirmières québécoises serait inconnu.

La deuxième raison est relative à l'effectif, à la spécialité et à l'expertise des infirmières. En effet, les infirmières, étant donné leurs effectifs (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ], 2021a), (OIIQ, 2021a), spécialité et expertise (OIIQ, 2021b), jouent un rôle crucial dans l'accessibilité et la dispensation des soins de santé aux populations (Burke et al., 2014). L'effectif infirmier, à prédominance féminine, représente une proportion élevée des employés des systèmes de santé à travers le monde incluant le Canada (OMS, 2020). En mars 2020, le système de santé canadien comptait 317 334 infirmières actives toutes catégories confondues [infirmières autorisées, infirmières psychiatriques et infirmières praticiennes spécialisées] (Institut canadien d'information sur la santé [ICIS], 2021). Au Québec, les statistiques indiquent, au 31 mars 2021, que 74 467 infirmières étaient actives sur le marché d'emploi dont 64,4% travaillaient à temps plein (OIIQ, 2021a). Cette proportion des infirmières à temps plein demeure relativement fragile lorsqu'on se réfère aux recommandations des experts de l'association des infirmières et infirmiers de l'Ontario qui suggèrent une proportion de 70% pour un fonctionnement optimal et adéquat des services infirmiers 24h/24 et 7 jours sur 7

(Registered Nurse's Association of Ontario [RNAO], 2014). Dans la même perspective, les experts en soins infirmiers sont unanimes et ajoutent qu'une proportion de 30% d'infirmières à temps partiel, soit le tiers de l'effectif total, serait suffisante et adéquate pour assurer un fonctionnement optimal des services infirmiers de façon continue (RNAO, 2014). La deuxième raison est liée à la proportion majoritaire qu'occupent les femmes en soins infirmiers au Québec et au Canada. Selon les données statistiques, la proportion des femmes dans la profession infirmière était de 91% en 2019, toutes spécialités confondues (AIIC, 2021). Dans la même période, on estime qu'environ 32% des infirmières travaillaient à temps partiel (AIIC, 2021). Ces données, légèrement supérieures au 30% recommandés par les experts en soins infirmiers (RNAO, 2014), suggèrent que les femmes semblent avoir une préférence relative au travail à temps partiel. De plus, les femmes jouent de multiples rôles dans la société nécessitant des horaires de travail favorables à la conciliation des responsabilités professionnelles et familiales (FIQ, 2022b; Gerbet, 2021). Finalement, grâce à leur expertise et spécialité variée, les infirmières sont présentes dans toutes les sphères et continuum des soins et répondent avec efficacité aux besoins de plus en plus grandissants et complexes des populations (OIIQ, 2021b, 2024). Ces constats suggèrent la nécessité et l'importance de savoir comment le statut d'emploi (temps plein et temps partiel) influence les déterminants de rétention en emploi chez les infirmières canadiennes et plus spécifiquement québécoises.

La troisième raison est liée au contexte pandémique de la COVID-19 avec les changements organisationnels survenus dans les établissements de santé et en soins infirmiers au Québec. En effet, le contexte de la crise sociosanitaire de la COVID-19 avait

imposé une réorganisation des services de santé avec la création des zones de travail (zone COVID-19 et zone Non COVID-19). À l'aide de l'arrêté ministériel numéro 007, le gouvernement québécois avait imposé le travail à temps plein obligatoire à toutes les infirmières, à l'exception des infirmières aux études, afin de répondre aux besoins criants du manque d'infirmières (Ministère de la santé et des services sociaux du Québec [MSSS], 2020). De plus, cet arrêté ministériel et les autres mesures gouvernementales ont suspendu la possibilité aux infirmières de déposer des griefs auprès des syndicats (MSSS, 2020). Ces différents changements ont profondément modifié le statut d'emploi, les conventions collectives provinciales et locales (convention, qui a toutes les qualités du contrat psychologique de travail) ainsi que les conditions de travail des infirmières sans leur consentement préalable. Le nouveau contrat psychologique de travail (convention collective modifiée) avait transformé le statut d'emploi à deux catégories (temps plein, temps partiel) des infirmières au statut d'emploi à quatre catégories notamment (1) Temps plein zone COVID-19, (2) Temps partiel zone COVID-19, (3) Temps plein zone Non COVID-19 et (4) Temps partiel zone Non COVID-19. L'application de ce nouveau contrat psychologique (nouveau statut d'emploi à quatre catégories) a été imposée aux infirmières québécoises, peu importe leur statut d'emploi, durant la crise sociosanitaire pandémique de la COVID-19. L'application unilatérale du nouveau contrat psychologique par l'employeur apparaît inéquitable pour les infirmières qui travaillaient en zone COVID-19 versus leurs collègues en zone Non COVID-19. Le contexte pandémique de la COVID-19 ainsi que la modification unilatérale du contrat psychologique, soit les conventions collectives provinciales et locales, démontrent que le gouvernement a failli à ses

engagements de réaliser les promesses faites aux infirmières et incluses dans lesdites conventions collectives. Le fait de manquer à ses promesses, ce que Morrison et Robinson (1997) appellent « *reneging* », correspond à une des deux principales causes qui mène à la perception d'un bris/violation du contrat psychologique (Blouin, 2005; Morrison & Robinson, 1997). Le « *reneging* » et l'incongruité/ambiguïté des promesses sont les deux principales causes qui mènent à la perception de la violation du contrat psychologique (Morrison & Robinson, 1997). Selon les perspectives de Rousseau (1989), Morrison et Robinson (1997), le bris/violation du contrat psychologique peut générer de fortes réactions émotionnelles et des sentiments de trahison suivi des conséquences diverses dont, entre autres, l'augmentation du taux de roulement des employés et la baisse du niveau de satisfaction au travail. En d'autres termes, cette décision unilatérale de l'employeur (Gouvernement du Québec) pourrait se traduire par des effets de différenciation dans les attitudes (satisfaction globale au travail), le comportement (intention de quitter) et le bien-être affectif (symptômes dépressifs et la peur du COVID-19) des infirmières travaillant en zone COVID-19 comparativement à leurs collègues qui travaillaient en zone Non COVID-19. L'effet de ces différentes modifications apportées au contrat psychologique de travail, donc à la convention collective, sur les attitudes, le comportement et le bien être affectif des infirmières au Québec demeure à ce jour inconnu. Dans la foulée, des données factuelles révèlent que la crise sociosanitaire de la COVID-19 a eu de sérieuses répercussions sur la profession infirmière au niveau du roulement des infirmières et des départs massifs à la retraite. Par exemple, Radio-Canada révélait qu'environ 1700 infirmières ont quitté le réseau public de santé au Québec au cours de

l'année 2020 contre 1300 en 2019 à la même période (Boily & Gentile, 2020). Ces données ont suscité un questionnement chez l'étudiant chercheur : existerait-il un lien potentiel entre la modification du contrat psychologique de travail (le statut d'emploi à quatre modalités, les zones de travail) et le départ massif des infirmières du réseau public de santé québécois durant la pandémie de la COVID-19?

Au regard du contexte tel que présenté, le présent mémoire a pour objectif général de comprendre l'influence que peut exercer le statut d'emploi (temps plein et temps partiel), dans un contexte de modification du contrat psychologique de travail (convention collective), sur les attitudes et comportements au travail ainsi que sur le bien-être affectif (une caractéristique de santé mentale) des infirmières durant la période de la crise sociosanitaire de la COVID-19. Les attitudes et comportements font référence à la satisfaction globale au travail et à l'intention de quitter l'emploi et/ou la profession. Le bien-être affectif inclut les symptômes dépressifs et la peur de COVID-19. Ce projet de recherche est une suite de l'étude intitulée « *Pandémie COVID-19 : ensemble pour des infirmières et infirmières auxiliaires en santé et des soins sécuritaires de qualité* » dirigée par Gélinas et al. (2021) et subventionnée par le réseau de recherche en intervention en sciences infirmières du Québec (RRISIQ).

La recension des écrits scientifiques

Guidé par l'objectif général de la recherche, le présent chapitre permet de faire le point sur l'état des connaissances portant sur l'effet du statut d'emploi (temps plein versus temps partiel) et de la modification du contrat psychologique de travail sur les attitudes au travail (satisfaction globale), les comportements au travail (l'intention de quitter son poste actuel et /ou la profession) et sur deux caractéristiques du bien-être affectif (symptômes dépressifs et la peur de COVID-19) chez les infirmières au Québec dans un contexte général de crise sociosanitaire de la pandémie à la COVID-19. Dans un premier temps, la stratégie de recherche documentaire est présentée à l'aide d'un diagramme de flux PRISMA. Par la suite, est présenté l'état de la documentation scientifique subdivisé en trois grands thèmes : (1) le statut d'emploi et la satisfaction globale au travail selon les différentes théories ou écoles de pensée, (2) le statut d'emploi et l'intention de quitter l'emploi actuel et/ou la profession, (3) le statut d'emploi et les caractéristiques du bien-être affectif (symptômes dépressifs et la peur de COVID-19). Enfin, et au terme d'une synthèse de la recension des écrits, sont énoncés les objectifs spécifiques de recherche.

La stratégie de recherche documentaire

La stratégie de recherche documentaire vise à guider de manière structurée la recherche d'information pertinente sur le phénomène au cœur du problème général de la recherche. Ainsi les mots clés en français ont été identifiés à partir de l'objectif général

de recherche. L'expertise de la bibliothécaire assignée au département des sciences infirmières, a été sollicitée pour valider les mots clés (en anglais et en français) utilisés dans les équations de recherche tels que présentées aux tableaux 1 à 3. Ainsi, la recherche documentaire a été faite en trois étapes distinctes avec trois équations de recherche.

La première équation de recherche qui a consisté à combiner tous les mots clés de l'objectif général (tableau 1), a permis d'identifier 118 articles, par ailleurs ceux-ci ne traitaient pas du phénomène étudié. Conséquemment, une seconde équation de recherche a été développée incluant tous les mots clés de l'objectif général sauf celui du contrat psychologique de travail (tableau 2). Bien que cette seconde étape a permis d'avoir un meilleur portrait de la documentation avec 2325 articles, elle n'a pas couvert le concept de contrat psychologique. C'est ainsi qu'une troisième et dernière équation a été développée combinant cette fois deux mots clés : le contrat psychologique et le statut d'emploi (tableau 3) qui a permis d'identifier 530 articles. Conjuguées ensemble, ces trois stratégies ont permis d'avoir un portrait global de la documentation sur le sujet traité par l'identification d'un total de 2973 articles.

Tableau 1

Mots clés, termes apparentés et équation de recherche # 1

Base de données	Mots clés et/ou descripteurs	Équation de recherche
CINAHL Pubmed	Statut d'emploi (Temps plein/Temps partiel)	((((((((Employment status) [OR] (Full time employment) [OR] (Full time equivalent) [OR] (Full time job) [OR] (Full time work) [OR] (Part time

Scopus ABI Inform Emerald	Attitudes et comportements au travail (satisfaction au travail, intention de quitter) Symptômes dépressifs Peur de la COVID-19 Contrat psychologique	employment) [OR] (Part time equivalent) [OR] (Part time job) [OR] (Part time work)))))) [AND] (((((((((Work/Job attitudes) [OR] (Work-related attitudes) [OR] (Nurse attitudes) [OR] (work satisfaction) [OR] (job satisfaction) [OR] (Intent to quit) [OR] (Intention to leave) [OR] (Intent to leave) [OR] (Intention))))))))) [AND] (((((Depressive, Symptoms) [OR] (Symptoms depressive) [OR] (Depressions, Emotional) [OR] (Emotional depressions)))) [AND] (Fear of COVID-19) [AND] (psychological contract)
---------------------------------	---	--

Tableau 2

Mots clés, termes apparentés et équation de recherche # 2

Base de données	Mots clés et/ou descripteurs CINHAL avec termes apparentés	Équation de recherche
CINAHL Pubmed Scopus ABI Inform Emerald	Statut d'emploi (Temps plein/Temps partiel) Attitudes et comportements au travail (satisfaction au travail, intention de quitter) Symptômes dépressifs Peur de la COVID-19	(((Employment status [OR] Full time employment [OR] Full time equivalent [OR] Full time job [OR] Full time work [OR] Part time employment [OR] Part time equivalent [OR] Part time job [OR] Part time work) [AND] (Work/Job attitudes [OR] Work-related attitudes [OR] Nurse attitudes [OR] work satisfaction [OR] job satisfaction [OR] Intent to quit [OR] Intention to leave [OR] Intent to leave [OR] Intention) [AND] (Depressive, Symptoms [OR] Symptoms depressive [OR] Depressions, Emotional [OR] Emotional depressions) [AND] (Fear of COVID-19))))

Tableau 3

Mots clés, termes apparentés et équation de recherche # 3

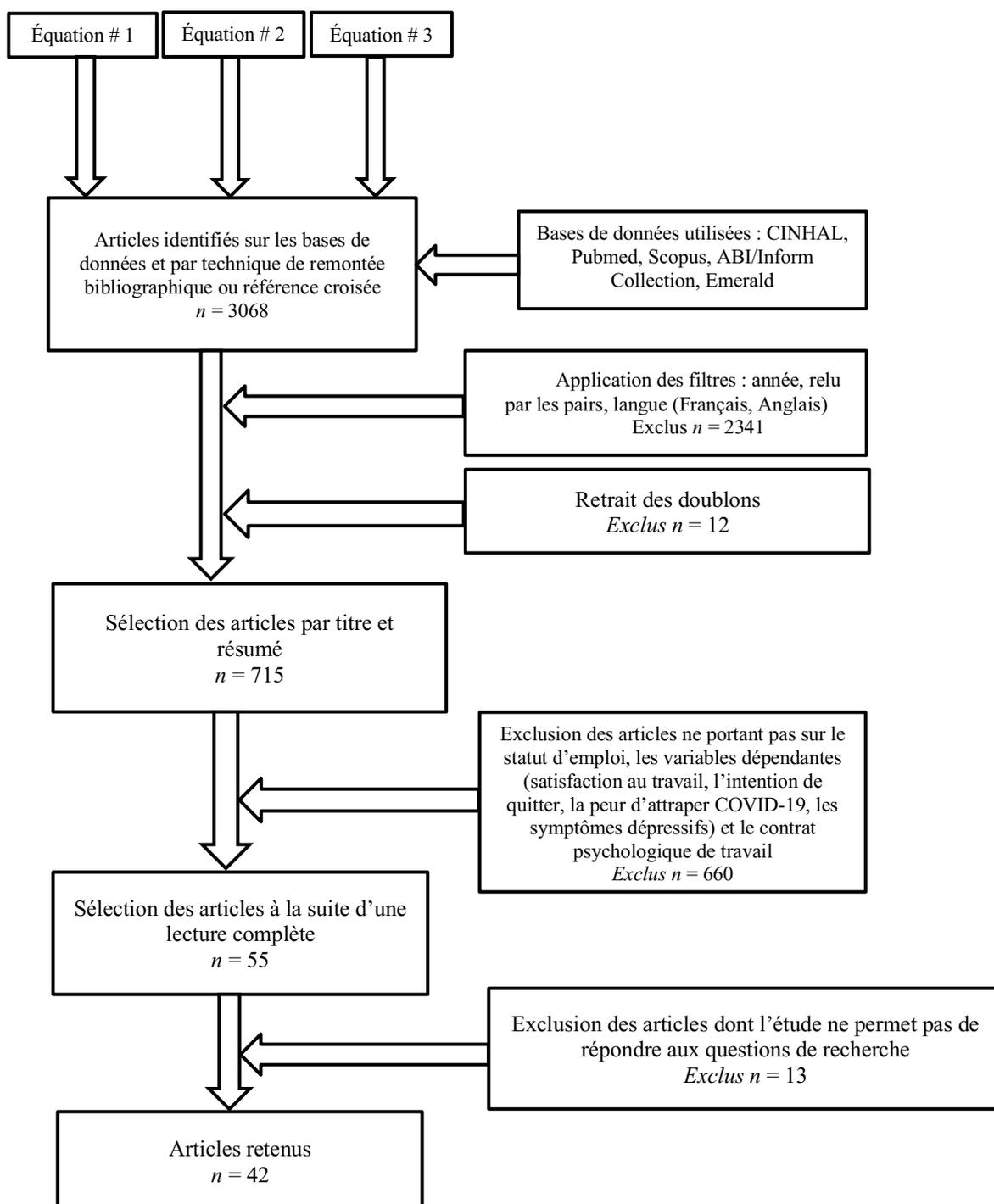
Base de données	Mots clés et/ou descripteurs CINHAL avec termes apparentés	Équation de recherche
CINAHL PubMed, Scopus ABI Inform Emerald	Statut d'emploi (Temps plein/Temps partiel) Contrat psychologique	(((((((((Employment status) [OR] (Full time employment) [OR] (Full time equivalent) [OR] (Full time job) [OR] (Full time work) [OR] (Part time employment) [OR] (Part time equivalent) [OR] (Part time job) [OR] (Part time work)))))))))) [AND] (psychological contract)

Par ailleurs, la recherche documentaire a été fait tout au long du projet avec des mises à jour périodiques pour s'assurer d'inclure les nouvelles références sur le phénomène au cœur du problème général. Les bases de données importantes du champ des sciences infirmières telles que CINAHL, PubMed et Scopus ont été consultées pour identifier la documentation scientifique pertinente au phénomène étudié. Étant donné que la problématique concerne les sciences administratives et le management, la recherche documentaire a été élargie pour inclure ABI/Inform Collection et Emerald qui sont deux bases de données importantes de ces disciplines. Pour être sélectionnés, les articles devaient : [1] être pertinents par rapport au phénomène étudié et en lien avec la population cible; [2] avoir été publiés entre 2017 et 2024 (donc 5 ans ou moins); [3] avoir été évalués par un comité de pairs, et [4] être rédigés en français ou en anglais. Compte tenu de l'état de traitement du sujet dans les écrits scientifiques et spécifiquement du concept du contrat

psychologique de travail, certains articles pertinents datant des années 1990 ou abordant des populations cibles autres que celle des infirmières ont été considérés. C'est dans cette perspective que le mot « infirmière » n'a pas été inclus systématiquement dans les tableaux des mots clés et termes apparentés de cette stratégie de recherche documentaire. De plus, quelques articles des années 1970 ont été inclus exceptionnellement compte tenu de leur pertinence et /ou lorsqu'il s'agissait de théories/concepts qui exigent de remonter aux origines des premiers auteurs. Ainsi, à partir de la technique de remontée bibliographique ou de référence croisée, ce sont 95 articles de plus qui ont été et inclus à la somme des articles identifiés lors des trois équations, pour un total de 3068 articles. La figure 1 présente le diagramme de flux résumant le nombre d'articles retenus lors de la recherche documentaire.

Figure 1

Le diagramme de flux



L'état de la documentation scientifique

Divers cadres théoriques ont été suggérés dans la documentation scientifique pour expliquer les différences d'attitudes (satisfaction au travail) et de comportements (intention de quitter) entre les employés à temps plein et à temps partiel. Les écrits recensés ont comparé séparément, et ce à l'aide de statistiques, les différences d'attitudes (satisfaction au travail) entre les employés à temps plein et à temps partiel puis les différences de comportement (intention de quitter) entre eux conformément aux différents cadres théoriques proposés. Cette méthode de présentation du sujet facilite la compréhension et permet de saisir toutes les nuances sur la problématique. C'est la raison pour laquelle la même stratégie a été adoptée pour rapporter l'état de la documentation scientifique sur le phénomène dans ce mémoire. Ainsi, six principaux cadres théoriques sont retenus dans cette présentation de l'état de la documentation recensée : 1) la théorie de l'inclusion partielle, 2) la théorie du cadre de référence, 3) la théorie des différences démographiques, 4) les modalités du statut d'emploi, 5) la théorie de l'adéquation entre la personne et l'emploi, et 6) la théorie de la réalisation/violation du contrat psychologique.

Dans ce qui suit, la différence statistique d'attitudes (satisfaction au travail) et de comportements (intention de quitter) entre les employés à temps plein et à temps partiel sera présentée autour de ces six cadres théoriques. Dès lors, les 42 articles retenus sont subdivisés en trois grandes parties. La première partie présente le statut d'emploi et la satisfaction au travail (attitudes) suivant les six cadres théoriques. La deuxième partie est consacrée au statut d'emploi et l'intention de quitter (comportement) relativement auxdits cadres théoriques. La troisième partie dresse l'état des connaissances sur le statut d'emploi

et le bien-être affectif des infirmières. À noter ici que le bien-être affectif étant une variable d'adaptation dans ce mémoire, les écrits recensés ne l'ont pas tous traité à l'intérieur des six cadres théoriques retenus. Ce faisant, il y aura une référence au cadre théorique lorsque disponible.

Le statut d'emploi et la satisfaction au travail sous la loupe de six cadres théoriques

Dans les articles recensés, l'accent est mis sur la comparaison statistique de la satisfaction au travail des employés suivant les facettes de l'emploi. Les facettes de l'emploi incluent généralement, et dépendamment des échelles utilisées, l'emploi lui-même (le contenu de l'emploi), la paie ou le salaire, les collègues ou l'interaction/relation avec les collègues, la supervision et les opportunités de promotion (Armstrong-Stassen et al., 1998; Burke & Greenglass, 2000; Morrow et al., 1994; Sinclair et al., 1999). Dans le but de rapporter de façon exhaustive et complète les résultats des différentes études, la comparaison du niveau de satisfaction des employés en fonction du statut d'emploi (temps plein et temps partiel) sera présentée dans cette même dynamique. Ainsi, dans un premier temps, la différence dans la satisfaction au travail des employés (à temps plein et à temps partiel) sera rapportée suivant les facettes de l'emploi. De plus, certains articles s'appesantissent aussi, en plus de la comparaison du niveau de satisfaction basée sur les facettes de l'emploi, sur une comparaison de la satisfaction globale au travail des employés. Contrairement au construit de satisfaction au travail relevé plus haut, la satisfaction globale au travail fait référence à une évaluation globale de l'attitude (satisfaction) d'un employé sans établir un lien entre son attitude (satisfaction) et une

facette spécifique de l'emploi (Lu et al., 2012). C'est dans cette suite logique qu'en second lieu sera présenté une différence de satisfaction globale entre les employés à temps plein et à temps partiel lorsque les données sont disponibles.

La loupe de la théorie de l'inclusion partielle

Trois études ont été recensées en lien avec la théorie de l'inclusion partielle. La théorie de l'inclusion partielle postule que les individus font partie de plusieurs systèmes sociaux et possèdent des rôles différents à l'intérieur de chaque système social (Katz & Kahn, 1978). Contrairement à leurs collègues à temps plein, les employés à temps partiel passent moins de temps au travail et sont plus susceptibles d'être impliqués dans les rôles extra-organisationnels. En conséquence, ils se sentiront donc moins inclus dans l'organisation et risquent de présenter un niveau de satisfaction au travail plus faible que leurs collègues à temps plein (Miller & Terborg, 1979). Inversement, les résultats des travaux de Barker (1993), Eberhardt et Shani (1984) soutiennent que les employés à temps partiel manifestent, en moyenne, une plus grande satisfaction statistique au travail que leurs collègues à temps plein malgré qu'ils se sentaient moins intégrés dans leur milieu de travail (Barker, 1993). Ces auteurs (Barker, 1993; Eberhardt & Shani, 1984) évoquent le principe d'inclusion partielle des employés à temps partiel pour justifier les résultats de leurs travaux et suggèrent que le fait de passer moins de temps au travail rend les employés à temps partiel moins vulnérables aux impacts des informations négatives émanant du travail. En conséquence, la satisfaction au travail de ceux-ci serait peu affectée par les événements négatifs de leur milieu de travail (Barker, 1993; Eberhardt & Shani, 1984).

La contradiction des résultats des études ayant comparé statistiquement les attitudes (satisfaction globale au travail) des employés au travail selon la perspective de la théorie de l'inclusion partielle témoigne que cette théorie souffre d'un manquement et ne permet malheureusement pas de mieux comprendre les différences potentielles d'attitudes que l'on peut observer entre les employés (temps plein et à temps partiel) en milieu de travail. La théorie se limite donc à dire que les employés à temps partiel sont peu intégrés dans les milieux de travail en raison du peu de temps qu'ils y passent, mais ne fournit aucun éclaircissement sur les contradictions observées dans les résultats. Ce faisant, la théorie de l'inclusion n'aide pas à mieux expliquer sur le plan statistique les attitudes qui peuvent découler de cette réalité d'inclusion partielle des employés à temps partiel dans leur différent milieu de travail (Blouin, 2005; Saba et al., 2006; Thorsteinson, 2003).

La loupe de la théorie du cadre de référence

Six articles ont été recensés sous la théorie du cadre de référence. La théorie du cadre de référence a été élaborée à partir de la théorie de l'équité d'Adams (1965). Elle postule que les employés comparent leur ratio « contribution-récompense » avec les ratios d'autres employés (qui servent de référents). Ainsi, lorsque les employés perçoivent une différence défavorable en se comparant à d'autres référents, ils peuvent ressentir de l'insatisfaction (Adams, 1965; Thorsteinson, 2003). En contexte du statut d'emploi, la théorie du cadre de référence suggère que les employés à temps partiel seront moins satisfaits au travail lorsqu'ils se comparent à leurs collègues à temps plein étant donné que

les conditions de leur engagement avec l'employeur ne sont pas les mêmes et les avantages sociaux sont différents (Blouin, 2005; Saba et al., 2006). Miller et Terborg (1979) ont utilisé la théorie du cadre de référence pour expliquer les résultats de leur étude (n = 1064). En effet, les résultats de leurs travaux, réalisés aux États-Unis (Midwest) auprès des employés de bureau d'une organisation de vente au détail, démontrent que les employés de bureau temps partiel sont, en moyenne, statistiquement moins satisfaits par rapport à l'emploi, aux bénéficiaires et ont rapporté une satisfaction globale moyenne au travail statistiquement plus faible que leurs collègues à temps plein. Ces résultats, selon Miller et Terborg (1979), confirment les postulats du cadre de référence en contexte du statut d'emploi. Inversement, les travaux de Logan et al. (1973) (n = 151, réalisés dans un hôpital aux États-Unis auprès d'un groupe d'employés composés d'infirmières, infirmières auxiliaires et employés de bureau) démontrent que d'un point de vue statistique les employés à temps partiel ont, en moyenne, le même niveau de satisfaction au travail que leurs collègues à temps plein. Logan et al. (1973) expliquent ces résultats par le fait que les employés à temps plein et à temps partiel utilisent des cadres de référence différents. En d'autres termes, les employés à temps partiel auraient eu comme référents d'autres employés à temps partiel et les employés à temps plein auraient eu comme référents d'autres employés du même statut d'emploi. Malheureusement, Logan et al. (1973) n'ont pas enquêté et démontré systématiquement les cadres de référence qu'a utilisés chaque catégorie d'employés (temps plein et temps partiel) incluse dans leur étude. D'autres chercheurs ont également soutenu cette hypothèse de variation du cadre de référence entre les statuts d'emploi. Par exemple, Feldman et Doeringhaus (1992) (n = 707, étude

réalisée aux États-Unis auprès des employés de cinq établissements de soins, de vente au détail et du milieu d'enseignement) avancent qu'environ 82% des employés à temps partiel ont rapporté avoir utilisé d'autres employés du même statut d'emploi comme référents. De plus, Feldman et Doeringhaus (1992) ajoutent que les employés à temps partiel ne sont pas des groupes homogènes et qu'il serait possible que le cadre de référence varie au sein même du groupe des employés à temps partiel. Cette position a été empiriquement soutenue par les travaux d'Eberhardt et Moser (1995) (n = 250, réalisés aux États-Unis auprès des employés de six succursales d'un supermarché) qui suggèrent qu'environ la moitié des employés à temps partiel permanents ont utilisé les employés à temps plein comme référents, tandis que l'autre moitié utilisaient d'autres collègues à temps partiel comme leurs référents.

En somme, les différents travaux présentés sous cette théorie permettent de tirer une conclusion claire et précise suggérant que la théorie du cadre de référence ne peut servir de cadre explicatif aux différences statistiques d'attitudes entre les employés (temps plein et temps partiel) que lorsque les cadres de référence des employés échantillonnés sont clairement et systématiquement identifiés et démontrés. Malheureusement, les études recensées n'ont pas toutes exploré empiriquement cette dimension (c'est-à-dire identifier et démontrer le cadre de référence utilisé par chaque participant à l'étude) de la théorie durant leurs investigations. En conséquence, la théorie du cadre de référence ne permet pas d'élucider clairement la question des différences d'attitudes qui existeraient entre les deux catégories d'employés (temps plein et à temps partiel) investiguées dans ce mémoire.

La loupe de la théorie des différences démographiques

Sept articles ont été recensés sous cette section. Certains auteurs suggèrent que les différences d'attitudes entre les statuts d'emploi (temps plein et temps partiel) relèvent des différences entre les variables sociodémographiques des personnes qui occupent ces postes (Bennett et al., 1994; McGinnis & Morrow, 1990; Thorsteinson, 2003). Par exemple, la satisfaction au travail ne s'exprimerait pas de la même façon selon le sexe, l'âge, le statut marital, le niveau de scolarité, l'appartenance à un syndicat, les revenus, le quart de travail, l'ancienneté organisationnelle, le fait d'avoir des enfants ou encore le niveau d'expérience, pour ne citer que ces variables (Morrow et al., 1994; Saba et al., 2006; Thorsteinson, 2003). Ainsi, ces chercheurs affirment que lorsque les variables démographiques entre les employés à temps plein et à temps partiel sont statistiquement contrôlées, les différences d'attitudes disparaissent. (Blouin, 2005; Thorsteinson, 2003).

Les travaux de McGinnis et Morrow (1990) s'inscrivent dans cette même perspective. En effet, ces auteurs avancent l'hypothèse soutenant que la contradiction dans les résultats des études réalisées sur le statut d'emploi serait liée au fait que les chercheurs n'auraient pas pris en considération certaines variables confondantes, notamment les caractéristiques sociodémographiques comme le sexe, l'âge, le statut marital et le niveau de scolarité. Dans leur étude réalisée auprès des infirmières et six autres catégories d'employés (personnel de soutien et administratif) (n = 405) d'un hôpital de courte durée dans le Midwest aux États unis, McGinnis et Morrow (1990) ont tenté de combler ces « lacunes identifiées » en contrôlant l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, le statut marital, l'ancienneté dans l'hôpital, la catégorie d'emploi et le quart de travail. L'analyse de

variance (ANOVA) à un facteur a révélé que les employés à temps partiel étaient, en moyenne, statistiquement moins satisfaits avec leur salaire, mais plus satisfaits de leur relation avec les collègues de travail lorsqu'ils étaient comparés aux employés à temps plein. Cependant, il n'existe aucune différence statistique entre les deux catégories d'employés (temps plein et temps partiel) lorsqu'il s'agit de la satisfaction moyenne relative au contenu de l'emploi (emploi lui-même) et à la supervision. Toutefois, la faiblesse de la variance expliquée, (1-2%) pour chacune des facettes de l'emploi (salaire, relation avec les collègues) de l'échelle de satisfaction utilisée, a conduit McGinnis et Morrow (1990) à conclure que le statut d'emploi seul n'exerce aucune influence statistique sur la satisfaction au travail. De plus, la régression hiérarchique, avec le contrôle des variables sociodémographiques (sexe, l'âge, le statut marital et le niveau de scolarité), a permis aux auteurs de conclure que la satisfaction globale est, en moyenne, statistiquement la même chez les deux groupes d'employés (temps plein et temps partiel). Les variables sociodémographiques (sexe, âge, statut marital et niveau de scolarité) ont, en revanche, de l'influence statistique sur la satisfaction au travail et expliqueraient environ 12% de la variance. Ces résultats ont permis aux chercheurs de conclure que, lorsque certaines variables sociodémographiques (telles que le sexe, l'âge, le statut marital et le niveau de scolarité) sont contrôlées, les employés à temps partiel et à temps plein sont semblables et ne présenteraient aucune différence relative à la satisfaction au travail (McGinnis & Morrow, 1990).

Des résultats similaires ont été rapportés dans d'autres études (Clinebell & Clinebell, 2007; Levanoni & Sales, 1990; Morrow et al., 1994; Thorsteinson, 2003). En

effet, une étude quantitative américaine réalisée par Morrow et al. (1994), auprès de 272 infirmières et infirmières auxiliaires, arrive à la même conclusion que McGinnis et Morrow (1990) après avoir contrôlé le niveau de scolarité et l'ancienneté organisationnelle des participants (Morrow et al., 1994). Dans une autre étude quantitative ontarienne (Canada), réalisée auprès des employés de vente de détail (n = 191), les résultats supportent que, sans le contrôle statistique des variables sexe et ancienneté organisationnelle, les employés à temps plein seraient, en moyenne, statistiquement plus satisfaits au regard de la sécurité de l'emploi que leurs collègues à temps partiel (Levanoni & Sales, 1990). En revanche, cette différence statistique disparaîtrait, dès que les variables sexe et ancienneté au travail ont été contrôlées, et les employés à temps partiel deviendraient plus satisfaits que ceux à temps plein par rapport à la supervision et à l'interaction sociale avec leurs collègues de travail (Levanoni & Sales, 1990). Toutefois, et en moyenne, il n'existerait aucune différence statistique du point de vue de la satisfaction globale au travail entre les deux catégories d'employés (Levanoni & Sales, 1990). Clinebell et Clinebell (2007) n'ont également trouvé aucune différence statistique relativement à la satisfaction globale au travail chez les employés du secteur de la finance aux États-Unis (n = 282) après avoir contrôlé les variables démographiques, notamment l'âge, le sexe, la race, le statut marital, le nombre d'enfants à charge, le niveau de scolarité, le statut d'emploi et l'ancienneté dans l'organisation et la profession.

Finalement, une revue systématique avec méta-analyse de 38 articles primaires, publiée sur le statut d'emploi dans le but de clarifier davantage les contradictions des résultats de ces études, confirment que le niveau moyen de satisfaction au travail est

statistiquement le même chez les employés à temps plein et à temps partiel (Thorsteinson, 2003). De plus, même après avoir effectué des tests d'interaction sur le type d'emploi (professionnel versus non professionnel), le sexe (homme versus femme) et la stratégie d'échantillonnage (une organisation versus plusieurs organisations), Thorsteinson (2003) aboutit à des résultats statistiquement non significatifs concluant que l'inexistence de relation entre le statut d'emploi et la satisfaction au travail n'est pas due au sexe des participants, ni au type d'emploi ou encore moins à la stratégie d'échantillonnage utilisée pour réaliser les études primaires incluses dans sa revue systématique avec méta-analyse.

Toujours dans la même dynamique de comparaison des attitudes des employés (à temps plein et à temps partiel) en lien avec le concept de différences démographiques, Barker (1993) et Wotruba (1990) avaient trouvé des différences statistiques entre les employés (temps plein et temps partiel) de leur étude. En effet, les résultats des travaux de Wotruba (1990), réalisés aux États-Unis auprès des employés de vente ($n = 491$), supportent que les employés à temps partiel seraient, en moyenne, statistiquement plus satisfaits de leur travail que leurs collègues à temps plein. L'auteur ajoute que le niveau de satisfaction des employés à temps partiel demeurerait inchangé lorsqu'ils cumulent deux ou plusieurs emplois que ce soit dans le même domaine d'activité ou dans des secteurs d'activité différents. Inversement, les employés à temps plein verraient leur niveau moyen de satisfaction statistiquement décroître au fur et à mesure qu'ils cumulent plusieurs emplois. De plus, le sexe considéré comme covariable dans l'étude n'aurait aucune influence statistique sur la satisfaction moyenne au travail (Wotruba, 1990). Barker (1993), quant à lui, apporte son appui aux travaux de Wotruba (1990) avec des

résultats similaires dans son étude, réalisée aux États-Unis, auprès de personnes s'identifiant comme femme et occupant des emplois professionnels (infirmières, avocats et autres emplois professionnels) (n = 315). À la différence de Wotruba (1990), les travaux de Barker (1993) n'ont pas tenu compte de la portion de variation de la variable sexe puisque la population cible investiguée était homogène. De plus, Wotruba (1990) n'a tenu compte que de la portion de variation d'une seule variable démographique qu'est le sexe. Ce faisant, il apparaît difficile de comparer méthodologiquement les résultats de leurs travaux à ceux des autres chercheurs ayant contrôlé statistiquement plusieurs variables démographiques.

En somme, bien que les résultats des études sous cette théorie démontrent aussi des résultats inconsistants, celles-ci ont le mérite de mettre en lumière l'influence statistique que peut exercer certaines variables démographiques sur la satisfaction au travail des employés et ont permis à plusieurs autres chercheurs (Armstrong-Stassen et al., 1998; Armstrong-Stassen et al., 1994; Clinebell & Clinebell, 2007; Saba et al., 2006) d'en tenir compte tout en isolant statistiquement l'influence desdites variables dans leurs travaux.

La théorie des modalités du statut d'emploi

Huit articles sont recensés sous cette section. Devant l'inconsistance des résultats des études antérieures, Feldman (1990) est d'avis que les chercheurs commettent une erreur lorsqu'ils considèrent que les employés à temps partiel forment un groupe homogène. Il suggère alors, pour les futures recherches, de tenir compte de l'hétérogénéité du groupe d'employés à temps partiel et de les catégoriser en modalités d'emploi afin

d'obtenir de meilleurs résultats de recherche soit : (1) permanent ou temporaire, (2) recruté par une organisation ou une agence, (3) travail à l'année ou travail saisonnier, (4) emploi principal ou emploi secondaire (« *moonlighting* »), et (5) statut d'emploi temps partiel volontaire ou involontaire (Feldman, 1990). Plusieurs travaux ont utilisé ces modalités d'emploi proposé par Feldman (1990). Par exemple, dans une méta-analyse de 38 articles, Thorsteinson (2003) a catégorisé les employés à temps partiel en modalité d'emploi à temps partiel volontaire versus involontaire. Les résultats de cette étude révèlent qu'il n'y a aucune différence statistique relative à la satisfaction globale moyenne au travail entre les deux groupes d'employés. Les résultats des travaux de Barker (1993), par contre, démontrent une différence entre les femmes qui travaillaient volontairement à temps partiel et à temps plein et celles qui travaillaient à temps partiel involontairement. Le niveau moyen de satisfaction des femmes qui travaillaient volontairement à temps plein et à temps partiel était statistiquement plus élevé que leurs collègues qui travaillaient à temps plein et à temps partiel involontairement. De plus, les employées qui travaillaient à temps partiel involontairement rapportaient, en moyenne, un plus faible niveau de satisfaction au travail (Barker, 1993).

De leur côté, Sinclair et al. (1999) ont conceptualisé cinq modalités d'emploi, beaucoup plus complexes que ceux suggérés par Feldman (1990), en se basant sur « les variables des circonstances de la vie » notamment : (1) les employés à temps plein (40 heures et plus); (2) les *moonlighters* (employés de nuit) qui travaillent à temps partiel ailleurs; (3) les *supplementers* qui sont des employés mariés qui contribuent à moins de 50% au revenu familial avec cet emploi; (4) les *étudiants*, de niveau collégial, qui

travaillent à temps partiel et (5) les *primaries* qui sont des employés qui contribuent à plus de 50% au revenu familial avec cet emploi. Au total, 2354 employés (864 à temps plein et 1490 à temps partiel) de la vente au détail des États-Unis ont participé à cette étude et étaient tous syndiqués. Les résultats démontrent que, globalement, les employés à temps partiel étaient statistiquement plus satisfaits au travail que leurs collègues à temps plein. Dans le sous-groupe des employés à temps partiel, les *primaries* et les *moonlighters* ont rapporté le plus haut niveau de satisfaction globale au travail, les *étudiants* étaient, en moyenne, statistiquement moins satisfaits au travail que les autres participants de l'étude et les *supplementers* étaient, en moyenne, statistiquement plus satisfaits que les autres employés à temps partiel. Selon Sinclair et al. (1999), la variation des niveaux de responsabilité des participants expliquerait ces résultats.

Dans le même ordre d'idées, Senter et Martin (2007) ont décliné le groupe des employés à temps partiel en huit sous-groupes soient : (1) les *primaries* (gagnent plus de 50% du revenu familial avec cet emploi et peuvent avoir des conjoints, des enfants à charge ou autres rôles significatifs de la vie quotidienne); (2) les *older married supplementers* (gagnent 50% ou moins du revenu familial avec cet emploi, l'emploi ou la pension du conjoint complète le revenu familial, sont des adultes mariés qui ne sont pas aux études, ont peu d'enfants à charge et n'ont pas de deuxième emploi); (3) *Younger married supplementers* (gagnent 50% ou moins du revenu familial avec cet emploi, le salaire du conjoint complète le revenu familial, sont des adultes mariés avec plusieurs enfants à charge, n'étudient pas, n'ont pas d'autre emploi, et sont majoritairement des femmes); (4) les *single supplementers* (gagnent 50% ou moins du revenu du ménage avec

cet emploi, d'autres sources de revenus comme l'investissement, la sécurité sociale, la pension complètent les revenus du ménage, sont célibataires, ne sont pas aux études et n'ont pas de deuxième emploi); (5) les *high school students* (l'emploi fournit un revenu discrétionnaire, ce sont des élèves qui ont atteint récemment le niveau secondaire / lycée et ont entre 14 - 18 ans d'âge, ont des responsabilités familiales limitées); (6) les *college students* (l'emploi fournit des revenus discrétionnaires et/ou des dépenses liées aux études, ces étudiants ont entamé récemment les études collégiales, ont entre 18 – 25 ans d'âge avec des responsabilités familiales limitées); (7) les *part - time moonlighters* (gagnent leur revenu familial à partir d'un deuxième emploi à temps partiel); et (8) les *full – time moonlighters* (cumulent le travail à temps partiel et à temps plein, l'essentiel du revenu familial repose sur l'emploi à temps plein). De cette déclinaison et en se basant sur la théorie de l'inclusion partielle, Senter et Martin (2007) regroupent les huit sous – groupes en deux catégories notamment (1) la catégorie d'employés à temps partiel ayant un rôle d'attachement extérieur fixe à l'employeur (le *students* et les *moonlighters* qui n'ont pas de responsabilités familiales ou des responsabilités familiales limitées) et (2) la catégorie d'employés à temps partiel ayant un rôle d'attachement extérieur flexible à l'employeur (les *primaries* et les *moonlighters* qui ont des responsabilités familiales). Les résultats des travaux de Wittmer et Martin (2011) (n = 2000), réalisés aux États-Unis et conduits sur la base de la typologie du travail à temps partiel de Senter et Martin (2007), supportent que les employés à temps partiel ayant un rôle d'attachement extérieur fixe à l'employeur cible (étudiants et *moonlighters*) auraient, statistiquement, un degré moyen de satisfaction au travail plus élevé que leurs collègues à temps partiel avec un rôle d'attachement extérieur

plus flexible (*supplementers* et *les primaries*) à l'employeur cible. Dans une autre étude quantitative québécoise, réalisée auprès de 261 employés syndiqués de la vente au détail, Saba et al. (2006) ont proposé et conceptualisé trois modalités du statut d'emploi : (1) les employés à temps plein, (2) les étudiants à temps partiel et (3) les employés à temps partiel (réguliers). Ceux-ci soutiennent l'hypothèse qu'il n'est pas nécessaire de catégoriser les emplois à temps partiel en modalité d'emploi à temps partiel volontaire et involontaire, car les participants de leur étude étaient tous syndiqués et avaient la possibilité d'augmenter les heures de travail s'ils le souhaitaient (Saba et al., 2006). En conséquence, l'échantillon investigué ne comporterait pas d'employés à temps partiel involontaire (Saba et al., 2006). Les résultats de cette étude démontrent que les employés à temps partiel et les étudiants seraient, en moyenne, statistiquement plus satisfaits que les employés à temps plein. Cependant, la différence de satisfaction globale au travail entre les employés à temps plein et à temps partiel aurait disparu lorsque les étudiants étaient retirés du modèle d'analyse statistique utilisé. Ces résultats, selon Saba et al. (2006), apportent une nouvelle preuve empirique que les employés à temps partiel ne forment pas un groupe statistiquement homogène. Ces résultats suggèrent, en conséquence, la nécessité de catégoriser les employés à temps partiel en modalités d'emploi à temps partiel différents lorsqu'on entreprend une investigation pour comprendre les différences d'attitudes entre les employés à temps plein et à temps partiel (Saba et al., 2006).

La théorie de l'adéquation entre la personne et l'emploi

Au total neuf articles sont retenus sous cette théorie. La théorie de l'adéquation entre la personne et l'emploi tient son origine de la théorie du « *person-job-fit* » (Armstrong-Stassen et al., 1998; Holtom et al., 2002; Morrow et al., 1994). Encore appelée théorie de la congruence du statut d'emploi, cette théorie postule que lorsqu'un employé occupe un emploi qui correspond à son statut d'emploi souhaité, il y a une forte probabilité qu'il manifeste une plus grande satisfaction au travail qu'un autre employé qui occupe un statut d'emploi non voulu (Burke, 2004; Holtom et al., 2002; Morrow et al., 1994). En d'autres termes, la congruence du statut d'emploi fait référence à l'arrimage entre le statut d'emploi actuel et le statut d'emploi préféré ou souhaité d'un employé (Armstrong-Stassen & Cameron, 2008; Holtom et al., 2002). C'est en quelque sorte une dimension du statut d'emploi dans sa globalité. En effet, les chercheurs ont conceptualisé le statut d'emploi des employés en statut d'emploi congruent et non congruent et ont évalué l'effet statistique de ces différentes portions du statut d'emploi sur la satisfaction au travail des employés (Holtom et al., 2002; Morrow et al., 1994).

Ainsi, plusieurs études américaines et ontariennes soutiennent que les infirmières à statut d'emploi congruent auraient, statistiquement, un degré moyen de satisfaction globale au travail plus élevé que leurs collègues à statut d'emploi non congruent (Burke, 2004; Burke & Greenglass, 2000; Havlovic et al., 2002; Lee & Cameron, 2007). Des résultats statistiques similaires ont été rapportés par Holtom et al. (2002) auprès d'employés d'épicerie des États-Unis ($n = 232$) suggérant que la congruence du statut d'emploi serait statistiquement positivement liée à la satisfaction globale au travail ($r =$

0,42 $p < 0,01$). Les travaux d'Armstrong-Stassen et al. (1994), réalisés auprès d'infirmières canadiennes ($n = 571$), démontrent aussi l'importance de la congruence du statut d'emploi en soulignant qu'en moyenne le niveau de satisfaction globale au travail était statistiquement le même chez les infirmières à temps plein et les infirmières à temps partiel qui avaient un statut d'emploi congruent, et qu'il existait, toujours en moyenne, une différence statistique quant à la satisfaction globale au travail chez les infirmières à statut d'emploi non congruent. En effet, les infirmières qui travaillaient à temps plein et qui souhaitaient travailler à temps partiel avaient rapporté, sur le plan statistique, un faible degré de satisfaction globale au travail et une insatisfaction par rapport à plusieurs aspects de leur travail. Une autre étude, réalisée auprès d'infirmières canadiennes et jordaniennes ($n = 1275$), démontre que la congruence du statut d'emploi est statistiquement prédictive des variations de la satisfaction globale au travail des infirmières canadiennes, mais pas chez leurs collègues jordaniennes (Armstrong-Stassen & Cameron, 2008). Ces auteurs suggèrent qu'une différence culturelle pourrait expliquer cette différence statistique malgré les ressemblances qui existent entre les deux pays par rapport à leur statut de pays développé. Bien que l'étude de Morrow et al. (1994), réalisée auprès des infirmières et infirmières auxiliaires d'un hôpital universitaire de Midwest aux États-Unis ($n = 272$), démontre que la congruence du statut d'emploi et la satisfaction globale au travail ne sont pas statistiquement associées, les infirmières qui avaient une congruence dans le choix de leurs quarts de travail et de la planification de leurs horaires avaient, en moyenne, une satisfaction (relative à la paie et à l'horaire) plus élevée que les autres. Des résultats statistiquement similaires sont rapportés par Keil et al. (2000) lors de leur étude auprès

des infirmières canadiennes (n = 455) confirmant un même degré moyen de satisfaction globale au travail entre les deux catégories d'employés (statut d'emploi congruent et non congruent).

En résumé, le concept de la congruence a connu beaucoup d'engouement dans les recherches auprès d'infirmières et beaucoup d'études ont été publiées en lien avec cette dimension du statut d'emploi comparativement au statut d'emploi dans sa globalité. Au Canada spécifiquement, les périodes de restructuration qu'avaient connu les systèmes de santé provinciaux dans les années 1990 et ses répercussions sur la dotation du personnel en soins infirmiers (Bourbonnais et al., 2005) expliqueraient probablement cet engouement des chercheurs. En somme, la majorité des travaux présentés ici semble appuyer empiriquement l'impact positif de la congruence sur la satisfaction globale au travail des employés et des infirmières à statut d'emploi (temps plein versus temps partiel) congruent lorsqu'ils sont comparés statistiquement à leurs collègues à statut d'emploi (temps plein et temps partiel) non congruent. Tout comme le souligne bien Saba et al. (2006), la théorie de l'adéquation entre la personne et l'emploi serait à ses premiers balbutiements, lorsqu'on la transpose en contexte du statut d'emploi, et nécessite davantage d'investigations, car quelques études (Keil et al., 2000; Morrow et al., 1994) n'ont pas su démontrer son effet statistiquement positif sur les attitudes (satisfaction globale au travail) de certains employés.

La théorie de la réalisation/violation du contrat psychologique

Deux articles ont été recensé sous la théorie du contrat psychologique de travail. Celle-ci suggère que les différences d'attitudes (satisfaction au travail, engagement au travail) et de comportements (intention de quitter, absentéisme au travail) entre les employés (temps plein et temps partiel) seraient en fait le reflet du degré de réalisation/violation du contrat psychologique de ces employés (Conway & Briner, 2002; Saba et al., 2006). En d'autres termes, le contrat psychologique serait le mécanisme (ou la variable médiatrice) qui expliquerait l'effet du statut d'emploi sur les attitudes et comportements des employés. Les travaux de Conway et Briner (2002) s'inscrivent dans cette perspective et concluent que les employés à temps partiel du secteur des épicerie et de la banque sont en moyenne statistiquement plus satisfaits que leurs collègues à temps plein. Les résultats ont également confirmé l'hypothèse de recherche de l'effet médiateur du contrat psychologique dans la relation directe entre le statut d'emploi et la satisfaction au travail chez les employés de banque. Chez ces employés, les différences d'attitudes (satisfaction au travail) observées seraient statistiquement reliées au degré de réalisation de leur contrat psychologique. En revanche, il n'existerait aucune association statistique entre le statut d'emploi et la réalisation du contrat psychologique chez les employés du secteur des épicerie. La réalisation du contrat psychologique n'expliquerait donc pas les différences d'attitudes (satisfaction au travail) qui existeraient chez ces employés.

Bien que l'hypothèse de l'effet médiateur de la théorie du contrat psychologique dans la relation directe entre le statut d'emploi et la satisfaction au travail n'a pas été confirmée chez les employés du secteur des épicerie (Conway & Briner, 2002) et de la

vente au détail (Saba et al., 2006), la théorie du contrat psychologique apporte néanmoins un éclairage statistique aux différences d'attitudes (satisfaction au travail) chez les employés de la banque en tant que cadre de référence explicatif. De plus, la présente recension des écrits semble indiquer que peu d'études (Conway & Briner, 2002; Saba et al., 2006) ont utilisé et/ou investigué son utilité dans le cadre des recherches portant sur le statut d'emploi. Ce faisant, la théorie du contrat psychologique apparaît prometteuse comme cadre explicatif des différences statistiques d'attitudes (satisfaction au travail) chez certains employés. Conséquemment, il serait souhaitable que de nouvelles études soient menées pour apporter davantage de données empiriques pour confirmer ou infirmer son utilité dans les recherches futures en lien avec le statut d'emploi et les attitudes des employés.

En somme, les différentes études recensées sous la loupe des six théories (théorie de l'inclusion partielle, théorie du cadre de référence, théorie des différences démographiques, théorie des modalités du statut d'emploi, théorie de l'adéquation entre la personne et l'emploi et théorie de la réalisation/violation du contrat psychologique) renseignent qu'il existe une relation d'influence statistique du statut d'emploi (temps plein versus temps partiel) sur la satisfaction globale au travail et/ou sur la satisfaction au travail suivant les facettes de l'emploi. Aussi, ces mêmes études démontrent que la différence statistique, entre les groupes d'employés à temps plein versus ceux à temps partiel, relativement à la satisfaction au travail suivant les facettes de l'emploi ou à la satisfaction globale au travail est variable et non consistante à travers celles-ci. De plus, les explications avancées par les auteurs de ces études sont orientées par la théorie empruntée

par le/les chercheur(s) et parfois utilisées à postériori pour tenter des explications des résultats obtenus.

Les prochains paragraphes brossent un portrait global des articles recensés et présente l'état des connaissances sur les différences potentielles de comportement (intention de quitter) qui existent entre les employés à temps plein et leurs collègues à temps partiel.

La différence entre le statut d'emploi (temps plein et temps partiel) et l'intention de quitter

Comparativement aux études portant sur l'examen de la différence d'attitudes (satisfaction au travail) des employés, les études ayant exploré les différences de comportements (intention de quitter l'emploi actuel et/ou la profession) chez les employés à temps plein et à temps partiel sont peu nombreuses, surtout lorsqu'il s'agit d'études auprès des infirmières, et les résultats de ces premières sont tout aussi inconsistants que ceux portant sur la satisfaction au travail des employés. En effet, les résultats des travaux de Wotruba (1990) indiquent que les employés à temps partiel ont rapporté statistiquement une plus grande intention de quitter l'emploi actuel que leurs collègues à temps plein. Des résultats similaires sont rapportés par Saba et al. (2006) qui démontrent statistiquement que l'intention de quitter est plus associée au statut d'emploi à temps partiel que celui à temps plein. Cependant, la conceptualisation des modalités d'emploi (temps plein, étudiants à temps partiel et temps partiel) a permis, à Saba et al. (2006), de déterminer que l'intention de quitter est, en moyenne, statistiquement plus élevée chez les étudiants qui

travaillaient à temps partiel que les autres employés. De plus, lorsque les étudiants sont retirés de leur modèle d'analyse statistique, il n'existerait aucune différence entre les deux groupes d'employés (à temps partiel et à temps plein).

Sous la théorie de la réalisation du contrat psychologique de travail, Conway et Briner (2002) soutiennent que les employés à temps partiel du secteur des épiceries et de la banque ont rapporté un degré moyen d'intention de quitter qui est statistiquement plus faible en comparaison au degré moyen de leurs collègues à temps plein. Par ailleurs, trois autres études (Krausz et al., 2000; McGinnis & Morrow, 1990; Morrow et al., 1994), n'ayant pas utilisé un cadre de référence explicatif clair dans leur étude, rapportent qu'il n'y a aucune association statistiquement significative entre le statut d'emploi et l'intention de quitter. Selon ces auteurs (Krausz et al., 2000; McGinnis & Morrow, 1990; Morrow et al., 1994), le comportement (intention de quitter) chez les employés à temps plein et à temps partiel est le même, peu importe le sexe, l'âge, le statut marital, le niveau de scolarité ou encore l'ancienneté dans l'organisation. Relativement à la congruence du statut d'emploi, trois études canado américaines (Burke, 2004; Burke & Greenglass, 2000; Holtom et al., 2002) démontrent que statistiquement les employés (infirmières et employés d'épicerie) à statut d'emploi non congruent, travaillant dans des hôpitaux et dans des épiceries, ont, en moyenne, une plus grande intention de quitter leur travail que leurs collègues qui détiennent un statut d'emploi congruent respectant leur préférence. De plus, la congruence du statut d'emploi aurait une corrélation linéaire négative ($r = - 0,16$ $p < 0,05$) avec l'intention de quitter (Holtom et al., 2002). Deux autres études canadiennes (Armstrong-Stassen et al., 1998; Armstrong-Stassen et al., 1994), réalisées en Ontario,

rapportent qu'en moyenne, l'intention de quitter serait statistiquement la même chez les infirmières à temps plein et à temps partiel ayant un statut d'emploi congruent. En revanche, l'intention de quitter serait en moyenne statistiquement plus élevée chez les infirmières à temps plein qui souhaitaient travailler à temps partiel que leurs collègues à temps partiel qui souhaitaient travailler à temps plein (Armstrong-Stassen et al., 1998; Armstrong-Stassen et al., 1994). Finalement, trois autres études (Keil et al., 2000; Krausz et al., 2000; Morrow et al., 1994), réalisées respectivement au Canada, en (Burke, 2004)Israël et aux États-Unis, rapportent qu'il n'existerait aucune différence statistique du point de vue de l'intention de quitter entre les employés, et ce, peu importe la congruence ou l'incongruence du statut d'emploi.

Au total, les articles recensés, sous la variable dépendante « intention de quitter », suggèrent l'existence d'une relation d'influence du statut d'emploi sur celle-ci. Tout comme pour la variable « satisfaction au travail », le seuil de différence statistique d'intention de quitter l'emploi actuel et/ou la profession entre les employés à temps plein versus à temps partiel demeure variable et non consistant à travers les études recensées.

Dans les lignes qui suivent, l'ensemble des articles recensés relatifs à l'état des connaissances sur le statut d'emploi et ses effets potentiels sur le bien-être affectif notamment la peur de COVID-19 et les symptômes dépressifs sera présenté.

Le statut d'emploi et les caractéristiques de santé mentale : différences entre les employés à temps plein et à temps partiel relativement au bien-être affectif

Cinq études (Burke, 2004; Burke & Greenglass, 2000; Conway & Briner, 2002; Côté et al., 2022; Gélinas et al., 2021) ont été recensées. Trois travaux (Burke, 2004; Burke & Greenglass, 2000; Conway & Briner, 2002) décrivent les symptômes dépressifs et les deux autres études (Côté et al., 2022; Gélinas et al., 2021) abordent la peur de COVID-19. En effet, sous la théorie du contrat psychologique, les résultats des travaux de Conway et Briner (2002) démontrent que les employés à temps partiel des secteurs de l'épicerie et de banque ont rapporté un niveau de bien-être affectif (anxiété-confort, dépression-confort) statistiquement plus élevé au travail que leurs collègues à temps plein.

En prenant appui sur la théorie d'adéquation entre la personne et l'emploi, les travaux de Burke et Greenglass (2000) avancent que les infirmières à temps plein dont le statut d'emploi est non congruent avec leur préférence ont rapporté un degré moyen statistiquement plus élevé de symptômes psychosomatiques que leurs collègues (à temps plein et à temps partiel) dont le statut d'emploi était congruent. Les infirmières à temps partiel à statut d'emploi non congruent ont, en moyenne, un niveau statistiquement plus élevé de symptômes psychosomatiques que leurs collègues à temps partiel à statut d'emploi congruent (Burke & Greenglass, 2000). De plus, les infirmières à temps plein dont le statut d'emploi est non congruent avec leur préférence rapportent des degrés statistiquement plus élevés d'épuisement émotionnel que toutes les autres catégories d'infirmières (Burke & Greenglass, 2000). Des résultats similaires sont rapportés dans une étude de Burke (2004) où les infirmières (temps plein et temps partiel) à statut d'emploi

congruent rapportent des degrés d'épuisement émotionnel statistiquement plus faibles que leurs collègues à statut d'emploi (temps plein et temps partiel) non congruent.

En lien avec la pandémie de la COVID-19, une récente étude canadienne conduite par Côté et al. (2022) (n = 1708) démontre que les infirmières de la génération X (nées entre 1965 et 1979) et Y (nées entre 1980 et 2000), ayant soigné les personnes atteintes de la COVID-19 et celles ayant des collègues qui avaient contracté la COVID-19, ont, en moyenne, des scores statistiquement plus élevés de détresse psychologique et de symptômes dépressifs. Les résultats des travaux québécois de Gélinas et al. (2021) démontrent que la peur de COVID-19 était, en moyenne, statistiquement plus élevée chez les infirmières auxiliaires que les infirmières, chez le personnel infirmier (infirmière et infirmière auxiliaire) à temps partiel, chez le personnel infirmier (infirmière et infirmière auxiliaire) ayant pris soin des patients atteints de la COVID-19 qui sont décédés et chez les infirmières de la génération X (nées entre 1965 et 1979). Au seuil de 5%, il n'existerait aucune différence statistiquement significative entre le personnel infirmier (infirmière et infirmière auxiliaire) ayant travaillé en zone COVID et en zone Non-COVID (Gélinas et al., 2021) relativement à la peur de COVID-19. Il faut préciser cependant que ces auteurs (Gélinas et al., 2021) n'avaient pas évalué l'effet statistique du statut d'emploi sur la peur de COVID-19 et les symptômes dépressifs chez le personnel infirmier (infirmière et infirmière auxiliaire) ou chez les infirmières exclusivement.

Au total, les études recensées sous ce paragraphe démontrent qu'il y a un manque de connaissance sur l'effet potentiel du statut d'emploi sur le bien-être affectif (symptômes dépressifs et la peur de COVID-19) des infirmières au Québec.

Par ailleurs, l'objectif général du présent mémoire est de comprendre l'influence que peut exercer le statut d'emploi (temps plein et temps partiel), dans un contexte de modification du contrat psychologique de travail (convention collective), sur les attitudes (satisfaction globale au travail), les comportements (intention de quitter l'emploi et/ou la profession) et le bien-être affectif au travail (symptômes dépressifs et la peur du COVID-19) au travail chez les infirmières durant la crise sociosanitaire de la COVID-19. L'un des objectifs de la recension des écrits, de ce mémoire, est de permettre à l'étudiant chercheur de faire l'état des connaissances sur la problématique du statut d'emploi et d'identifier des pistes de solutions qui permettent de mieux comprendre l'influence de celui-ci sur la satisfaction globale au travail, l'intention de quitter l'emploi et/ou la profession et le bien-être affectif (symptômes dépressifs et peur du COVID-19) des infirmières durant la crise sociosanitaire de la COVID-19. Le contexte particulier de la crise sociosanitaire de la COVID-19 et de la modification du contrat psychologique de travail (convention collective) dans lequel s'est déroulé cette étude a fait de la problématique investiguée un phénomène spécifique moins connu dans la littérature. Ce faisant, l'étudiant chercheur n'a pu identifier des écrits qui apportent des pistes de solution à ses questionnements.

La synthèse de la recension des écrits

La recension des écrits permet de constater qu'il existe, dans la majorité des cas, une association statistiquement significative (au seuil de 5% soit $p < 0,05$) entre le statut d'emploi et les variables d'attitudes (satisfaction au travail) et de comportements (intention de quitter) des employés (temps plein et temps partiel). Elle permet également

de constater que certaines variables démographiques notamment l'âge, le sexe, le niveau de scolarité, l'ancienneté organisationnelle, l'expérience professionnelle, le statut marital et la présence des enfants de bas âge à charge ont également, au seuil de 5% soit $p < 0,05$, des effets statistiquement significatifs sur les variables d'attitudes et de comportements des employés à temps plein et à temps partiel. Ces données empiriques confirment la nécessité de contrôler ces variables démographiques lorsqu'on s'intéresse à l'effet statistique du statut d'emploi sur les variables d'attitudes et de comportements des employés (temps plein et temps partiel).

Cependant, les résultats des différentes études retenues au terme de cette recension des écrits sont inconsistants et quelques fois contradictoires. De plus, certains cadres théoriques explicatifs adoptés par les chercheurs pour interpréter les résultats ont démontré des limites ce qui complexifie l'explication des variations des attitudes et des comportements au regard des variations du statut d'emploi. Par exemple, la théorie de l'inclusion partielle a été utilisée pour interpréter les résultats de deux travaux dont les résultats sont contradictoires (Eberhardt & Shani, 1984; Miller & Terborg, 1979). Aussi, les auteurs de la théorie du cadre de référence n'ont pas systématiquement investigué et démontré empiriquement les types d'employés (temps plein ou temps partiel), inclus dans leurs diverses études, comme référents alors que c'est une condition nécessaire pour justifier sa pertinence en contexte du statut d'emploi. Même si Morrow et al., (1994) n'ont pas prouvé statistiquement l'hypothèse de la théorie d'adéquation entre la personne et son emploi qui suggère que, lorsqu'un employé occupe un emploi qui correspond à son statut d'emploi souhaité, il y a une forte probabilité qu'il manifeste une plus grande satisfaction

au travail qu'un autre employé qui occupe un statut d'emploi non souhaité (Burke, 2004; Holtom et al., 2002; Morrow et al., 1994), plusieurs parmi eux ont été capables de démontrer par des données empiriques l'effet statistique positif de la congruence du statut d'emploi sur les attitudes (satisfaction au travail) et comportements des employés dans leurs travaux (Burke, 2004; Holtom et al., 2002). Toutes ces limites susmentionnées suggèrent que de nouvelles investigations soient menées pour approfondir l'explication des variations des attitudes (satisfaction globale au travail) et des comportements (intention de quitter l'emploi et/ou la profession) au regard des variations du statut d'emploi.

La recension des écrits a aussi le mérite de mettre en lumière la grande disparité entre les échelles de mesure utilisées pour mesurer la satisfaction au travail des employés. Par exemple, certains chercheurs ont utilisé l'échelle des facettes de l'emploi avant de calculer la variable sommative de la satisfaction globale au travail (Krausz et al., 2000; McGinnis & Morrow, 1990; Morrow et al., 1994; Wotruba, 1990) tandis que d'autres ont seulement utilisé l'échelle de la satisfaction globale au travail (Holtom et al., 2002; Saba et al., 2006; Sinclair et al., 1999). Aussi, certains chercheurs, comme Barker (1993), n'ont tenu compte de l'effet d'aucune variable démographique dans leurs travaux tandis que Wotruba (1990) n'a tenu compte que d'une seule variable démographique (sexe) dans ses travaux alors qu'il existe plusieurs autres variables démographiques à la lumière de la présente recension des écrits.

Les constats en lien avec la théorie du contrat psychologique semblent prometteurs pour investiguer l'effet du statut d'emploi sur les attitudes et comportements des

employés. Cependant, une seule étude (Conway & Briner, 2002) a été recensée qui traitait du statut d'emploi. Une deuxième étude recensée (Saba et al., 2006) s'est limitée à tester statistiquement l'effet médiateur du contrat psychologique dans la relation entre le statut d'emploi et les variables d'attitudes (satisfaction au travail) et de comportements (intention de quitter) sans l'avoir utilisé comme cadre explicatif. De plus, l'étude de Conway et Briner (2002) était réalisée auprès des participants du secteur des épicerie et de la banque et aucune étude portant sur les infirmières et utilisant cette théorie n'a été recensée. Ce faisant, de nouvelles études apparaissent nécessaires pour soutenir empiriquement l'utilité de la théorie du contrat psychologique et vérifier son application auprès de la population infirmière. Plus spécifiquement, nous pensons aux infirmières du Québec en raison du contexte de l'arrêté ministériel ayant modifié leur contrat psychologique (convention collective) durant la crise sociosanitaire de la COVID-19.

Pour finir, les résultats des récents travaux de Gélinas et al. (2021) et ceux de leurs collègues Côté et al. (2022) ont démontré la prévalence des symptômes dépressifs et la peur de COVID-19 au sein du personnel infirmier (infirmière et infirmière auxiliaire) au Québec durant la crise sociosanitaire de la COVID-19. Il existerait, cependant, un vide dans les écrits scientifiques en ce qui concerne l'influence du statut d'emploi sur le bien-être affectif (symptômes dépressifs et la peur de COVID-19) des infirmières nécessitant conséquemment des investigations pour combler le manque de connaissance sur ces sujets. Enfin, les infirmières au Québec ont vécu des changements de leurs conditions de travail (nouveau contrat psychologique de travail) avec l'imposition du travail à temps plein obligatoire à l'exception des étudiantes (MSSS, 2020). L'effet de la modification du

contrat psychologique chez les infirmières québécoises reste inconnu justifiant le besoin de cette étude.

Les objectifs spécifiques de recherche

Au regard des lacunes susmentionnées, le présent projet de recherche vise les objectifs spécifiques suivants :

- Objectif spécifique 1 - Examiner l'effet statistique du statut d'emploi sur la satisfaction globale au travail chez les infirmières en milieu hospitalier au Québec en contexte de crise sociosanitaire de la COVID-19 et d'implantation d'un nouveau contrat psychologique de travail qui en a découlé.
- Objectif spécifique 2 - Examiner l'effet statistique du statut d'emploi sur l'intention de quitter des infirmières en milieu hospitalier au Québec en contexte de crise sociosanitaire de la COVID-19 et d'implantation d'un nouveau contrat psychologique de travail qui en a découlé.
- Objectif spécifique 3 - Examiner l'effet statistique du statut d'emploi sur le bien-être affectif (symptômes dépressifs et la peur de COVID-19) chez les infirmières en milieu hospitalier du Québec en contexte de crise sociosanitaire de la COVID-19 et d'implantation d'un nouveau contrat psychologique de travail qui en a découlé.

Le cadre de référence

Les trois objectifs spécifiques de la présente recherche sont sertis dans un contexte à deux axes : la crise sociosanitaire de la COVID-19 et l'implantation d'un nouveau contrat psychologique de travail découlant de ladite crise sociosanitaire. C'est ainsi que le cadre de référence de ce mémoire s'ancre à la théorie du contrat psychologique. Plus particulièrement, la théorie décrite par Conway et Briner (2002), et mentionnée au chapitre précédent, a été retenue. Elle a été choisie car elle permet de mieux comprendre, l'effet du statut d'emploi sur les attitudes (satisfaction globale au travail) et les comportements (intention de quitter) au travail des employés à temps plein et à temps partiel. Dans les paragraphes qui suivent, la définition du concept de « contrat psychologique », la description du cadre de référence de Conway et Briner (2002), la pertinence et l'utilité du contrat psychologique pour la présente recherche, la description du cadre opératoire, les questions de recherche et, enfin, la formulation des hypothèses de recherche seront présentés.

La définition du concept de contrat psychologique

Il existe plusieurs définitions du contrat psychologique. Dans cette recherche, la définition de Rousseau (1989) est retenue car elle est considérée comme la plus complète et aurait permis une meilleure compréhension du concept de contrat psychologique ainsi que son fonctionnement. En effet, le contrat psychologique est défini comme « les croyances d'un individu, façonnées par l'organisation, concernant les termes d'un accord

d'échange entre les individus et leurs organisations » [traduction libre] (Rousseau, 1989, p. 9). Les « croyances » font référence aux perceptions des employés à l'égard des promesses explicites et implicites (Robinson et al., 1994) concernant l'échange de leurs contributions contre des incitations organisationnelles telles que le salaire, la promotion et la sécurité entre autres (Conway & Briner, 2005; Robinson et al., 1994). En d'autres termes, le contrat psychologique explique la relation d'emploi à travers laquelle les employés échangent leurs contributions (efforts, loyauté et compétences) contre des récompenses organisationnelles telles que des bénéfices pécuniers, les opportunités de promotion et la sécurité d'emploi entre autres choses (Saba et al., 2006).

La description du cadre de référence de Conway et Briner (2002)

En s'inspirant des travaux de Rousseau (1989), Conway et Briner (2002) ont développé un cadre de référence composé de variables cibles d'attitudes et de comportements expliquant les différences entre les employés à temps plein et à temps partiel. Ce cadre de référence a été testé empiriquement. Ce faisant, Conway et Briner (2002) pallient la faiblesse voire l'absence de cadre de référence dans certaines des études présentées au chapitre précédent.

Le cadre de référence de Conway et Briner (2002) a été développé suivant trois étapes. Tout d'abord, ils ont vérifié la relation d'association directe entre le statut d'emploi (temps plein et temps partiel) et les variables d'attitudes (satisfaction globale au travail, bien-être affectif) et de comportements (intention de quitter) des employés (temps plein versus temps partiel) à l'étude. Deuxièmement, ils ont testé l'hypothèse de l'effet

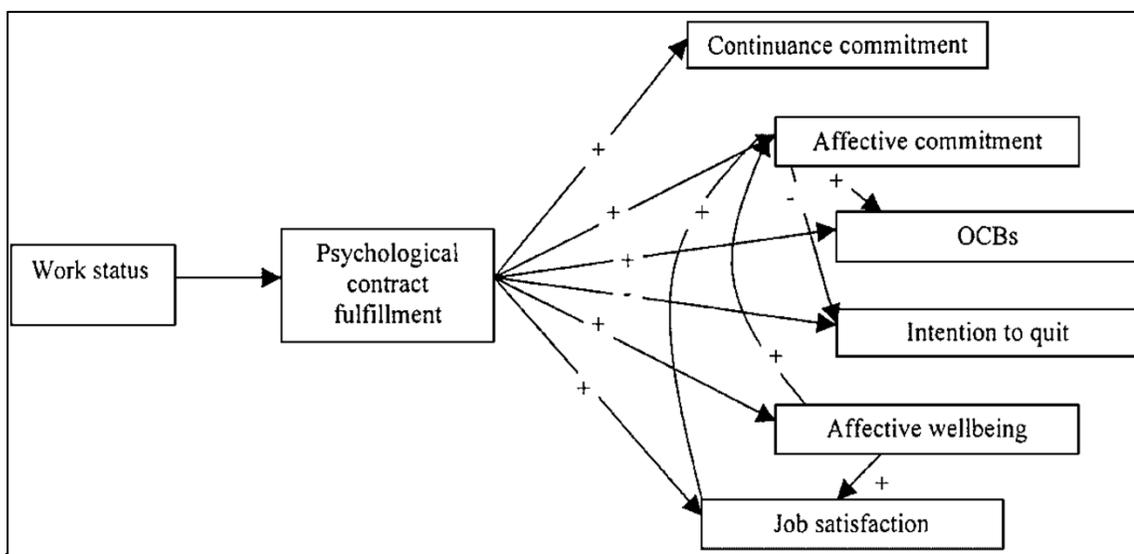
médiateur du contrat psychologique dans la relation directe entre le statut d'emploi (temps plein et temps partiel) et les variables d'attitudes et de comportements des employés à temps plein et à temps partiel inclus dans leur étude. Et enfin, ils ont mis à l'épreuve l'hypothèse de l'effet modérateur du statut d'emploi dans la relation directe entre le contrat psychologique et les variables d'attitudes et de comportements des employés (temps plein et temps partiel). La vérification de cette hypothèse, selon ces auteurs, est particulièrement importante pour deux raisons. Dans un premier temps, les résultats apporteront la preuve statistique quant à savoir si le contrat psychologique est à valeur égale ou non dans la prédiction des attitudes et de comportements des employés à temps plein et à temps partiel. Deuxièmement, ils apporteront de l'information permettant de confirmer ou d'infirmer la différence statistique potentielle qui existerait dans la réalisation/bris du contrat psychologique des employés à temps plein et à temps partiel (Conway & Briner, 2002).

Les travaux de Conway et Briner (2002) ont été effectués sur deux échantillons indépendants de participants constitués d'employés (à temps plein et à temps partiel) du secteur des épicerie et de la banque. Les résultats de leurs travaux démontrent que les employés à temps partiel du secteur des épicerie et de la banque seraient en moyenne statistiquement plus satisfaits, auraient un degré moyen de bien-être affectif statistiquement plus élevé et rapporteraient, toujours en moyenne, moins d'intention de quitter l'emploi actuel ou la profession que leurs collègues à temps plein. Les résultats de ces travaux ont également confirmé l'hypothèse de l'effet médiateur du contrat psychologique dans la relation statistiquement positive entre le statut d'emploi et les

variables d'attitudes et de comportement chez les employés de banque. Chez ces employés, les différences constatées, du point de vue de leurs attitudes (satisfaction au travail) et comportements (intention de quitter) au travail, seraient bien le reflet du degré de réalisation de leur contrat psychologique. En revanche, toujours selon ces travaux, les résultats soutiennent qu'ils n'existeraient aucune association statistiquement significative (au seuil $p < 0,05$) entre la réalisation du contrat psychologique et les variables d'attitudes (satisfaction au travail) et de comportement (intention de quitter) chez les employés du secteur des épiceries. Chez ces employés, la réalisation du contrat psychologique n'expliquerait donc pas les différences d'attitudes et de comportements au travail constatées. Finalement, les résultats soutiennent aussi que le degré de réalisation du contrat psychologique serait, en moyenne, statistiquement le même chez les employés à temps plein et à temps partiel (Conway & Briner, 2002) [voir Figure 2].

Figure 2

Cadre de référence du contrat psychologique de Conway et Briner (2002, p. 285).



À la suite de l'analyse statistique des données empiriques de leurs travaux, Conway et Briner (2002) ont formulé trois conclusions importantes qui serviront de postulats dans ce mémoire. Le premier postulat (conclusion) suggère que la force des associations entre la réalisation du contrat psychologique et les résultats des variables d'attitudes (satisfaction au travail, le bien-être affectif) et de comportement (intention de quitter) est très similaire chez les employés à temps plein et à temps partiel. En d'autres termes, à niveau égal d'application du contrat psychologique aux employés à temps plein et à temps partiel, il est fort possible de constater les mêmes degrés de changement d'attitudes et de comportements chez ces employés. Le deuxième postulat avance que lorsqu'un employeur veille à appliquer équitablement le contrat psychologique à ses employés

(temps plein et temps partiel), cela pourrait réduire les différences d'attitudes et de comportements entre eux. Le troisième postulat énonce que lorsqu'un employeur applique inégalement le contrat psychologique à ses employés (à temps plein et à temps partiel), cela pourrait entraîner ou augmenter les différences, déjà existantes, d'attitudes (satisfaction, bien-être affectif) et de comportements (intention de quitter) au travail entre ces derniers. Ce troisième postulat servira de base théorique au cadre opératoire de ce mémoire, c'est-à-dire le cadre de référence inspiré et adapté du cadre de référence de Conway et Briner (2002).

Tel que présenté dans la problématique, les infirmières québécoises ont vécu, durant la crise sociosanitaire de la COVID-19, l'imposition unilatérale d'un nouveau contrat psychologique de travail (nouvelle convention collective) avec la création des zones de travail (zone COVID-19, zone Non COVID-19) et la transformation de leur statut d'emploi (Temps plein zone COVID-19, Temps partiel zone COVID-19, Temps plein zone Non COVID-19 et Temps partiel zone Non COVID-19). Cette décision de l'employeur (Gouvernement québécois) s'enracine dans l'esprit du troisième postulat de Conway et Briner (2002) et pourrait se traduire par des effets de différenciation dans les attitudes (satisfaction globale au travail, bien-être affectif) et comportement (intention de quitter) des infirmières travaillant en zone COVID-19 comparativement à leurs collègues qui travaillaient en zone Non COVID-19. Le cadre opératoire de ce mémoire, inspiré et adapté de Conway et Briner (2002), met en évidence le nouveau contrat psychologique de travail des infirmières (Temps plein zone COVID-19, Temps partiel zone COVID-19, Temps plein zone Non COVID-19, Temps partiel zone Non COVID-19), son contexte

d'application (troisième postulat de Conway et Briner (2002)) et les effets probables de différenciation sur les attitudes (satisfaction globale au travail, bien-être affectif) et comportement (intention de quitter) chez les infirmières. Il précise le sens de la relation causale et les effets de différenciation potentiels entre les différentes variables impliquées.

Par ailleurs, Conway et Briner (2002) partent de la prémisse que la réalisation et/ou le bris/violation du contrat psychologique est l'élément central qui expliquerait les différences d'attitudes et de comportement entre les employés (temps plein et temps partiel). Ils avancent qu'il existe plusieurs raisons qui suggèrent que la réalisation du contrat psychologique (réalisation des promesses) varie entre les statuts d'emploi (temps plein et temps partiel) et organisent ces raisons en quatre niveaux différents : (1) les raisons organisationnelles, (2) les raisons individuelles, (3) les raisons interpersonnelles et (4) les raisons relatives au temps passé sur les milieux de travail.

Sur le plan des raisons organisationnelles, il semble que les employés à temps partiel sont traités différemment en ce qui concerne les conditions de travail en termes de travail effectué, de couverture des avantages sociaux, de variété de tâches, d'autonomie et de possibilités d'avancement (Conway & Briner, 2002). Aussi, les organisations s'attendent à des contributions différentes des employés à temps partiel en termes d'effort et de flexibilité, comparé aux employés à temps plein, en raison de leurs propres motivations au moment de les embaucher. Par exemple, l'employeur pourrait décider d'embaucher un employé à temps partiel pour combler les besoins lors des périodes de fortes demandes de la clientèle, pour effectuer des tâches répétitives ou encore pour travailler aux périodes les plus occupées de la semaine (Conway & Briner, 2002). Conséquemment, les employés à

temps partiel sont enclins à percevoir un contrat psychologique différent de leurs collègues à temps plein.

Sur le plan individuel, l'employé à temps partiel est perçu comme possédant une orientation de carrière différente de son collègue à temps plein (Saba et al., 2006). À titre d'exemple, l'employé à temps partiel peut préférer des horaires de travail réduites et une plus grande flexibilité, et ce au détriment de son avancement de carrière (Feldman & Doeringhaus, 1992). C'est dans cet ordre d'idées que plusieurs chercheurs s'accordent pour affirmer, qu'en général, les employés à temps plein ont des attentes plus élevées envers l'organisation que leurs collègues à temps partiel (Blouin, 2005; Steffy & Jones, 1990; Wotruba, 1990).

En ce qui a trait aux raisons interpersonnelles, Conway et Briner (2002) expliquent que les employés à temps partiel subissent des traitements différents de la part de leurs supérieurs hiérarchiques et collègues (par exemple : discrimination entre les primes accordées aux employés à poste à temps plein versus à temps partiel; priorité accordée aux employés à temps plein pour les promotions de carrière etc.). Ce traitement différencié, que Morrison et Robinson (1997) qualifient « d'injustice interactionnelle », constituerait un des facteurs du bris du contrat psychologique (Blouin, 2005; Morrison & Robinson, 1997).

Relativement au temps passé sur le milieu de travail, le fait de passer moins de temps au travail amènerait les employés à temps partiel à percevoir moins de promesses de la part de l'employeur et les promesses faites peuvent être incongrues (c'est-à-dire ambiguïté entre les parties [employeur et employé] sur certaines obligations existantes ou sur la

nature de celle-ci) (Blouin, 2005). De plus, les études démontrent que les employés à temps partiel (incluant les infirmières) éprouvent certaines difficultés de communication avec leurs employeurs, car ils développent des communications restreintes et discontinuent avec les organisations en raison du peu de temps passé en emploi (Blouin, 2005; Jamieson et al., 2008).

Ces données amènent Conway et Briner (2002) à faire deux constats majeurs. D'une part, le fait de percevoir un nombre réduit de promesses, de la part de l'employeur, rendrait les employés à temps partiel moins susceptibles à percevoir un bris du contrat psychologique (Blouin, 2005; Conway & Briner, 2002). D'autre part, l'ambiguïté des promesses, faites par l'employeur, peut conduire les employés à temps partiel à percevoir une incongruité dans le contrat psychologique ce qui contribuerait à la non perception du bris de celui-ci (Blouin, 2005; Morrison & Robinson, 1997).

En somme, les raisons précédentes fondent l'essentiel de l'argumentaire de plusieurs études qui soutiendraient que les employés à temps partiel détiennent une perception différente de la violation du contrat psychologique que celle de leurs collègues à temps plein (Saba et al., 2006). Cette différence potentielle dans la perception de la réalisation/violation du contrat psychologique entre les employés (temps plein et à temps partiel) expliquerait les différences d'attitudes et de comportements entre eux (Blouin, 2005; Conway & Briner, 2002).

Toutefois, Conway et Briner (2002) affirment que malgré les constats précédents, il demeure difficile d'affirmer que les employés à temps partiel perçoivent une plus ou moins forte violation du contrat psychologique que leurs collègues à temps plein. En effet,

en examinant les quatre différentes raisons, susmentionnées, suggérant que la réalisation du contrat psychologique varie entre les statuts d'emploi, Conway et Briner (2002) formulent l'hypothèse qui suggère qu'il est fort possible de tirer des conclusions totalement contraires. Par exemple, en se basant sur ces mêmes raisons, on peut présumer que les employés à temps partiel ont des attentes plus faibles, quant au respect du contrat psychologique de la part de leur employeur, que leurs collègues à temps plein. C'est pourquoi, Conway et Briner (2002) soulignent la nécessité de nuancer ces hypothèses préalables, parfois moins concluantes, et de faire des vérifications empiriques afin de tirer des conclusions beaucoup plus objectives (Conway & Briner, 2002).

La pertinence et l'utilité du contrat psychologique et du cadre de référence de Conway et Briner (2002) pour diriger ce mémoire

Les infirmières du réseau public de santé au Québec bénéficient des conventions collectives provinciales et locales (le contrat de travail qui lie les infirmières à leurs employeurs) qui sont négociées et renouvelées tous les trois ans par leurs divers syndicats d'appartenance. Ces conventions collectives sont protégées par le législateur qui veille à son application entière et complète. Elles décrivent et protègent les conditions de travail, les avantages sociaux et tous les autres avantages auxquels les infirmières ont droit dans l'exercice de leur profession (FIQ, 2022). Ces conventions collectives représentent en quelque sorte « le contrat psychologique » qui lie les infirmières du réseau public de santé au Québec à leurs employeurs si l'on emprunte la perspective de Rousseau (1989). À titre de rappel, le contrat psychologique est tout simplement l'ensemble des promesses,

implicites et explicites, faites par un employeur (une organisation) à ses employés dont il s'engage à respecter (Rousseau, 1989; Rousseau & Tijoriwala, 1998). Les conventions collectives représentent donc l'ensemble des promesses (conditions de travail, les avantages sociaux, la sécurité d'emploi, la retraite etc.) que le gouvernement du Québec, qui représente l'ensemble des employeurs du réseau public de santé, fait aux infirmières au moment de les embaucher et qu'il s'engage à respecter.

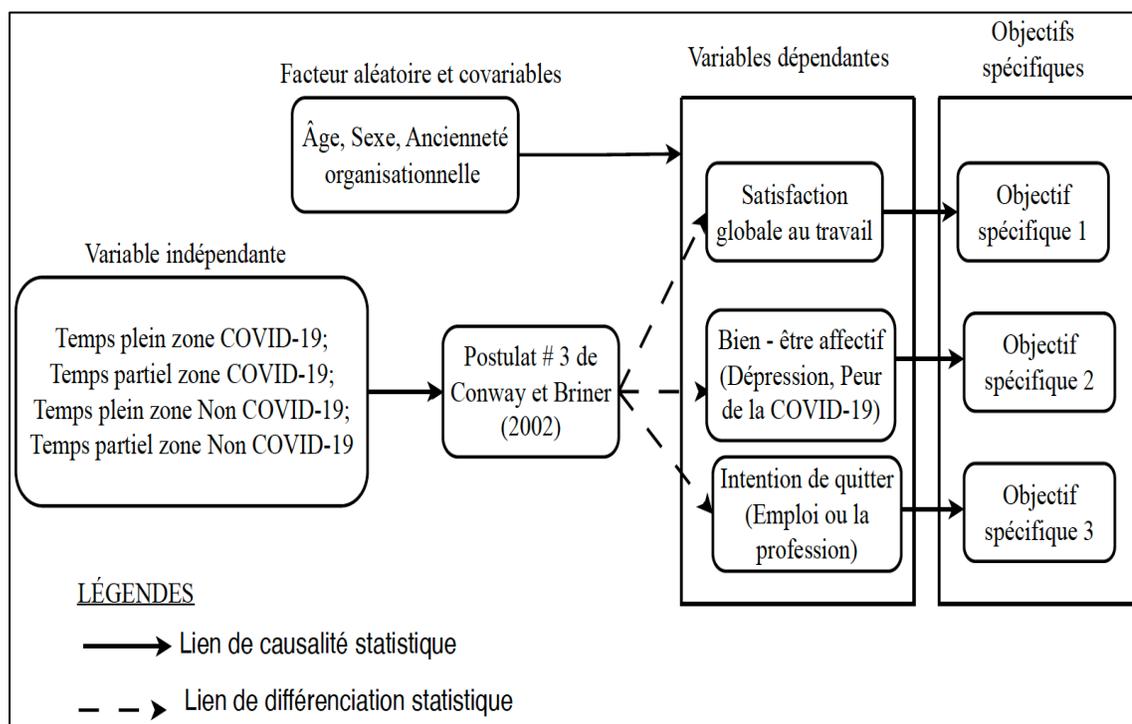
Tel que contextualisé précédemment, le Gouvernement du Québec a violé les promesses faites aux infirmières en modifiant leurs conventions collectives provinciales et locales durant la crise sociosanitaire de la COVID-19. Cette violation/bris du contrat psychologique pourrait engendrer de réactions émotionnelles fortes telles que l'augmentation du taux de roulement et la baisse du niveau de satisfaction au travail (Morrison & Robinson, 1997; Rousseau, 1989) chez les infirmières québécoises travaillant en zone COVID-19 comparativement à leurs collègues travaillant en zone Non COVID-19. Dans cet ordre d'idées, un cadre de référence explicatif basée sur la théorie du contrat psychologique apparaît alors pertinent pour comprendre et expliquer les résultats de notre étude. D'emblée, il faut rappeler que la présente étude est une analyse supplémentaire de données de recherche déjà recueillies lors d'une autre étude, et préciser que les chercheurs de l'étude originale, dont les données sont exploitées dans ce mémoire, n'ont pas mesuré la perception du bris/violation du contrat psychologique dans leur enquête. C'est pourquoi le contexte de modification de la convention collective des infirmières du réseau public de santé au Québec durant la pandémie sera central dans ce mémoire. Plus spécifiquement, c'est seulement le contexte d'application/réalisation de la

convention collective modifiée (nouveau contrat psychologique) durant la pandémie, en se basant sur le cadre opératoire du mémoire déjà éprouvé (cadre de référence adapté de Conway et Briner (2002)) qui sera exploité pour anticiper et expliquer/interpréter les résultats de la présente recherche.

La description du cadre opératoire de recherche

Tel que souligné plus haut, le cadre opératoire de ce mémoire est basé sur l'adaptation du cadre de référence de Conway et Briner (2002). La figure 3, ci-dessous, montre les différentes variables incluses dans cette étude ainsi que le sens et les directions des relations entre elles.

Figure 3
*Cadre opératoire du mémoire. Une adaptation du cadre de référence de
 (Conway & Briner, 2002)*



La variable indépendante

La variable indépendante de cette recherche est le statut d'emploi. Contrairement à Conway et Briner (2002) qui ont mesuré le statut d'emploi sous le joug d'une variable dichotomique (temps plein et temps partiel), le statut d'emploi, dans ce mémoire, est croisé au contexte du nouveau contrat psychologique découlant de la pandémie de COVID-19. C'est ainsi que dans la présente recherche, le statut d'emploi est

opérationnalisé en une variable nominale à quatre catégories : (1) Temps plein travaillant en Zone COVID-19; (2) Temps partiel travaillant en Zone COVID-19; (3) Temps plein travaillant en Zone Non COVID-19; (4) Temps partiel travaillant en Zone Non COVID-19.

Les variables dépendantes

Quant aux variables dépendantes, elles sont au nombre de trois : la satisfaction globale au travail, le bien-être affectif et l'intention de quitter (l'emploi ou la profession). À titre de rappel, la satisfaction globale au travail est définie dans ce mémoire comme « une évaluation globale de la qualité de vie d'une personne selon ses propres critères » (Blais et al., 1989, p. 211). Dans cette recherche, le degré de satisfaction globale au travail est mesuré par une échelle de Likert à 5 points.

Comme précisé précédemment, le bien-être affectif renvoie à un état positif de santé mentale. Conway et Briner (2002) déclinent le bien-être affectif en deux dimensions : l'anxiété-confort et la dépression-confort. Afin de s'ancrer davantage au contexte COVID-19, et contrairement à Conway et Briner (2002), ce mémoire utilise les symptômes dépressifs et la peur de COVID-19 comme dimensions du bien-être affectif. Chacune des dimensions renvoie à deux mesures indirectes du bien-être affectif : de forts symptômes dépressifs ou une forte réaction de peur de la COVID-19 se traduisent sur le plan opératoire par un faible bien-être affectif.

Enfin, l'intention de quitter concerne l'estimation subjective que fait une personne de la probabilité qu'elle quitte son emploi actuel (ou sa profession) dans un futur

rapproché. Dans ce mémoire, l'item correspondant à l'intention de quitter son emploi et celui portant sur l'intention de quitter sa profession ont été retenus. Une échelle de Likert à 7 options de réponses a été utilisée avec chacun des énoncés.

Les variables dont il faut contrôler l'effet

Les travaux portant sur le cadre de référence de Conway et Briner (2002) ont identifié et décrit trois variables de contrôle, notamment l'âge, le sexe et l'ancienneté organisationnelle. L'effet de ces variables sur les variables d'attitudes (satisfaction globale au travail) et de comportements (intention de quitter) a été démontré dans plusieurs études (Holtom et al., 2002; McGinnis & Morrow, 1990; Morrow et al., 1994; Saba et al., 2006). Elles sont prises en compte et contrôlées statistiquement dans le cadre de ce mémoire. Ainsi, l'âge et l'ancienneté organisationnelle, deux variables continues, sont traités comme des variables à contrôler afin de retirer l'effet de leurs variations sur les variations des variables dépendantes. De même, le sexe, une variable dichotomique (féminin et masculin), est traité comme une autre variable à contrôler toujours dans l'esprit de retirer sa contribution à la variance totale des variables dépendantes.

La formulation des questions de recherche

Au terme du deuxième chapitre, trois objectifs spécifiques de recherche ont été formulés et les variables dont il faut contrôler les effets ont été identifiées : (1) En contrôlant l'influence du sexe, de l'âge et de l'ancienneté organisationnelle, examiner l'effet statistique du statut d'emploi sur la satisfaction globale au travail chez les

infirmières au Québec en contexte de crise sociosanitaire de la COVID-19 et d'implantation d'un nouveau contrat psychologique de travail qui en a découlé; (2) En contrôlant l'influence du sexe, de l'âge et de l'ancienneté organisationnelle, examiner l'effet statistique du statut d'emploi sur le bien-être affectif (symptômes dépressifs et la peur de COVID-19) chez les infirmières du Québec en contexte de crise sociosanitaire de la COVID-19 et d'implantation d'un nouveau contrat psychologique de travail qui en a découlé; (3) En contrôlant l'influence du sexe, de l'âge et de l'ancienneté organisationnelle, examiner l'effet statistique du statut d'emploi sur l'intention de quitter chez les infirmières au Québec en contexte de crise sociosanitaire de la COVID-19 et d'implantation d'un nouveau contrat psychologique de travail qui en a découlé. De plus, la recension des écrits a permis d'opérationnaliser les mots clés au cœur de ces trois objectifs : le statut d'emploi (variable indépendante), ainsi que l'attitude (satisfaction globale), le bien-être affectif (symptômes dépressifs et peur d'attraper la COVID-19) et le comportement (intention de quitter) (variables dépendantes). Chacun de ses trois objectifs peuvent être traduits sous la forme de questions spécifiques de recherche :

- (1) Une fois l'influence du sexe, de l'âge et de l'ancienneté organisationnelle contrôlée, quel est l'effet statistique du statut d'emploi sur la satisfaction globale au travail chez les infirmières en milieu hospitalier au Québec en contexte de crise sociosanitaire de la COVID-19 et d'implantation d'un nouveau contrat psychologique de travail qui en a découlé ?
- (2) Une fois l'influence du sexe, de l'âge et de l'ancienneté organisationnelle contrôlée, quel est l'effet statistique du statut d'emploi sur l'intention de quitter des infirmières

en milieu hospitalier au Québec en contexte de crise sociosanitaire de la COVID-19 et d'implantation d'un nouveau contrat psychologique de travail qui en a découlé ?

- (3) Une fois l'influence du sexe, de l'âge et de l'ancienneté organisationnelle contrôlée, quel est l'effet statistique du statut d'emploi sur les symptômes dépressifs et la peur de COVID-19 chez les infirmières en milieu hospitalier au Québec en contexte de crise sociosanitaire de la COVID-19 et d'implantation d'un nouveau contrat psychologique de travail qui en a découlé ?

À la section suivante sont présentées les hypothèses de la recherche, soit les réponses anticipées aux trois questions de recherche précédemment listées.

La formulation des hypothèses

Les hypothèses formulées prennent appui sur le troisième postulat du cadre de référence de Conway et Briner (2002) qui est énoncé aux pages précédentes et qui est rappelé ici: lorsqu'un employeur applique inégalement le contrat psychologique à ses employés à temps plein et à temps partiel, cela pourrait entraîner ou augmenter les différences, déjà existantes, d'attitudes et de comportements au travail entre ces derniers. Durant la crise sociosanitaire de la pandémie à la COVID-19, les infirmières du réseau public de santé au Québec auraient vécu différemment les modifications de leurs conditions de travail avec l'implantation d'un nouveau contrat psychologique de travail. En effet, le contrat psychologique a été modifié à la suite du contexte pandémique de la COVID-19 avec la création des zones de travail (zone COVID-19 et Non COVID-19). De plus, certaines infirmières à temps partiel (sauf celles qui étaient aux études) ont subi le

changement de leur statut d'emploi à temps plein obligatoire pour pallier le manque de ressources infirmières sur le terrain. Toutes les infirmières ont été affectées, dans les nouvelles zones de travail créées, sans égard à leur statut d'emploi. Ainsi, empruntant ce postulat de Conway et Briner (2002), il est possible de formuler les huit hypothèses de la recherche qui sont présentées au tableau 4.

Tableau 4

Tableau récapitulatif des hypothèses et questions de recherche

Questions de recherche	Postulat de Conway et Briner (2002)	Hypothèses
Une fois l'influence du sexe, de l'âge et de l'ancienneté organisationnelle contrôlée, quel est l'effet statistique du statut d'emploi sur la satisfaction globale au travail chez les infirmières en milieu hospitalier au Québec en contexte de crise sociosanitaire de la COVID-19 et d'implantation d'un nouveau contrat psychologique de travail qui en a découlé ?	Postulat # 3 : lorsqu'un employeur applique inégalement le contrat psychologique à ses employés à temps plein et à temps partiel, cela pourrait entraîner ou augmenter les différences, d'attitudes et de comportements au travail entre ces derniers.	<p><i>H1a</i> : une fois l'influence du sexe, de l'âge et de l'ancienneté organisationnelle contrôlée, le niveau de satisfaction globale au travail sera statistiquement plus élevé chez les infirmières à temps plein en milieu hospitalier de la zone Non COVID-19 que leurs collègues à temps partiel de la Zone COVID-19.</p> <p><i>H1b</i> : une fois l'influence du sexe, de l'âge et de l'ancienneté organisationnelle contrôlée, le niveau de satisfaction globale au travail sera statistiquement plus élevé chez les infirmières à temps partiel en milieu hospitalier de la zone Non COVID-19 que leurs collègues à temps plein de la Zone COVID-19.</p>

<p>Une fois l'influence du sexe, de l'âge et de l'ancienneté organisationnelle contrôlée, quel est l'effet statistique du statut d'emploi sur les symptômes dépressifs et la peur de COVID-19 chez les infirmières en milieu hospitalier au Québec en contexte de crise sociosanitaire de la COVID-19 et d'implantation d'un nouveau contrat psychologique de travail qui en a découlé ?</p>	<p>Postulat # 3</p>	<p><i>H2a</i> : une fois l'influence du sexe, de l'âge et de l'ancienneté organisationnelle contrôlée, le niveau des symptômes dépressifs sera statistiquement plus faible chez les infirmières à temps plein en milieu hospitalier de la zone Non COVID-19 que leurs collègues à temps partiel de la Zone COVID-19.</p> <p><i>H2b</i> : une fois l'influence du sexe, de l'âge et de l'ancienneté organisationnelle contrôlée, le niveau des symptômes dépressifs sera statistiquement plus faible chez les infirmières à temps partiel en milieu hospitalier de la zone Non COVID-19 que leurs collègues à temps plein de la Zone COVID-19.</p>
	<p>Postulat # 3</p>	<p><i>H3a</i> : une fois l'influence du sexe, de l'âge et de l'ancienneté organisationnelle contrôlée, le niveau moyen de la peur de COVID-19 sera statistiquement plus faible chez les infirmières à temps plein en milieu hospitalier de la zone Non COVID-19 que leurs collègues à temps partiel de la Zone COVID-19.</p> <p><i>H3b</i> : une fois l'influence du sexe, de l'âge et de l'ancienneté organisationnelle contrôlée, le niveau de la peur de COVID-19 sera statistiquement plus faible chez les infirmières à temps</p>

		partiel en milieu hospitalier de la zone Non COVID-19 que leurs collègues à temps plein de la Zone COVID-19.
<p>Une fois l'influence du sexe, de l'âge et de l'ancienneté organisationnelle contrôlée, quel est l'effet statistique du statut d'emploi sur l'intention de quitter des infirmières au Québec en milieu hospitalier en contexte de crise sociosanitaire de la COVID-19 et d'implantation d'un nouveau contrat psychologique de travail qui en a découlé ?</p>	<p>Postulat # 3</p>	<p><i>H4a</i> : une fois l'influence du sexe, de l'âge et de l'ancienneté organisationnelle contrôlée, les infirmières à temps plein en milieu hospitalier de la Zone Non COVID-19 rapporteront un niveau d'intention de quitter statistiquement plus faible que leurs collègues à temps partiel de la zone COVID-19.</p> <p><i>H4b</i> : une fois l'influence du sexe, de l'âge et de l'ancienneté organisationnelle contrôlée, les infirmières à temps partiel en milieu hospitalier de la Zone Non COVID-19 rapporteront un niveau d'intention de quitter statistiquement plus faible que leurs collègues à temps plein de la zone COVID-19.</p>

La méthodologie

Dans ce chapitre sera présenté les différentes composantes de la méthodologie de recherche utilisée dans le cadre de cette étude. Il regroupe notamment le type de stratégie de recherche, le milieu de recherche, la population cible, l'échantillonnage, la démarche de recrutement, les instruments de mesure (autrement dit les outils de collectes de données), le plan d'analyse des données, les critères de rigueur scientifique et les considérations éthiques.

Le type de stratégie de recherche (devis)

L'atteinte des objectifs spécifiques, autrement dit la mise à l'épreuve des hypothèses de recherche en vue de dégager des réponses aux questions spécifiques de recherche, passe par l'examen des effets statistiques potentiels de la variable indépendante « statut d'emploi » sur les variations des variables dépendantes du cadre de référence : satisfaction globale au travail, symptômes dépressifs, peur de la COVID-19 et l'intention de quitter (son emploi ou sa profession). Dans cette perspective, et en ce réfèrent à la typologie des stratégies de recherche de Fortin & Gagnon (2016), le devis quantitatif non expérimental de type corrélationnel transversal prédictif a été choisi comme plan d'étude de ce mémoire. En effet, et toujours selon Fortin & Gagnon (2016), une étude corrélationnelle prédictive permet d'étudier l'influence des variables indépendantes sur les variables dépendantes choisies en s'appuyant sur des propositions théoriques, constituées en

hypothèses, pour anticiper et expliquer l'influence potentielle des variables. Les objectifs spécifiques de ce mémoire visent, d'une part, à étudier l'influence statistique du statut d'emploi à quatre catégories (Temps plein zone COVID-19, Temps partiel zone COVID-19, Temps plein zone Non COVID-19, Temps partiel zone Non COVID-19) sur la satisfaction globale au travail, le bien-être affectif (symptômes dépressifs et la peur de COVID-19) et l'intention de quitter (l'emploi et/ou la profession) auprès de la population infirmière du Québec. Ils visent également, d'autre part, à expliquer l'influence statistique du statut d'emploi (Temps plein zone COVID-19, Temps partiel zone COVID-19, Temps plein zone Non COVID-19, Temps partiel zone Non COVID-19) sur la satisfaction globale au travail, l'intention de quitter (l'emploi et/ou la profession) et le bien-être affectif (symptômes dépressifs et la peur de COVID-19) par le biais des hypothèses de recherche formulées à partir du cadre opératoire adapté et inspiré du cadre de référence de Conway et Briner (2002). L'étude est non expérimentale puisqu'elle ne comporte pas d'intervention et aucune manipulation n'a été faite. De plus, l'étude est transversale puisque les données ont été colligées à un moment précis durant la crise sociosanitaire de la COVID-19 soit du 22 juillet au 16 octobre 2020.

Le milieu et contexte de recherche

Tel que présenté dans la problématique, le présent projet de recherche est une suite au projet intitulé « pandémie COVID-19 : *ensemble pour des infirmières et infirmières auxiliaires en santé et des soins sécuritaires de qualité* » piloté par Gélinas et al. (2021) et subventionné par le réseau de recherche en intervention en sciences infirmières du

Québec (RRISIQ). L'enquête du projet original a été effectuée auprès des infirmières et infirmières auxiliaires de tous les milieux cliniques sur toute l'étendue du territoire québécois. Dans le cadre de ce mémoire, seulement les données des infirmières ont identifié travailler en milieu hospitalier seront utilisées. Les hôpitaux emploient le plus grand nombre d'infirmières et il est possible de penser que les enjeux de rétention pourraient être plus cruciaux dans ces milieux de pratique que les autres ce qui explique le choix pour ce projet (OIIQ, 2021b). De plus, les fermetures récurrentes de certaines unités de soins dans les hôpitaux, par manque d'infirmières, soulignent l'ampleur du phénomène dans ces milieux de soins (Ouellette-Vézina, 2020).

La population cible et échantillonnage

La population cible

Les participantes du projet original sont des infirmières et infirmières auxiliaires, des dix-huit régions socio-sanitaires du Québec, ayant consenti, lors du renouvellement de leur permis de pratique à l'OIIQ et à l'ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ), à être contactées pour des projets de recherche. Ainsi, la population cible du projet initial était constituée d'environ 28 500 infirmières et 24 000 infirmières auxiliaires (Gélinas et al., 2021). La population cible du présent projet de recherche est constituée des infirmières en milieu hospitalier exclusivement, soit toutes les infirmières du projet de recherche original et qui ont identifié travailler en milieu hospitalier.

L'échantillonnage

La stratégie d'échantillonnage utilisée dans l'étude originale concorde avec les principes de l'échantillonnage probabiliste aléatoire simple. En effet, l'OIIQ et l'OIIAQ avaient établi de manière aléatoire une liste de membres à inviter à participer au projet original (Gélinas et al., 2021; Lavoie-Tremblay et al., 2021). Les lignes qui suivent présentent les démarches d'échantillonnage empruntées et les tailles finales d'échantillons à la fois pour la recherche originale que pour le présent mémoire.

Les critères d'inclusion et d'exclusion

. Selon le protocole manuscrit du projet original, les chercheurs estimaient qu'environ 10% des 28 500 infirmières mentionnant être consentantes à participer aux projets de recherche à l'OIIQ, accepteraient de participer à leur enquête, pour un total de 2850 infirmières participantes potentielles. La même formule a été appliquée aux 24 000 infirmières auxiliaires consentantes à participer aux projets de recherche à l'OIIAQ, ce qui équivaut à environ 2400 infirmières auxiliaires participantes potentielles. C'est ainsi que les chercheurs, du projet original, avaient estimé la taille de l'échantillon à environ 5000 répondantes à leur enquête avec un taux de réponse estimé à 10%. Il faut retenir toutefois que, selon les pratiques établies à l'OIIQ et à l'OIIAQ, environ 25 à 30% de leurs membres consentants peuvent être invités à participer à un projet de recherche. Cette pratique vise à prévenir la surcharge des membres afin qu'ils ne soient pas invités à participer à plusieurs projets de recherche au cours d'une même période. C'est dans cette perspective, et par souci de se conformer à la ligne de conduite des deux organismes de

réglementation (OIIQ, OIIAQ), qu'environ 15 000 infirmières et infirmières auxiliaires avaient été invitées à participer à l'enquête du projet original (Gélinas et al., 2021; Lavoie-Tremblay et al., 2021).

Le recrutement et compositions finales des échantillons

Les 15 000 participantes potentielles avaient été invitées à répondre à un sondage (voir appendice A) anonyme à travers un courriel qui leur avait été envoyé. Dans le courriel, un lien leur avait permis d'accéder à la lettre d'introduction et au consentement implicite (voir appendice B). Si la personne consentait à participer, elle pouvait cliquer sur le lien Qualtrics qui la dirigeait au questionnaire. Le sondage s'est déroulé du 22 juillet au 16 novembre 2020 (Gélinas et al., 2021). Deux rappels à deux semaines d'intervalle ont été faits par les chercheurs. Au terme de la démarche de recrutement, la taille de l'échantillonnage de la recherche originale a été de 1705 dont 790 infirmières et 915 infirmières auxiliaires (Lavoie-Tremblay et al., 2021). Étant donné que le présent mémoire a utilisé les données de l'étude originale, les critères d'inclusion suivants ont été empruntés de ladite recherche : les infirmières incluses dans l'échantillon du présent mémoire devaient avoir consenti, lors du renouvellement de leur permis de pratique à l'OIIQ et à l'OIIAQ, à être contactées pour les projets de recherche. De plus, elles devaient comprendre, parler et écrire en français et/ou en anglais. À ces critères d'inclusion, ont été ajoutés pour le présent mémoire ceux-ci; les infirmières devaient :

- Travailler en milieu hospitalier et fournir des soins directs aux patients
- Être titulaires d'un poste à temps partiel ou à temps plein.

Cela dit, toutes les données des infirmières auxiliaires et des autres catégories d'infirmières (enseignantes, assistantes, chercheuses) incluses dans la banque de données de l'étude originale ont été exclues (critère d'exclusion) pour ce mémoire.

Les mêmes méthodes de recrutement de l'étude originale ont été appliquées d'emblée au présent projet de mémoire. La taille de l'échantillon de ce mémoire, soit le nombre total d'infirmières extirpé de la banque de données du projet original et passé au tamis des critères d'inclusion/d'exclusion s'est avéré être de 341 infirmières.

Le questionnaire et les instruments/outils de mesure de la collecte des données

Cette section est consacrée à la présentation des différents instruments de mesure qui composent le questionnaire utilisé pour effectuer la collecte des données de l'étude originale (Lavoie - Tremblay et al., 2021). Les qualités métrologiques notamment la consistance interne (coefficient alpha de Cronbach) de chaque instrument de mesure est présentée. En effet, le questionnaire (appendice C) est subdivisé en huit différentes parties : (1) les caractéristiques individuelles (données sociodémographiques), (2) les caractéristiques organisationnelles (leadership de l'établissement de soins), (3) la pandémie de la COVID-19, (4) la santé des infirmières et infirmières auxiliaires, (5) la perception de la qualité des soins, (6) la satisfaction au travail, (7) l'intention de quitter (emploi et la profession) et, enfin, (8) les besoins de ressources/soutien à mettre en place. Dans cette recherche, nous avons exploité des questions liées aux caractéristiques individuelles, à la pandémie de la COVID-19, à la santé des infirmières (échelle de la

dépression et échelle de la peur de COVID-19), à la satisfaction au travail et à l'intention de quitter.

Les variables sociodémographiques

Les variables sociodémographiques et professionnelles comprennent l'âge, le sexe, l'ancienneté organisationnelle, le statut d'emploi et les zones de travail. L'âge et l'ancienneté organisationnelle sont des variables continues. Le sexe (1 = Homme, 2 = Femme), le statut d'emploi (1 = Temps plein, 2 = Temps partiel) et la zone de travail (1 = Zone COVID-19, 2 = Zone Non COVID-19) sont des variables nominales.

Le statut d'emploi

Dans ce mémoire, la variable statut d'emploi diffère de l'étude originale. Dans cette étude, cette variable est constituée du croisement entre le statut d'emploi de l'étude originale (1 = Temps plein, 2 = Temps partiel) et de la zone de travail (1 = zone COVID-19, 2 = zone Non COVID-19). Le statut d'emploi dans la présente recherche est une variable discrète (nominale) composée de 4 catégories (1 = Temps plein en zone COVID-19, 2 = Temps partiel zone COVID-19, 3 = Temps plein zone Non COVID-19, 4 = Temps partiel zone Non COVID-19).

La satisfaction globale au travail

La satisfaction au travail est un concept multidimensionnel et sa définition varie selon la perspective des auteurs. Selon la documentation scientifique, deux approches sont

généralement utilisées pour évaluer la satisfaction au travail d'un(e) employé(e) : l'approche globale et l'approche par différentes facettes de l'emploi (Lu et al., 2012). Cette approche est utilisée pour explorer quelle facette de l'emploi produit de la satisfaction ou de l'insatisfaction chez les employés (Lu et al., 2012). Les chercheurs utiliseraient donc l'approche globale lorsqu'ils souhaitent connaître l'attitude de l'employé sans vouloir associer la satisfaction ou l'insatisfaction à l'un ou l'autre des angles d'un emploi.

Dans ce mémoire, tout comme dans l'étude originale de Lavoie-Tremblay et al. (2021), la satisfaction globale au travail des infirmières est le concept qui sera exploré. Lavoie-Tremblay et al. (2021) ont mesuré la satisfaction globale au travail des infirmières à l'aide de l'échelle de satisfaction de vie de Blais et al. (1989). Blais et al. (1989, p. 211) définissent la satisfaction de vie comme étant « une évaluation globale de la qualité de vie d'une personne selon ses propres critères » (p. 211). Il s'agit donc d'une échelle qui permet aux répondants de faire une évaluation de leur satisfaction de vie dans son entièreté (Blais et al., 1989). L'échelle de satisfaction de vie de Blais et al. (1989) est une validation canadienne française de l'échelle originale américaine *Satisfaction With Life Scale (SWLS)* de Diener et al. (1985). Elle comporte cinq items/énoncés. Voici un exemple d'énoncé : « en général, ma vie correspond de près à mes idéaux ». À chaque items/énoncé est accolé l'échelle de Likert suivante à 7 choix de réponses : 1- Fortement en désaccord, 2 – Très peu en accord, 3 – Un peu en accord, 4 – Moyennement en accord, 5 – Assez en accord, 6 – Fortement en accord et 7 - Très fortement en accord. Le score total à l'inventaire de satisfaction de vie peut varier de 5 à 35 (Blais et al., 1989). Les

caractéristiques métrologiques (cohérence interne et fiabilité) de l'échelle sont fiables avec un score alpha de Cronbach de 0.80 (Blais et al., 1989). De plus, l'analyse factorielle exploratoire de l'échelle originale (*SWLS*) a démontré, selon Blais et al., (1989) que les cinq items/énoncés se regroupent sous un seul facteur. Ce facteur explique à lui seul 66% de la variance de l'espace des données confirmant ainsi la validité de construit (Blais et al., 1989). Il s'agit donc d'une échelle à un seul facteur « je suis globalement satisfait avec mon emploi » (Lavoie - Tremblay et al., 2021). Finalement, les études soutiennent qu'il existe une forte corrélation entre les échelles d'évaluation de la satisfaction globale au travail à un seul item/facteur et d'autres échelles à plusieurs items ou facettes (Wanous et al., 1997).

Mentionnons que le score alpha de Cronbach n'est pas précisé dans l'étude originale pour les deux versions (originale – en anglais – et adaptée en français) de l'échelle. Il n'est pas également rapporté dans ce mémoire pour la simple raison qu'il s'agit d'une échelle à un seul facteur. Il faut au minimum deux facteurs pour calculer le score alpha de Cronbach d'une échelle (Tabachnick & Fidell, 2019).

L'intention de quitter l'emploi et la profession

Comme déjà soulignée au chapitre portant sur le cadre de référence, l'intention de quitter chez les infirmières concerne l'estimation subjective que fait une infirmière de la probabilité qu'elle quitte son emploi actuel dans un futur rapproché. Elle prend, généralement, en compte trois dimensions : l'intention de quitter son unité/département

de soins, l'intention de quitter son organisation/établissement de soins de santé et l'intention de quitter sa profession (Forget, 2017). Au regard des objectifs spécifiques du mémoire, celui-ci explore deux des trois dimensions de l'intention de quitter chez les infirmières québécoises, soient : l'intention de quitter l'établissement de santé actuel et l'intention de quitter la profession infirmière. Précisons que l'intention de quitter son unité /département n'est pas évaluée dans cette étude parce que cette variable n'avait pas été investiguée dans l'étude originale et les données ne sont pas disponibles dans la base de données utilisée. L'échelle de mesure d'O'Driscoll et Beehr (1994) a été utilisée pour mesurer cette variable dans l'étude originale et par ricochet dans ce mémoire. Chez O'Driscoll et Beehr (1994), un seul item/énoncé est retrouvé sous chacune des dimensions. Ainsi, chaque item correspond à une dimension d'intention de quitter. La dimension « intention de quitter son organisation/établissement » est mesurée avec l'item/énoncé « je pense à quitter mon établissement de soin actuel » et la dimension : « intention de quitter sa profession » est retrouvée cette fois sous l'items/énoncé « je pense à quitter la profession infirmière ». Conséquemment, l'intention de quitter correspond à la valeur sommative des scores obtenus aux deux items susmentionnés. À chaque item/énoncé est accolé une échelle Likert à 7 points libellé comme suit : 1-Fortement en désaccord, 2- Très peu en accord, 3- Un peu en accord, 4- Moyennement en accord, 5 - Assez en accord, 6 - Fortement en accord et 7 - Très fortement en accord. Le score total à l'inventaire peut varier de 1 à 7 pour chaque dimension de l'intention de quitter. La mesure de l'« intention de quitter » d'O'Driscoll et Beehr (1994) a été validée dans plusieurs autres études en soins infirmiers (Forget, 2017; Labrague et al., 2020; Lavoie-Tremblay et al., 2016). Les

résultats des travaux du projet original, dont les données sont exploitées dans ce mémoire, affirment que l'échelle avait démontré une cohérence interne avec un coefficient alpha de Cronbach de 0.74 et 0.79 respectivement pour les inventaires en français et en anglais (Lavoie - Tremblay et al., 2021). Pour l'échantillon de 341 infirmières du présent mémoire, le score à l'alpha de Cronbach pour la mesure de l'intention de quitter est de 0,75 pour la version française de l'échelle et 0,68 pour la version anglaise. C'est un score à la limite acceptable suivant la grille de Tabachnick et Fidell (2019) pour la version française de l'échelle. Enfin, dans le cadre de ce mémoire, la variable sommative des deux dimensions d'intention de quitter (intention de quitter l'établissement de soin actuel et l'intention de quitter la profession infirmière) sera utilisée dans l'interprétation des résultats reliés à ladite variable.

Toujours dans la recherche originale, l'inventaire « *Patient Health Questionnaire (PHQ-9)* » de Kroenke et Spitzer (2002) a été utilisée pour mesurer la variable des « symptômes dépressifs ». Il s'agit d'un inventaire à 9 items/énoncés auxquels est joint une échelle à quatre points : 0 - Jamais, 1 – Plusieurs jours, 2 – Plus de la moitié des jours et 3 – Presque tous les jours. Le score total possible à l'inventaire varie de 0 à 27 : un score compris entre 0 et 4 correspondrait à l'absence de dépression ou présence de symptôme dépressif minimal; le score de 5-9 indiquerait symptômes dépressifs bénins; un score compris entre 10 et 14 indiquerait symptômes dépressifs modérés et un score ≥ 15 correspondrait aux symptômes dépressifs sévères (Kroenke & Spitzer, 2002). Le PHQ-9 a été choisi pour deux raisons par les chercheurs qui ont effectué l'étude originale.

D'abord, il s'avèrerait très pertinent pour évaluer les symptômes dépressifs en milieu clinique et en recherche. Aussi, les neuf items de l'échelle sont identiques aux neuf critères diagnostiques de la dépression tels que définis dans la cinquième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM 5), ce qui d'ailleurs lui conférerait sa pertinence en milieu clinique et dans les projets de recherche (Kroenke & Spitzer, 2002). De plus, il s'agit d'un inventaire autoadministré ce qui facilite son utilisation et ne nécessite aucune formation préalable des participants à l'étude. L'inventaire a été validée auprès de deux populations différentes de patients avec des scores d'alpha de Cronbach respectifs de 0.86 et 0.89 (Kroenke & Spitzer, 2002). Les auteurs de la recherche originale ont obtenu pour leur échantillon un score à alpha de Cronbach de 0.88 et 0.89 respectivement pour les questionnaires en français et en anglais (Côté et al., 2022). Pour l'échantillon de 341 infirmières de ce mémoire, un score de 0,88 et 0,81 respectivement a été calculé pour les échelles en français et en anglais. Ces scores confirment la fiabilité de l'échelle pour ce mémoire selon la grille de Tabachnick et Fidell (2019).

La peur de la COVID-19

La peur de la COVID-19 est une réponse émotionnelle fondamentale à la menace perçue de la COVID-19 durant la crise sociosanitaire de la pandémie de la COVID-19 (Gélinas et al., 2021). L'échelle de peur de la COVID-19 a été développée pour mesurer le niveau de peur qu'une personne pourrait éprouver à l'égard de la COVID-19 (Gélinas et al., 2021). Le niveau de peur de la COVID-19 a été mesurée dans le projet de recherche original par l'inventaire de la peur de COVID-19 de Gélinas et al. (2021). La forme

originale anglaise de cet inventaire à sept items/énoncés a été élaborée par Ahorsu et al. (2020). Les formes canadienne-française et canadienne-anglaise ont été validées auprès de la population infirmière québécoise (Côté et al., 2022). À chaque item est associé à une échelle de Likert à 5 points : 1 - Fortement en désaccord, 2- En désaccord, 3- Ni d'accord ni en désaccord, 4- En accord et 5- Fortement en accord. Le score total de l'inventaire varie de 7 à 35. Sur le plan des qualités métrologiques de l'inventaire, Gélinas et al., (2021) soulignent que l'alpha de Cronbach varie d'une recherche à l'autre allant de 0.68 à 0.93. Les scores à alpha de Cronbach des versions canadienne-française et canadienne-anglaise de l'échelle sont respectivement de 0,90 et 0,88 dans l'étude originale (Gélinas et al., 2021). L'analyse factorielle exploratoire soutiendrait également la validité du construit dans les formes canadienne-française et canadienne-anglaise de l'inventaire. Dans le cadre de ce mémoire, pour l'échantillon composé de 341 infirmières, un score à alpha de Cronbach de 0,87 a été obtenu pour les deux versions de l'échelle. Ce score confirme la fiabilité de l'échelle pour cette étude conformément à la grille de Tabachnick et Fidell (2019).

Les considérations éthiques

La présente étude a bénéficié d'une double approbation éthique pour sa réalisation (voir appendice D). Le projet original avait reçu l'approbation éthique du comité éthique du Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux (CIUSSS) de l'ouest de l'île de Montréal avant sa réalisation. Et la présente étude a obtenu l'approbation éthique du comité éthique de recherche (CÉR) de l'Université du Québec en Outaouais (UQO).

L'approbation éthique du CÉR de l'UQO a été renouvelée trois années consécutives (soit mars 2023, mars 2024 et mars 2025 à la suite du dépôt d'un rapport d'avancement des travaux) compte tenu de la durée du projet. Les inconvénients pour les participants et les avantages/risques potentiels du projet original sont détaillés dans la lettre d'introduction du sondage (voir appendice B).

Le traitement et le plan d'analyse des données.

Cette section traite du choix des méthodes d'analyses retenues et utilisées ainsi que les différents logiciels qui ont servi au traitement des données. Elle comprend essentiellement deux parties. La première partie présente les logiciels utilisés et de la distribution des données. La deuxième partie met en lumière les différentes méthodes d'analyses ainsi que les tests statistiques effectués.

Le traitement et la distribution des données

Tout d'abord, il faut préciser que l'analyse des données a été effectuée à l'aide de la version 29.0 du logiciel SPSS. À la suite de l'approbation éthique du projet de mémoire par le CÉR de l'UQO, les chercheuses du projet original ont transmis à l'étudiant la banque de données via le courriel institutionnel de l'UQO avec copie aux directeurs du mémoire. La banque de données reçue est en format SPSS. Par la suite, la banque de données a été téléchargé et stocké dans un dossier sécurisé sur l'ordinateur de l'UQO par l'entremise du laboratoire virtuel. L'accès au laboratoire virtuel est protégé par les identifiants de l'étudiant chercheur. Le dossier contenant la banque de données est donc protégé par les

identifiants sécurisés de l'UQO de l'étudiant chercheur. La banque de données reçue a été nettoyée par les chercheurs de l'étude originale mais ne contient pas toutes les variables utilisées dans ce mémoire. Elle contient au total 133 variables dont 14 nominales et 119 échelles. La présente étude a nécessité la création de deux variables notamment (1) le statut d'emploi à quatre catégories (Temps plein zone COVID-19, Temps partiel zone COVID-19, Temps plein zone Non COVID-19, Temps partiel zone Non COVID-19) et (2) variable sommative de l'intention de quitter soit la variable intention de quitter l'emploi et intention de quitter la profession.

Une fois la base de données formatée, a eu lieu le traitement des données manquantes. Tabachnick et Fidell (2019) proposent trois types de patrons de distribution des données manquantes : les données manquantes complètement aléatoires, les données manquantes aléatoires et les données manquantes non aléatoires. Tabachnick et Fidell (2019) suggèrent que la détermination du patron de distribution que suivent les données manquantes est importante, car il permet de choisir la technique de traitement de données manquantes appropriée. Ainsi, la suppression des données manquantes est la première technique suggérée si les données manquantes sont $< 5\%$ dans un grand échantillon et/ou si elles suivent un modèle complètement aléatoire (Tabachnick & Fidell, 2019). Dans ce mémoire, les données du grand échantillon de 1708 participants, au projet original, ont été utilisées et les données manquantes étaient $< 3\%$. Les données manquantes sont considérées non critiques dans l'étude du projet original et ont été simplement supprimées de la banque des données (Gélinas et al., 2021). Les données manquantes dans l'échantillon de 341 infirmières de la présente étude sont également $< 3\%$.

Par ailleurs, les différents résultats de ce mémoire tiennent compte de la probabilité de commettre l'erreur de type 1 fixée à 5 % (α). Ainsi, tous les résultats sont validés suivant un intervalle de confiance à 95% avec un seuil de signification $\alpha < 0,05$. Ces seuils de signification et de validation sont conformes à ceux acceptés dans les sciences humaines incluant les sciences infirmières (Knapp, 2017; Tabachnick & Fidell, 2019).

Enfin, la distribution normale des données est une condition requise à la réalisation de plusieurs tests statistiques paramétriques (Tabachnick & Fidell, 2019). Conséquemment, une fois le traitement des données manquantes complétés, le test de Kolmogorov – Smirnov (test statistique recommandé lorsque la taille de l'échantillon est supérieur à 50 participants (Mishra et al., 2019; Tabachnick et al., 2019) a permis de vérifier si les données pour chacun des 4 groupes de statut d'emploi (temps plein zone COVID-19, Temps partiel zone COVID-19, Temps plein zone Non COVID-19 et Temps partiel zone Non COVID-19), les variables dépendantes (satisfaction globale au travail, intention de quitter, les symptômes dépressifs et la peur de COVID-19) et les covariables (sexe, âge et ancienneté organisationnelle) suivaient, au seuil critique de 5%, la loi de distribution normale. Tel que présenté au Tableau 5, les résultats relèvent que seules les données des participants du groupe « Temps partiel zone Non COVID-19 » suivent la loi de la distribution normale pour les variables dépendantes satisfaction globale au travail et la peur de COVID-19. De même, seule la covariable « âge » du groupe « Temps partiel zone Non COVID-19 » suit la distribution normale des données. La majorité des données ne suivent donc pas la loi de la distribution normale.

Tableau 5*Test de distribution normale de données de Kolmogorov – Smirnov*

	Variabiles dépendante	Valeur D	Valeur p
Temps plein/zone COVID-19	Satisfaction globale au travail	0,85	0,117
	Intention de quitter	0,216	< 0,001
	Symptômes dépressifs	0,121	0,002
	Peur de la COVID-19	0,116	0,004
	Âge	0,122	0,002
	Ancienneté organisationnelle	0,159	< 0,001
Temps partiel/zone COVID-19	Satisfaction globale au travail	0,95	0,94
	Intention de quitter	0,140	0,001
	Symptômes dépressifs	0,130	0,003
	Peur de la COVID-19	0,143	< 0,001
	Âge	0,148	< 0,001
	Ancienneté organisationnelle	0,170	< 0,001
Temps plein/zone Non COVID-19	Satisfaction globale au travail	0,88	0,24
	Intention de quitter	0,126	< 0,001
	Symptômes dépressifs	0,131	< 0,001
	Peur de la COVID-19	0,110	0,001
	Âge	0,74	0,100
	Ancienneté organisationnelle	0,123	< 0,001
Temps partiel/zone Non COVID-19	Satisfaction globale au travail	0,101	0,200*
	Intention de quitter	0,135	0,26
	Symptômes dépressifs	0,178	< 0,001
	Peur de la COVID-19	0,100	0,200*
	Âge	0,96	0,200*
	Ancienneté organisationnelle	0,191	< 0,001

* Valeur p significative pour la distribution normale

Le plan d'analyse des données

Afin de tracer la distribution du profil échantillonnale, les statistiques descriptives telles que les proportions, les moyennes, les coefficients de variation et les écarts-types (ÉT) ont été mobilisées. Étant donné que les données de la présente recherche ne respectent pas le postulat de normalité, il a fallu revoir les questions et les hypothèses de recherche puisqu'il devient impossible de contrôler l'influence de l'âge, du sexe et de l'ancienneté organisationnelle. Cependant, il est possible de vérifier la différence entre les quatre groupes indépendants à l'aide du test statistique non paramétrique Kruskal-Wallis. Les analyses statistiques inférentielles non paramétriques de type Kruskal-Wallis sont appropriées parce que les quatre variables dépendantes (satisfaction globale au travail, intention de quitter, les symptômes dépressifs et la peur de la COVID-19) impliquées dans ce mémoire sont des variables continues et le calcul de la moyenne des scores est possible. Elles sont pertinentes, car, d'une part, les données des variables dépendantes ne suivent pas la distribution de la loi normale et les tests non paramétriques s'imposent comme la méthode alternative d'analyse. D'autre part, elles ont permis aussi d'évaluer les effets propres des facteurs fixes (4 groupes indépendants : temps plein/temps partiel zone COVID-19, temps plein/temps partiel zone Non COVID-19) sur les variations des variables dépendantes (satisfaction globale au travail, intention de quitter, symptômes dépressifs, peur d'attraper la COVID-19). Le tableau 6 ci-dessous présente un récapitulatif des différents tests statistiques réalisés et une reformulation des objectifs spécifiques et des hypothèses de recherche au regard des conditions de normalité.

Tableau 6

Tableau récapitulatif des différents analyses et tests statistiques

Questions de recherche	Réponses anticipées aux questions de recherche : hypothèses	Plan statistique
Quel est l'effet statistique du statut d'emploi sur la satisfaction globale au travail ?	<i>H1a</i> : Le niveau de satisfaction globale au travail sera statistiquement plus élevé chez les infirmières à temps plein de la zone Non COVID-19 que leurs collègues à temps partiel de la Zone COVID-19.	Kruskal-Wallis – seuil critique de 5%
	<i>H1b</i> : Le niveau de satisfaction globale au travail sera statistiquement plus élevé chez les infirmières à temps partiel de la zone Non COVID-19 que leurs collègues à temps plein de la Zone COVID-19.	Kruskal-Wallis – seuil critique de 5%
Quel est l'effet statistique du statut d'emploi sur les symptômes dépressifs ?	<i>H2a</i> : Le niveau des symptômes dépressifs sera statistiquement plus faible chez les infirmières à temps plein de la zone Non COVID-19 que leurs collègues à temps partiel de la Zone COVID-19. <i>H2b</i> : Le niveau des symptômes dépressifs sera statistiquement plus faible chez les infirmières à temps partiel de la zone Non COVID-19 que leurs collègues à temps plein de la Zone COVID-19.	Kruskal-Wallis – seuil critique de 5%

<p>Quel est l'effet statistique du statut d'emploi sur la peur de COVID-19 ?</p>	<p><i>H3a</i> : Le niveau de la peur de COVID-19 sera statistiquement plus faible chez les infirmières à temps plein de la zone Non COVID-19 que leurs collègues à temps partiel de la Zone COVID-19.</p>	<p>Kruskal-Wallis – seuil critique de 5%</p>
<p>Quel est l'effet statistique du statut d'emploi sur l'intention de quitter ?</p>	<p><i>H3b</i> : Le niveau de la peur de COVID-19 sera statistiquement plus faible chez les infirmières à temps partiel de la zone Non COVID-19 que leurs collègues à temps plein de la zone COVID-19.</p> <p><i>H4a</i> : Les infirmières à temps plein de la Zone Non COVID-19 rapporteront un niveau d'intention de quitter statistiquement plus faible que leurs collègues à temps partiel de la zone COVID-19.</p> <p><i>H4b</i> : Les infirmières à temps partiel de la Zone Non COVID-19 rapporteront un niveau d'intention de quitter statistiquement plus faible que leurs collègues à temps plein de la zone COVID-19.</p>	<p>Kruskal-Wallis – seuil critique de 5%</p>

Les résultats

Ce chapitre est consacré à la présentation des différents résultats issus du présent projet de recherche. Il est divisé en deux parties. La première partie traite des analyses statistiques descriptives des différentes variables de l'échantillon étudié. La deuxième partie présente les résultats statistiques permettant de mettre à l'épreuve les hypothèses énoncées au tableau 6.

Les statistiques descriptives de la variable indépendante : statut d'emploi

Dans ce mémoire, rappelons que le statut d'emploi est une variable indépendante et nominale à 4 catégories. Chacune de ces catégories représente un groupe d'infirmières. La composition de ces 4 groupes se distribue ainsi au sein de l'échantillon de 341 infirmières de la présente recherche : 168 (49,3%) infirmières travaillaient en zone COVID-19 dont 94 (27,6%) à temps plein et 74 (21,7%) à temps partiel. Au total, 173 infirmières travaillaient en zone Non COVID-19 dont 123 (36,1%) à temps plein et 50 à temps partiel (14,7%). Le tableau 7 présente l'ensemble des résultats

Tableau 7

Statistique descriptive des 4 catégories de la variable nominale statut d'emploi (N = 341)

	Fréquence	Pourcentage (%)	Pourcentage cumulé (%)
Temps plein zone COVID-19	94	27,6	27,6
Temps partiel zone COVID-19	74	21,7	49,3
Temps plein zone Non COVID-19	123	36,1	85,4
Temps partiel zone Non COVID-19	50	14,7	100,0
Total	341	100,0	

Les statistiques descriptives du facteur aléatoire et des covariables.

La majorité des infirmières composant l'échantillon du présent mémoire était des femmes dans une proportion de 90,9% (310 femmes) contre 29 hommes soit 8,5%. Les 341 infirmières participantes à l'étude se répartissent comme suit dans les 4 groupes de statut d'emploi : [1] 94 infirmières dans le groupe « Temps plein zone COVID-19 » dont 79 femmes (23,2%) , 14 (4,1%) hommes et une personne infirmière (0,3%) qui n'a pas indiqué son genre ; [2] 74 infirmières dans le groupe « Temps partiel zone COVID-19 » dont 73 femmes (21,4%) et un homme (0,3%); [3] 123 infirmières dans le groupe « Temps plein zone Non COVID-19 » dont 109 femmes (32%), 13 hommes (3,8%) et une infirmière (0,3%) qui n'a pas indiqué son genre; [4] 50 infirmières dans le groupe « Temps partiel zone Non COVID-19 » dont 49 femmes (14,4%) et un homme (0,3%).

L'âge moyen général des 341 infirmières est de 37,4 années (écart type [ÉT] = 10,5). Dans les 4 groupes indépendants d'infirmières, l'âge moyen se ventile comme suit : [1] 38,2 (ÉT = 10,7) années dans le groupe des infirmières à temps plein zone COVID-19; [2] 34,1 (ÉT = 10,3) années dans le groupe des infirmières à temps partiel zone COVID-19; [3] 39,6 (ÉT = 9,8) années dans le groupe des temps plein zone Non COVID-19 et [4] 35,3 (ÉT = 10,6) dans le groupe des infirmières à temps partiel zone Non COVID-19.

L'expérience moyenne générale des 341 infirmières est de 12,8 (ÉT = 9,5) années. Par groupe d'infirmières, l'expérience professionnelle moyenne est respectivement de 13,4 (ÉT = 9,5) années dans la catégorie des infirmières à temps plein zone COVID-19; 11 (ÉT = 9,3) années dans la catégorie des infirmières à temps partiel zone COVID-19; 14 (ÉT = 9,6) années dans la catégorie des infirmières à temps plein zone Non COVID-19 et 11,6 (ÉT = 9,5) années dans la catégorie des infirmières à temps partiel zone Non COVID-19.

L'ancienneté générale dans l'établissement de soins de santé (ancienneté organisationnelle) des 341 infirmières est de 9,52 (ÉT = 8,33) années. Dans les quatre groupes d'infirmières, l'ancienneté organisationnelle est respectivement de 10,5 (ÉT = 9) années dans le groupe des infirmières à temps plein zone COVID-19; 9,2 (ÉT = 8,5) années dans le groupe des infirmières à temps partiel zone COVID-19; 10,3 (ÉT = 8,3) années dans le groupe des infirmières à temps plein zone Non COVID-19 et 6,2 (ÉT = 5,6) années dans le groupe des infirmières à temps partiel zone Non COVID-19. Le tableau 8 présente l'ensemble des résultats.

Tableau 8*Statistiques descriptives du facteur aléatoire et des covariables (N = 341)*

Facteur aléatoire et covariables (N = 341)	Variables indépendantes			
	Temps plein zone COVID-19	Temps partiel zone COVID-19	Temps plein zone Non COVID-19	Temps partiel zone Non COVID-19
Sexe (%)				
Femme	79 (23,2)	73 (21,4)	109 (32)	49 (14,4)
Homme	14 (4,1)	1 (0,3)	13 (3,8)	1 (0,3)
Préférer ne pas répondre	1 (0,3)	0	1 (0,3)	0
Age : moyenne (ÉT/CV)	38,2 (10,7 / 0,2)	34,1 (10,3 / 0,3)	39,6 (9,8 / 0,2)	35,3 (10,6 / 0,3)
Expérience professionnelle (en années) : moyenne (ÉT/CV)	13,4 (9,5 / 0,7)	11 (9,3 / 0,8)	14 (9,6 / 0,6)	11,6 (9,5 / 0,8)
Ancienneté organisationnelle (en années) : moyenne (ÉT/CV)	10,5 (9 / 0,8)	9,2 (8,5 / 0,9)	10,3 (8,3 / 0,8)	6,2 (5,6 / 0,9)

Les statistiques descriptives des variables dépendantes.

Les 341 infirmières qui composent l'échantillon du présent mémoire ont un score moyen (SM) de 3,3 (ÉT = 3,3) sur une échelle de 1 à 7 (ou représente une satisfaction globale maximale) pour la variable dépendante « satisfaction globale au travail ». Par groupe d'infirmières, le score moyen pour la satisfaction globale au travail est respectivement de SM = 3,6 (ÉT = 1,4) pour le groupe des infirmières à temps plein zone COVID-19; SM = 3,2 (ÉT = 1,2) pour le groupe des infirmières à temps partiel zone

COVID-19; SM = 3,3 (ÉT = 1,2) pour le groupe des infirmières à temps plein zone Non COVID-19 et de SM = 3,1 (ÉT = 1,2) pour le groupe des infirmières à temps partiel zone Non COVID-19.

En ce qui concerne la variable dépendante « intention de quitter », le score moyen général des 341 infirmières est de 3,1 (ÉT = 1,7) sur une échelle de 1 à 7 (ou 7 représente un degré maximal d'intention de quitter). Il se ventile respectivement comme suit : SM = 2,8 (ÉT = 1,8) pour le groupe des infirmières à temps plein zone COVID-19; SM = 3,4 (ÉT = 1,8) pour le groupe des infirmières à temps partiel zone COVID-19; SM = 3 (ÉT = 1,6) pour le groupe d'infirmières à temps plein zone Non COVID-19; et SM = 3,4 (ÉT = 1,9) pour le groupe d'infirmières à temps partiel zone Non COVID-19.

Relativement aux symptômes dépressifs, le score moyen général des 341 infirmières est de 0,7 (ÉT = 0,6). Ce score se ventile dans les quatre catégories d'infirmières respectivement de SM = 0,6 (ÉT = 0,5) pour la catégorie d'infirmières à temps plein zone COVID-19; SM = 0,8 (ÉT = 0,6) pour la catégorie d'infirmières à temps partiel zone COVID-19; SM = 0,8 (ÉT = 0,6) pour la catégorie d'infirmières à temps plein zone Non COVID-19; et SM = 0,8 (ÉT = 0,5) pour la catégorie d'infirmières à temps partiel zone Non COVID-19. À titre de rappel, l'inventaire « *Patient Health Questionnaire (PHQ-9)* » de Kroenke et Spitzer (2002) renseigne qu'un score compris entre 0 et 4 indique absence de dépression ou présence de symptôme dépressif minimal. Le score moyen des quatre groupes d'infirmières est inférieur à 1. Ces résultats suggèrent que les 341 infirmières incluses dans la présente étude ont été très résilientes durant la crise sociosanitaire et n'ont souffert d'aucun symptôme dépressif ou en ont présenté que de très minimes symptômes.

Finalement, le score moyen général des 341 infirmières pour l'inventaire mesurant la peur de COVID-19 est de 2,36 (ÉT = 0,79) sur une échelle allant de 1 à 5 (ou 5 un état maximal de peur de COVID-19). Le score se distribue à travers les quatre groupes d'infirmières de la façon suivante : SM = 2,3 (ÉT = 0,7) pour le groupe des infirmières à temps plein zone COVID-19; SM = 2,3 (ÉT = 0,7) pour le groupe des infirmières à temps partiel zone COVID-19; SM = 2,3 (ÉT = 0,7) pour le groupe des infirmières à temps plein zone Non COVID-19; et de SM = 2,3 (ÉT = 0,7) pour le groupe d'infirmières à temps partiel zone Non COVID-19. Le tableau 9 présente le récapitulatif de l'ensemble de ces résultats avec des coefficients de variation (CV).

Tableau 9

Statistiques descriptives des variables dépendantes (N = 341)

Facteur aléatoire et covariables (N = 341)	Variables indépendantes			
	Temps plein zone COVID-19	Temps partiel zone COVID-19	Temps plein zone non COVID-19	Temps partiel zone non COVID-19
Satisfaction globale au travail : moyenne (ÉT/CV)	3,6 (1,4 / 0,3)	3,2 (1,2 / 0,3)	3,3 (1,2 / 0,3)	3,1 (1,2 / 0,3)
Intention de quitter l'emploi actuel et / ou la profession : moyenne (ÉT/CV)	2,8 (1,8 / 0,6)	3,4 (1,8 / 0,5)	3 (1,6 / 0,5)	3,4 (1,9 / 0,5)
Symptômes dépressifs :	0,6	0,8	0,8	0,8

moyenne (ÉT/CV)	(0,5 / 0,8)	(0,6 / 0,7)	(0,6 / 0,7)	(0,5 / 0,6)
Peur d'attraper la COVID-19 :	2,38	2,3	2,3	2,3
moyenne (ÉT/CV)	(0,7 / 0,2)	(0,7 / 0,3)	(0,8 / 0,3)	(0,8 / 0,3)

La mise à l'épreuve des hypothèses de recherche : tests statistiques non paramétriques.

Selon le plan d'analyse, pour vérifier les hypothèses de recherche, des tests non paramétriques de type Kruskal-Wallis ont été proposés. À titre de rappel, la réalisation de tout test non paramétrique est à privilégier lorsque les données des variables à l'étude ne suivent pas la distribution normale. Dans cette étude, ni les données des variables dépendantes ni celles des covariables ne suivent la distribution de la loi normale. Le test statistique Kruskal-Wallis, l'équivalent d'ANOVA en analyse paramétrique, est approprié parce que l'étude n'a qu'une variable indépendante nominale à quatre catégories (Temps plein zone COVID-19, Temps partiel zone COVID-19, Temps plein zone Non COVID-19, Temps partiel zone Non COVID-19) qui sera comparée.

La mise à l'épreuve des hypothèses 1 de recherche.

L'hypothèse 1 avance qu'il serait possible de constater un effet statistique du statut d'emploi sur le niveau de satisfaction globale au travail des 341 infirmières de l'échantillon. D'une part, le niveau de satisfaction globale au travail sera plus élevé chez les infirmières à temps plein de la zone Non COVID-19 que leurs collègues à temps partiel

de la Zone COVID-19 (H1a) et, d'autre part, le niveau de satisfaction globale au travail sera plus élevé chez les infirmières à temps partiel de la zone Non COVID-19 que leurs collègues à temps plein de la Zone COVID-19 (H1b).

Les résultats du test non paramétrique Kruskal-Wallis pour groupes indépendants démontrent qu'il n'existe aucun effet propre du statut d'emploi sur la satisfaction globale au travail ($H(3) = 5,944; p > 0,05$). Les résultats à cette statistique suggèrent donc qu'il n'existe aucune différence, au seuil critique de 5%, entre les quatre groupes indépendants d'infirmières (Temps plein zone COVID-19, Temps partiel zone COVID-19, Temps plein zone Non COVID-19 et Temps partiel zone Non COVID-19) relativement à la satisfaction globale au travail.

La mise à l'épreuve de l'hypothèse 2 de recherche

L'hypothèse 2 avance, pour sa part, qu'il serait possible de dégager un effet statistique du statut d'emploi sur les symptômes dépressifs des 341 infirmières de notre échantillon étudié. D'une part (H2a), le niveau des symptômes dépressifs sera plus faible chez les infirmières à temps plein de la zone Non COVID-19 que leurs collègues à temps partiel de la Zone COVID-19. D'autre part (H2b), le niveau des symptômes dépressifs sera plus faible chez les infirmières à temps partiel de la zone Non COVID-19 que leurs collègues à temps plein de la Zone COVID-19.

Tout comme pour la variable dépendante « satisfaction globale au travail », les résultats du test non paramétrique de Kruskal-Wallis pour groupes indépendants révèlent que le statut d'emploi n'a aucun effet propre sur les symptômes dépressifs des infirmières

échantillonnées ($H(3) = 4,123; p > 0,05$). Conséquemment, les résultats supportent qu'il n'existe aucune différence statistique entre les quatre groupes d'infirmières (Temps plein zone COVID-19, Temps partiel zone COVID-19, Temps plein zone Non COVID-19 et Temps partiel zone Non COVID-19) quant au score moyen des symptômes dépressifs.

La mise à l'épreuve de l'hypothèse 3 de recherche

L'hypothèse 3 énonce qu'il serait possible de remarquer un effet statistique du statut d'emploi sur la peur de COVID-19 des 341 infirmières de notre échantillon. Plus précisément, (H3a) le niveau de peur de la COVID-19 sera plus faible chez les infirmières à temps plein de la zone Non COVID-19 que leurs collègues à temps partiel de la Zone COVID-19. De plus, le niveau de peur de la COVID-19 sera plus faible chez les infirmières à temps partiel de la zone Non COVID-19 que leurs collègues à temps plein de la Zone COVID-19 (H3b).

Dans la même suite logique que les variables dépendantes « satisfaction globale au travail et les symptômes dépressifs », le test non paramétrique de Kruskal-Wallis pour groupes indépendants révèle que le statut d'emploi n'a aucun effet propre sur le niveau de peur de la COVID-19 ($H(3) = 0,283; p > 0,05$). Conséquemment, il n'existe aucune différence statistique significative relative au niveau de peur de la COVID-19 entre les quatre groupes d'infirmières (Temps plein zone COVID-19, Temps partiel zone COVID-19, Temps plein zone Non COVID-19 et Temps partiel zone Non COVID-19) de la présente étude.

La mise à l'épreuve de l'hypothèse 4 de recherche

L'hypothèse 4 stipule qu'il serait possible de constater l'existence d'un effet statistique du statut d'emploi sur l'intention de quitter l'emploi ou la profession chez les 341 infirmières de l'échantillon. Plus spécifiquement, (H4a) les infirmières à temps plein de la Zone Non COVID-19 rapporteront un niveau d'intention de quitter (l'emploi ou la profession) plus faible que leurs collègues à temps partiel de la zone COVID-19. De plus, (4b) les infirmières à temps partiel de la Zone Non COVID-19 rapporteront un niveau d'intention de quitter (l'emploi ou la profession) plus faible que leurs collègues à temps plein de la zone COVID-19.

Tout comme précédemment, les résultats du test non paramétrique de Kruskal-Wallis pour groupes indépendants, supportent que le statut d'emploi n'a aucun effet propre sur la variable intention de quitter ($H(3) = 6,374; p > 0,05$). En conséquence, il n'existe aucune différence statistique significative relative à l'intention de quitter (l'emploi ou la profession) entre les quatre groupes d'infirmières (Temps plein zone COVID-19, Temps partiel zone COVID-19, Temps plein zone Non COVID-19, Temps partiel zone Non COVID-19) de notre étude. Le tableau 10 présente l'ensemble des résultats du test non paramétrique de Kruskal-Wallis pour groupes indépendants.

Tableau 10

Résultats du test non paramétrique Kruskal-Wallis pour groupes indépendants (N = 341)

Variables dépendantes	Valeur H	Degré de liberté	Valeur p
Satisfaction globale	5,944	3	0,114 NS
Symptômes dépressifs	4,123	3	0,249 NS
Peur de la COVID-19	0,283	3	0,963 NS
Intention de quitter	6,374	3	0,95 NS

NS : Valeur p non significative au seuil critique de 5% soit $p < 0,05$

La discussion

L'objectif général de ce mémoire était de comprendre l'influence que peut exercer le statut d'emploi (temps plein et temps partiel), dans un contexte de modification du contrat psychologique de travail (convention collective), sur les attitudes (satisfaction globale au travail), le bien-être affectif (symptômes dépressifs et la peur de la COVID-19) et le comportement (intention de quitter l'emploi et/ou la profession) au travail chez les infirmières durant la période de crise sociosanitaire de la COVID-19. Plus spécifiquement, il visait à examiner 1) l'effet statistique du statut d'emploi sur la satisfaction globale au travail chez les infirmières au Québec en contexte de crise sociosanitaire de la COVID-19 et d'implantation d'un nouveau contrat psychologique de travail qui en a découlé.; 2) l'effet statistique du statut d'emploi sur le bien-être affectif (symptômes dépressifs et la peur de la COVID-19) chez les infirmières au Québec en contexte de crise sociosanitaire de la COVID-19 et d'implantation d'un nouveau contrat psychologique de travail qui en a découlé; 3) l'effet statistique du statut d'emploi sur l'intention de quitter l'emploi et/ou la profession chez les infirmières au Québec en contexte de crise sociosanitaire de la COVID-19 et d'implantation d'un nouveau contrat psychologique de travail qui en a découlé.

Ce dernier chapitre du mémoire vise non seulement à discuter des résultats obtenus mais aussi à présenter les forces et les limites de ce projet de recherche. Il permet aussi de

porter un regard critique sur le cadre opératoire inspiré de Conway et Briner (2002) qui a été utilisé pour guider cette étude. Le chapitre se termine par la formulation des recommandations pour la discipline infirmière. Les recommandations sont orientées par les retombées du projet de recherche et formulées sur trois des cinq champs d'activités de la discipline notamment : la gestion, la formation et la recherche. Les champs d'activité de la pratique et du politique ont été omis étant donné le sujet de l'étude et/ou les résultats issus du projet de recherche.

L'analyse critique du cadre de référence de Conway et Briner (2002)

Ce mémoire a permis d'examiner la robustesse du cadre de référence explicatif de Conway et Briner (2002) lorsqu'il est appliqué à un contexte d'étude autre que celui pour lequel il a été développé à l'origine. En effet, les travaux de Conway et Briner (2002) s'inscrivent dans les sillons de la recherche en psychologie industrielle et organisationnelle. Le cadre de référence explicatif a été emprunté et adapté pour la présente étude en sciences infirmières afin de servir de base théorique pour anticiper et expliquer statistiquement l'ensemble des résultats empiriques issus des travaux de ce mémoire.

L'ensemble des résultats infirment le troisième postulat du cadre explicatif de Conway et Briner (2002) à partir duquel les huit hypothèses de recherche ont été inspirées. Pour rappel, le troisième postulat dudit cadre stipule que lorsqu'un employeur applique inégalement le contrat psychologique à ses employés (à temps plein et à temps partiel), cela pourrait entraîner ou augmenter les différences, déjà existantes, d'attitudes

(satisfaction globale, bien-être affectif) et de comportement (intention de quitter) au travail entre ces derniers (Conway & Briner, 2002). L'absence de différenciation statistique dans les attitudes (satisfaction globale au travail, bien être affectif) et de comportement (intention de quitter l'emploi et ou la profession) des infirmières à temps plein et à temps partiel vient remettre en cause ledit postulat et porte partiellement une ombre sur la robustesse du cadre pour les sciences infirmières. Il faut rappeler que le cadre de Conway et Briner (2002) comporte trois postulats et c'est le troisième postulat seulement qui a été mis à l'épreuve dans cette étude ce qui justifie la remise en cause partielle de la robustesse du cadre.

Ce projet de mémoire est une suite du projet original de Lavoie-Tremblay et al. (2021) dont les données étaient déjà disponibles. La base de données ne comportait pas certaines informations sur le statut d'emploi notamment les données permettant de calculer la congruence du statut d'emploi (CSE) (absence de données sur le caractère volontaire ou involontaire du statut d'emploi) ce qui a limité certains choix de l'étudiant chercheur. Si le projet de recherche était à refaire, il serait intéressant de colliger les données sur la CSE et de combiner ledit cadre avec deux autres théories notamment la théorie des écarts [*Discrepancy theory*] (Lawler, 1973; Locke, 1969) et la théorie de l'échange social [*Social exchange theory*] (Blau, 1964). Si la base de données originale avait comporté des informations sur le statut d'emploi, la complémentarité de ces deux théories au présent cadre aurait permis d'examiner l'effet statistique de la CSE sur les variables dépendantes de l'étude. Plus spécifiquement, la théorie des écarts permet d'expliquer la relation d'association entre la CSE et la satisfaction au travail des employés

(Lawler, 1973) alors que la théorie de l'échange social clarifie la relation d'association entre la CSE et l'intention de quitter des employés (Blau, 1964). Pour rappel, la CSE fait référence à l'arrimage entre le statut d'emploi actuel et le statut d'emploi préféré ou souhaité d'un employé (Armstrong-Stassen & Cameron, 2008; Holtom et al., 2002). C'est en quelque sorte une dimension du statut d'emploi dans sa globalité. Ainsi, plusieurs études ont rapporté que les infirmières (à temps plein et à temps partiel) à statut d'emploi congruent seraient statistiquement plus satisfaites de leur travail que leurs collègues à statut d'emploi non congruent (Havlovic et al., 2002; Holtom et al., 2002). Parallèlement, les infirmières à temps plein à statut d'emploi congruent auraient le même degré statistique de satisfaction au travail que leur collègue à temps partiel à statut d'emploi congruent (Armstrong-Stassen et al., 1994; Burke, 2004; Burke & Greenglass, 2000; Havlovic et al., 2002; Lee & Cameron, 2007). Conformément à la logique de la CSE, on pourrait déduire que l'absence de différenciation statistique entre les groupes d'infirmières étudiés serait due au fait que les infirmières investiguées auraient des statuts d'emploi qui rencontraient leur préférence. Si la base de données originale avait comporté des informations sur le statut d'emploi, la combinaison du cadre de référence de Conway et Briner (2002) avec les théories des écarts (Lawler, 1973; Locke, 1969) et de l'échange social (Blau, 1964) aurait permis d'examiner et comparer à la fois 1) l'effet statistique du statut d'emploi (dans sa globalité) et 2) l'effet statistique de la congruence/incongruence du statut d'emploi sur les variables d'attitudes (satisfaction globale au travail), du bien-être affectif (symptômes dépressifs, peur de COVID-19) et de comportement (intention de quitter l'emploi et/ou la profession). Une telle combinaison du cadre serait une

première dans la littérature et permettrait de couvrir l'entièreté de la problématique sur le statut d'emploi.

La discussion des résultats

Les résultats infirment les huit hypothèses de recherche formulées dans le cadre de la présente étude. Il est important de rappeler que lors de la recension des écrits, l'étudiant chercheur n'a pu identifier d'études ayant examiné l'effet conjoint du statut d'emploi et de la modification du contrat psychologique sur les attitudes (satisfaction globale au travail), les comportements (l'intention de quitter l'emploi et/ou la profession) et le bien-être affectif (les symptômes dépressifs et la peur d'attraper la COVID-19) chez les infirmières ou autre population. Dans ce contexte, les résultats de la présente recherche ne sont pas comparables aux conditions recensées dans la littérature. Les résultats de la présente recherche, organisés autour des trois objectifs de recherche, seront discutés davantage dans les sections suivantes.

Le statut d'emploi et les variables dont il faut contrôler l'effet

Le sexe, l'âge et l'ancienneté organisationnelle sont les variables dont il faut contrôler les effets dans cette recherche. Les données relatives à ces variables ne sont pas normalement distribuées constituant ainsi une contrainte méthodologique dans le choix du test statistique paramétrique ANOVA pour examiner leur effet statistique. Le test non paramétrique Kruskal Wallis utilisé ne permet pas d'examiner l'effet statistique des facteurs aléatoires et des covariables. Conséquemment, les effets statistiques du sexe, de

l'âge et de l'ancienneté organisationnelle sur les variables dépendantes (satisfaction globale au travail, les symptômes dépressifs, la peur du COVID-19 et l'intention de quitter l'emploi et/ou la profession) demeurent inconnus dans ce projet de recherche. Il faut préciser, toutefois, que ce soit dans la littérature scientifique moins récente ou dans la littérature des cinq dernières années, des effets de variation ont été démontrés entre l'âge, le sexe, l'ancienneté organisationnelle et la satisfaction globale au travail des employés ainsi que l'intention de quitter (Conway & Briner, 2002; Holtom et al., 2002; McGinnis & Morrow, 1990; Morrow et al., 1994; Saba et al., 2006). De même, les effets de variation ont été démontrés entre l'âge et le sexe avec les symptômes dépressifs et la peur de la COVID-19 chez les infirmières (Côté et al., 2022; Gélinas et al., 2021). Les raisons qui font que dans ce mémoire ces variables ne suivent pas une distribution normale demeurent inconnues.

Le statut d'emploi et la satisfaction globale au travail

Le premier objectif spécifique de cette recherche était d'examiner l'effet statistique du statut d'emploi sur la satisfaction globale au travail chez les infirmières québécoises suivant l'implantation d'un nouveau contrat psychologique de travail. Les résultats de la présente recherche démontrent, qu'au seuil de signification de 5%, il n'existerait aucune différence statistique entre les quatre groupes d'infirmières étudiés. Les résultats vont dans le même sens que ceux retrouvés dans certaines études (Clinebell & Clinebell, 2007; Levanoni & Sales, 1990; McGinnis & Morrow, 1990; Morrow et al., 1994; Thorsteinson, 2003) qui suggèrent l'absence de différence statistiquement

significative entre les employés à temps plein et à temps partiel. Dans la littérature récente de moins de cinq ans, la satisfaction globale au travail des infirmières semble être multifactorielle. Durant les périodes pré et post pandémiques, l'environnement de travail favorable, l'autonomie dans la pratique, la formation continue pour l'amélioration des compétences, la charge de travail adéquate, la main d'œuvre suffisante, l'engagement professionnel et organisationnel, le stress au travail, le ratio patient-infirmière, la satisfaction des patients, la pratique fondée sur les données probantes, l'origine ethnique et le travail d'équipe ont été identifiés comme des facteurs explicatifs de la satisfaction au travail chez les infirmières en milieu hospitalier (Bragadóttir et al., 2023; Lu et al., 2019; Wong, 2024). En effet, les travaux quantitatifs de Bragadóttir et al. (2023), réalisés après la pandémie auprès de 567 infirmières et infirmières auxiliaires travaillant en médecine, en chirurgie et aux soins intensifs en Islande, suggèrent que les infirmières et infirmières auxiliaires qui avaient rapporté travailler en équipe sont susceptibles d'être plus satisfaites de leur travail que les autres collègues. Bien que réalisée avant la pandémie de la COVID-19, dans leur revue systématique de la littérature, incluant 59 articles portant sur les facteurs qui expliquent la satisfaction au travail chez les infirmières, Lu et al. (2019) avancent que l'engagement professionnel et organisationnel, le stress au travail, le ratio patient-infirmière, la satisfaction des patients, la pratique fondée sur les données probantes, le réseau social et l'origine ethnique seraient des facteurs explicatifs de la satisfaction au travail chez les infirmières en milieu hospitalier. Les travaux de Wong (2024) s'inscrivent dans la même perspective et ajoutent, dans une étude phénoménologique réalisée à Hong Kong (Chine) auprès de huit infirmières d'expériences

variées (1 à plus de 25 ans) en milieu hospitalier, que l'environnement de travail favorable, l'autonomie dans la pratique, la formation continue pour renforcer les compétences, la charge de travail adéquate et la main d'œuvre suffisante sont des facteurs qui influenceraient la satisfaction au travail chez les infirmières investiguées dans son étude. Toujours en période prépandémique, Aloisio et al. (2021) ont conduit une revue systématique de la littérature, incluant 28 études, pour comprendre les facteurs associés à la satisfaction au travail chez les infirmières et infirmières auxiliaires en soins de longue durée. Les facteurs individuels tels que l'âge, l'état de santé, l'autodétermination/autonomie, *l'empowerment* psychologique, l'implication professionnelle, le stress au travail, l'épuisement au travail et la relation avec les résidents sont identifiés comme des facteurs explicatifs de la satisfaction au travail chez le personnel infirmier (infirmières et infirmières auxiliaires) (Aloisio et al., 2021). Toujours selon ces auteurs, le sexe et l'expérience professionnelle n'exerceraient aucune influence sur la satisfaction au travail du personnel infirmier (infirmières et infirmières auxiliaires) investigué dans leurs travaux.

Il est possible de noter certaines différences dans les facteurs liés à la satisfaction globale des infirmières en période de pandémie. En effet, dans une revue systématique avec méta analyse de 23 articles, Yasin et al. (2024) rapportent que les facteurs personnels (âge, niveau de scolarité, l'état de santé, le salaire et les primes, être marié et avoir des enfants), environnementaux (personnel suffisant/adéquat, charge de travail adéquate, leadership et support de la part des gestionnaires, travail d'équipe, soutien des équipes, milieu de travail [par exemple milieu hospitalier versus milieu communautaire], dépistage

efficace du virus COVID-19) et psychologiques (comportements positifs notamment le déploiement des efforts visant l'amélioration des soins prodigués aux patients atteints de la COVID-19, adaptabilité post traumatique) auraient eu des effets statistiques directes sur la satisfaction au travail des infirmières lors de la pandémie COVID-19. Dans une étude quantitative réalisée auprès de 500 infirmières iraniennes travaillant en milieu hospitalier, Ghahremani et al. (2024) avancent que les infirmières ayant un degré élevé d'auto-efficacité en matière de communication auraient rapporté une satisfaction au travail en moyenne plus élevée statistiquement parlant que leurs collègues durant la crise sociosanitaire de la pandémie de la COVID-19. De plus, Yasin et al. (2024) ajoutent que les changements dans les conditions de travail, la peur de l'infection par le virus COVID-19, l'anxiété, les conflits de rôle, l'engagement professionnel et le fait d'avoir travaillé dans les unités COVID-19 ont été décrits comme des facteurs ayant eu un impact statistique inverse sur la satisfaction au travail.

En somme, la littérature scientifique infirmière récente, soit de moins de 5 ans, ne semble pas identifier le statut d'emploi comme un facteur explicatif potentiel de la satisfaction globale au travail chez les infirmières. Ce constat est aussi confirmé par les résultats de la présente étude selon lesquels la satisfaction globale au travail des infirmières en milieu hospitalier ne serait pas influencée par le statut d'emploi de celles-ci en général et particulièrement chez les infirmières québécoises. L'inexistence de lien ou d'influence statistique potentielle entre ces deux variables justifierait l'absence de différenciation entre les quatre groupes indépendants d'infirmières en milieu hospitalier (infirmières à temps plein zone COVID-19, infirmières à temps partiel zone COVID-19,

infirmières à temps plein zone non COVID-19 et infirmières à temps partiel zone non COVID-19) de cette recherche.

Le statut d'emploi et le bien-être affectif

Le deuxième objectif de la présente étude était d'examiner l'effet statistique du statut d'emploi sur le bien-être affectif (symptômes dépressifs et la peur de la COVID-19) chez les infirmières au Québec suivant l'implantation d'un nouveau contrat psychologique.

Le statut d'emploi et les symptômes dépressifs

Les résultats de la présente étude ont révélé que les quatre groupes indépendants d'infirmières québécoises en milieu hospitalier (infirmières à Temps plein zone COVID-19, infirmières à Temps partiel zone COVID-19, infirmières à Temps plein zone Non COVID-19 et infirmières à Temps partiel zone Non COVID-19) avaient, en moyenne, le même seuil de symptômes dépressifs donc, et toujours au seuil de signification de 5%, aucune différence statistique entre ces quatre groupes. De plus, les résultats démontrent que les quatre groupes d'infirmières ont cumulé un score moyen inférieur ou égal à 0,8 correspondant à une absence de symptômes dépressifs ou à la présence de symptômes dépressifs minimaux.

Tel que mentionné précédemment, les résultats de la présente étude suggèrent que les infirmières québécoises étudiées ont été très résilientes durant la première vague de la COVID-19. Il est possible de constater que la résilience chez les infirmières constitue un

sujet de recherche déjà bien exploré par la communauté scientifique. Par exemple, dans leur En effet, dans une revue systématique avec méta synthèse de 12 articles ayant pour but de comprendre la résilience chez les infirmières en santé mentale, Foster et al. (2019) soulignent que, en soins infirmiers, la résilience pourrait être définie comme la mesure de la capacité d'une infirmière à faire face aux facteurs de stress et aux menaces pour la santé mentale. Pour leur part, Han et al. (2023) ont constaté, dans leur étude portant sur l'expérience dans le développement de la résilience personnelle des infirmières, qu'une infirmière résiliente est qualifiée d'émotionnellement plus calme lorsqu'elle est confrontée aux situations catastrophiques telles que les traumatismes ou autres adversités comme la violence en milieu de travail (Han et al., 2023). De récentes études utilisant une stratégie de recherche qualitative avancent que faire preuve de force psychologique est une qualité qui contribue au développement et au maintien de la résilience en soins infirmiers (Han et al., 2023; Kim & Chang, 2022). Les infirmières solidifient leur état psychologique en s'appuyant sur plusieurs mécanismes tels l'acquisition et le développement d'expériences personnelles et professionnelles, le détachement émotionnel, l'adoption de valeurs professionnelles positives ainsi que l'optimisme et la ténacité (Han et al., 2023). Les résultats d'une étude quantitative par Haeffel et Vargas (2011), réalisés aux États-Unis avec 128 participants, corroborent les résultats des travaux de Han et al. (2023) en suggérant que les personnes (incluant les infirmières) ayant un faible niveau statistique de dépression peuvent faire preuve d'optimisme et de ténacité, présenter une vulnérabilité moindre aux symptômes dépressifs en situation d'adversité et avoir une forte confiance et un pouvoir d'action pour surmonter les difficultés (Haeffel &

Vargas, 2011; Han et al., 2023). Les résultats de la présente étude s'alignent avec ceux d'Haefel et Vargas (2011) ainsi que de Han et al. (2023) en soulignant la capacité de résilience des infirmières québécoises ayant participé à celle-ci. Les résultats de la présente étude sont aussi comparables à ceux de Hong et al. (2021) dans leur étude quantitative, réalisées auprès de 4692 infirmières chinoises, où ceux-ci avaient rapporté une faible prévalence statistique, soit 9,4% (n = 442), de symptômes dépressifs auprès des infirmières.

Les résultats de cette étude contrastent, cependant, avec plusieurs autres études qui suggèrent que la prévalence des symptômes dépressifs était importante et préoccupante chez les infirmières, surtout chez les infirmières de première ligne, à travers le monde (incluant le Canada et le Québec) durant la crise sociosanitaire COVID-19 (Ali et al., 2023; Côté et al., 2022; Havaei et al., 2021; Kang et al., 2020; Wang et al., 2021). En effet, dans leur étude quantitative auprès de 456 infirmières égyptiennes, Ali et al. (2023) avancent que la prévalence des symptômes dépressifs était de 61,8% chez les infirmières qui avaient pris soins des patients atteints de la COVID-19 et de 18% chez les infirmières qui n'avaient pas été en contact avec les patients infectés par le virus de la COVID-19. L'étude quantitative de Havaei et al. (2021) auprès du personnel infirmier (infirmières et infirmières auxiliaires) de la Colombie-Britannique (Canada) (n = 3676), rapporte que la prévalence des symptômes dépressifs de ces professionnelles était de 41% durant la COVID-19. À Wuhan (Chine) au début de la pandémie de la COVID-19, le personnel médical et infirmier (n = 994) avait rapporté une prévalence respective de 36,9% pour les symptômes dépressifs minimaux (score moyen PHQ-9 = 2,4); 22,4% pour les symptômes

dépressifs modérés et 6,2% pour les symptômes dépressifs sévères (Kang et al., 2020). Une prévalence de 50,90% relative aux symptômes dépressifs chez les infirmières chinoises de première ligne (n = 562) a été rapporté dans les travaux de Wang et al. (2021). Finalement, une prévalence de 27% de symptômes dépressifs modérés a été rapporté chez le personnel infirmier (infirmières et infirmières auxiliaires) québécois (Côté et al., 2022). Les raisons de la différence constatée, entre cette étude et celle de Côté et al. (2022), relativement à la prévalence des symptômes dépressifs demeurent moins claire. Cependant, il faut préciser que l'étude québécoise de Côté et al. (2022) avait investigué le personnel infirmier (infirmière et infirmière auxiliaire) dans des milieux de soins variés (hôpitaux, centre d'hébergement et de longue durée, centre local de santé communautaire, maisons d'enseignement) ce qui pourrait expliquer la variation dans les résultats par rapport à la présente étude. De plus, Côté et al. (2022) ont rapporté que le personnel infirmier (infirmière et infirmière auxiliaire), qui avait déclaré être mal préparé à dispenser des soins sécuritaires durant la pandémie de la COVID-19, avait, en moyenne, un score de symptômes dépressifs plus élevé en comparaison aux groupes d'infirmières qui se sentaient mieux préparés. Par ailleurs, les infirmières et infirmières auxiliaires qui se sentaient dépassées dans leur travail, présentaient, en moyenne, un score de symptômes dépressifs plus élevé que celles qui avaient le sentiment de maîtriser leur situation. Relativement aux résultats qui précèdent d'une part, et considérant d'autre part que les données de la présente étude ainsi que celles des travaux de Côté et al. (2022) proviennent de la même base de données, mais ciblent des populations différentes (la présente étude n'inclut que les données provenant des infirmières offrant des soins directs en milieu

hospitaliers, et exclut toutes les autres), on pourrait penser que les infirmières de cette étude faisaient partie de cette catégorie d'infirmières qui avaient déclaré avoir bénéficié de la préparation (à dispenser des soins sécuritaires durant la pandémie de la COVID-19) et qui se sentaient en contrôle durant la crise sociosanitaire de la COVID-19 dans les travaux de Côté et al. (2022). Conséquemment, la bonne préparation à dispenser les soins sécuritaires durant la COVID-19 et le fait de se sentir en contrôle durant la pandémie pourraient être l'une des raisons qui expliqueraient la résilience constatée chez les infirmières de la présente étude.

Le statut d'emploi et la peur de la COVID-19

Les résultats de la présente étude ont révélé qu'au seuil de signification de 5%, il n'existe aucune différence statistique entre les quatre groupes d'infirmières ayant pris part à l'étude. L'échelle d'inventaire de la peur de la COVID-19 est récente et demeure très peu connue dans la littérature. La présente étude serait la première à avoir examiné l'effet statistique du statut d'emploi avec ladite variable. En conséquence, il n'existerait pas d'étude comparable dans la littérature selon la recension de l'étudiant chercheur. Toutefois, quelques études ont examiné et déterminé que la peur de la COVID-19 est un facteur explicatif de l'intention de quitter l'emploi (Tolksdorf et al., 2022) et impacterait inversement sur la satisfaction globale au travail chez les infirmières (Yasin et al., 2024).

Le statut d'emploi et l'intention de quitter l'emploi et ou la profession

Le troisième objectif de la présente étude était d'examiner l'effet statistique du statut d'emploi sur l'intention de quitter chez les infirmières au Québec suivant l'implantation d'un nouveau contrat psychologique. Au seuil de signification de 5%, les résultats soutiennent qu'il n'existe aucune différence statistique entre les quatre groupes d'infirmières en milieu hospitalier relativement à l'intention de quitter l'emploi et/ou la profession. Les résultats sont consistants avec ceux des travaux de McGinnis et Morrow (1990), Morrow et al. (1994) et de Krausz et al. (2000). Suite au retrait du groupe des étudiants de celui des employés à temps partiel, les travaux de Saba et al. (2006) s'alignent également avec les résultats de ce mémoire. Il faut préciser que les travaux, susmentionnés, relèvent d'une littérature scientifique moins récente (plus de 10 ans). Cependant, les résultats apportent un soutien empirique à certains questionnements, présent au début de ce projet de recherche, relatifs aux facteurs ayant contribué au départ massif des infirmières du réseau public de santé durant la première vague de la COVID-19. Par exemple, les résultats de la présente étude démontrent que le statut d'emploi (temps plein versus temps partiel) majoré par l'imposition du temps plein obligatoire, imposé aux infirmières durant la première vague de la COVID-19 avec l'arrêté ministériel numéro 2020 - 007 (MSSS, 2020), ainsi que la création des zones de travail (zone rouge [zone COVID-19] et zone verte [zone Non COVID-19]) lors de la crise sociosanitaire de la pandémie de la COVID-19 n'auraient pas, au seuil de signification de 5%, influencé l'intention de quitter des infirmières investiguées dans cette étude. Ces résultats suggèrent, d'une part, que les départs massifs d'infirmières observés au Québec durant la première

vague de la pandémie de la COVID-19 ne peuvent être attribués avec certitude et uniquement à la création des zones de travail (zone COVID-19, zone Non COVID-19) et/ou à l'imposition du temps plein obligatoire à toutes les infirmières (à l'exception des infirmières ayant un statut d'étudiante). Bien que ces variables pourraient avoir contribué au phénomène de départ massif d'infirmières, il s'agirait probablement d'une proportion marginale par rapport à d'autres facteurs/raisons qui pourraient expliquer ce phénomène. Par exemple, l'étude quantitative Taiwanaise de Li et al. (2022), réalisée auprès de 1499 infirmières, suggère que le redéploiement des infirmières et l'augmentation des heures de travail sont des facteurs pouvant avoir influencé les intentions de quitter des infirmières durant la crise sociosanitaire de la COVID-19. Bien que non en contexte COVID-19, une revue systématique qualitative de 2023 faite par Bahlman-van Ooijen et al. (2023), au Pays-Bas avec 11 articles primaires incluant les infirmières travaillant en milieu hospitalier, fournit d'autres pistes de ce qui pourrait motiver les infirmières à quitter la profession. Les mauvaises conditions de travail, le manque d'opportunité d'évolution de carrière, le manque voire l'absence de soutien de la part des gestionnaires, le stress lié au travail, l'écart entre la formation théorique et la réalité pratique, les comportements d'intimidation entre infirmières sont tous des facteurs qui semblent motiver certaines infirmières à quitter la profession (Bahlman-van Ooijen et al., 2023). L'étude québécoise quantitative de Lavoie - Tremblay et al. (2021), réalisée auprès de 1705 infirmières durant la pandémie de la COVID-19, identifie la fatigue chronique et l'insatisfaction au travail comme des déterminants majeurs statistiquement parlant qui motivent les infirmières à quitter leur emploi et la profession. Toujours en contexte de pandémie COVID-19, les

études de Tolksdorf et al., 2022 ainsi que Ulupinar & Erden, 2024 relèvent une association statistique, au seuil de 5%, entre certains facteurs organisationnels à l'intention de quitter l'emploi chez les infirmières. Les travaux de la revue systématique, incluant 19 articles primaires, de Tolksdorf et al. (2022) identifient le faible contrôle sur le travail, la prise en charge des personnes ayant contracté la COVID-19, les symptômes dépressifs et la détresse morale comme des facteurs associés aux intentions de quitter chez les infirmières durant la COVID-19. La revue systématique avec méta analyse de 10 articles primaires d'Ulupinar et Erden (2024) suggèrent que l'affectation d'infirmières ayant peu d'expériences sur les unités de soins critiques (soins intensifs), le fait d'avoir contracté la COVID-19 (directement ou par le biais d'un collègue de travail), la peur ou la menace perçue liée à la COVID-19, l'augmentation de la charge de travail, le stress ou la tension au travail et l'insécurité de l'emploi sont des facteurs associés aux intentions de quitter chez les infirmières durant la COVID-19. Certains liens peuvent être établis entre les résultats de la présente étude et ceux des travaux précédents. Par exemple, bien que la littérature récente n'identifie pas explicitement le statut d'emploi comme un facteur influençant l'intention de quitter l'emploi et/ou la profession chez les infirmières, l'étude de Li et al. (2022) rapporte que l'augmentation des heures de travail chez des infirmières travaillant à temps plein, était associée statistiquement à l'intention de quitter le poste. Il est donc plausible que l'absence de différence statistique, au seuil de signification de 5%, entre les quatre groupes d'infirmières de la présente étude, en ce qui concerne l'intention de quitter l'emploi et/ou la profession, reflète le fait que, de nos jours, le statut d'emploi ne constitue pas un facteur déterminant de ces intentions chez les infirmières québécoises.

Les recommandations

Plusieurs recommandations peuvent être faites suite aux retombées de la présente étude. Celles-ci sont regroupées sous les trois champs d'activité de l'infirmière suivant la perspective de Pépin et al. (2024). Tel que mentionné au début de ce chapitre, les champs d'activité de la pratique et politique ont été omis étant donné le sujet et les résultats de la présente l'étude.

Pour la gestion

Les résultats de la présente étude ont démontré la force de résilience chez ce groupe d'infirmières québécoises. Des liens d'influence statistique entre la résilience et les variables dépendantes étudiées (satisfaction globale au travail, les symptômes dépressifs, la peur de COVID-19 et l'intention de quitter le poste et/ou la profession) de même que les conséquences positives qui découlent de cette association statistique chez les infirmières ont été démontrées précédemment (Haeffel & Vargas, 2011; Tolksdorf et al., 2022; Yasin et al., 2024). En référence à tout ce qui précède, nous recommandons, aux gestionnaires en soins infirmiers, l'implantation et la promotion des programmes de formation continue sur les interventions de résilience pour les adultes afin de développer, renforcer et maintenir la résilience et favoriser le bien-être au travail de leurs infirmières (Foster et al., 2019; Han et al., 2023). Plus spécifiquement, la direction des soins infirmiers (DSI) devra allouer des ressources budgétaires et humaines nécessaires pour favoriser l'implantation et le déploiement desdits programmes de formation continue dédiée aux

infirmières. Les gestionnaires de première ligne (cheffes d'unité) auront pour mission d'encourager et soutenir les infirmières à participer à ces programmes de formation continue. Les conseillères en soins infirmiers, en collaboration avec les cheffes d'unités et la DSI, seront chargées de mettre en œuvre les programmes de formation continue. Le contenu du programme, les ressources humaines et matérielles requises et la logistique nécessaire pour la mise en œuvre du programme de résilience chez les adultes pourraient s'inspirer des travaux de Foster et al. (2018a) et Foster et al. (2018b) qui décrivent de façon détaillée ceux-ci.

Pour la formation

Les interventions visant à développer la résilience chez les infirmières sont décrites comme des approches préventives visant à développer et à renforcer les compétences permettant de faire face au stress au travail, d'améliorer la santé et le bien-être au travail et ultimement prévenir les effets indésirables associés aux facteurs de stress occupationnels (Foster et al., 2018b). L'étudiant chercheur recommande que les écoles/maisons de formation en sciences infirmières (CÉGEP et universités) intègrent le programme de résilience pour les adultes dans leurs divers programmes de formation afin de faire la promotion des interventions de résilience chez les futures infirmières. L'enseignement de ce programme dans les parcours de formation, en soins infirmiers au CÉGEP et à l'université, permettra aux futures infirmières de développer leurs premières compétences visant la résilience afin de les habiliter à mieux se préparer pour affronter adéquatement les réalités des divers milieux de pratique professionnelle. Les ressources

nécessaires pour le développement et la dispensation du programme de résilience pour adulte sont disponibles dans la littérature scientifique infirmière (Foster et al., 2018a; Foster et al., 2019; Foster et al., 2018b).

Pour la recherche

Compte tenu de la divergence des résultats des recherches antérieures incluant la présente étude, il serait intéressant que les recherches futures considèrent un cadre de référence explicatif plus élargi permettant d'investiguer à la fois le statut d'emploi (temps plein versus temps partiel) dans sa globalité et la congruence du statut d'emploi. La combinaison du cadre de référence de Conway et Briner (2002) avec les théories des écarts [*Discrepancy theory*] (Lawler, 1973; Locke, 1969) et de l'échange social [*Social exchange theory*] (Blau, 1964) pourrait être novatrice pour comprendre de façon holistique le phénomène. Finalement, l'étudiant chercheur recommande que les recherches futures, qui choisiront d'utiliser le cadre de référence de Conway et Briner (2002), mesurent et colligent les données relatives à la violation/bris du contrat psychologique du travail. La collecte de ces données permettra de mieux comprendre le mécanisme par lequel la violation/bris du contrat psychologique influence les variables d'attitudes (satisfaction globale au travail), de comportement (l'intention de quitter l'emploi et/ou la profession) et du bien-être affectif (symptômes dépressifs et la peur du COVID-19) chez les infirmières québécoises.

Les forces et limites de la présente étude

La présente étude présente des forces et des limites. Au registre des forces, il s'agirait d'une première étude ayant exploré l'effet du statut d'emploi (temps plein et temps partiel) sur la satisfaction globale au travail, le bien-être affectif (symptômes dépressifs, la peur de COVID-19) et l'intention de quitter l'emploi et/ou la profession chez les infirmières au Québec. Dans un contexte de rareté d'infirmières et de pratique du TSO fort décriée par les infirmières et leurs divers syndicats, comprendre l'effet potentiel de chaque déterminant/facteur incluant le statut d'emploi sur les variables de rétention en emploi (satisfaction globale au travail, le bien-être affectif au travail [peur de la COVID-19, symptômes dépressifs], l'intention de quitter l'emploi et/ou la profession) devient incontournable et ce mémoire a le mérite de combler cette lacune dans la littérature. La présente étude a également la particularité de s'intéresser exclusivement aux infirmières qui donnent des soins directs dans un milieu de pratique hospitalier, donc plus enclin aux pénuries récurrentes d'infirmières, et se distingue de plusieurs autres études recensées dont la population étudiée inclus à la fois les infirmières et d'autres travailleurs/professionnels de la santé (infirmière auxiliaire, préposés aux bénéficiaires etc.) (Aloisio et al., 2021; Lavoie-Tremblay et al., 2021; McGinnis & Morrow, 1990; Morrow et al., 1994).

Au Québec, les besoins en main d'œuvre semblent particulièrement accrus pour les infirmières et ce probablement en raison de l'élargissement de leur champ de pratique depuis l'entrée en vigueur de la Loi 90. À titre de rappel, ce projet de loi, communément appelé « Loi 90 » dans les établissements de santé québécois, a été adopté en 2002 (OIIQ,

2024). Celui-ci a modifié les champs d'exercice de onze professions de la santé et introduit des activités réservées aux infirmières. En plus de favoriser la complémentarité et l'interdisciplinarité entre les différentes professions de la santé, la Loi 90 a reconnu l'expertise spécifique des infirmières et leur a accordé un rôle accru dans le suivi des personnes présentant des problèmes de santé complexe par le biais d'un champ de pratique élargi (OIIQ, 2024). Ce faisant, il est important de comprendre les besoins spécifiques des infirmières pour favoriser leur rétention en emploi. Par ailleurs, les données de ce projet de recherche ont été recueillies en pleine crise sociosanitaire de la pandémie de COVID-19 offrant une perspective unique. Les résultats mettent en évidence la résilience des infirmières travaillant en soins directs dans les hôpitaux québécois, et ce malgré la panique généralisée et la détresse qu'ont vécu plusieurs professionnels de la santé à travers le monde entier. De plus, ce mémoire fournit des données empiriques sur le rôle potentiel de l'imposition du temps plein obligatoire, décrétée par le gouvernement du Québec lors de la première vague de la COVID-19, dans l'exode massif des infirmières du réseau public de la santé.

Sur le plan méthodologique, une force majeure de la présente étude est l'utilisation d'un cadre de référence explicatif novateur pour orienter les travaux. Cette approche répond à une critique récurrente dans la littérature, qui souligne l'utilisation, par de nombreux chercheurs, des cadres théoriques a posteriori pour interpréter les résultats, une pratique qualifiée de *post hoc* par Thorsteinson (2003). Ce projet de mémoire relève ce défi en adoptant une démarche qui répond aux attentes de la communauté scientifique.

Au-delà des forces mentionnées précédemment, cette étude présente certaines limites. Tout d'abord, il s'agit d'une étude transversale reposant sur des données préalablement recueillies (ne comportant pas certaines données) limitant ainsi (1) les questions de recherche possibles, (2) l'identification des infirmières ayant subi un changement coercitif du statut d'emploi en raison de l'imposition du temps plein obligatoire par l'arrêté ministériel 2020-007 lors de la première vague de COVID-19 et (3) l'examen de l'effet médiateur de la réalisation/bris du contrat psychologique sur les variables d'attitudes (satisfaction globale au travail), du bien être affectif (symptômes dépressifs et peur du COVID-19) et du comportement (intention de quitter l'emploi et ou la profession) du cadre de référence explicatif adapté de Conway et Briner (2002). Si l'identification des infirmières ayant subi un changement coercitif du statut d'emploi avait été possible, il aurait été intéressant de comparer spécifiquement ce groupe d'infirmières aux autres groupes pour mieux comprendre l'impact de ce changement sur les différentes variables dépendantes étudiées. Dans le même sens, si les données relatives à la réalisation ou au bris du contrat psychologique de travail étaient disponibles, l'étudiant chercheur aurait pu examiner l'effet médiateur de la réalisation/bris du contrat psychologique, un élément fondamental du cadre de référence explicatif de Conway et Briner (2002), sur les variables d'attitudes (satisfaction globale au travail), du bien-être affectif (symptômes dépressifs, peur de COVID-19) et de comportement (intention de quitter l'emploi et/ ou la profession) afin de comprendre le mécanisme par lequel la réalisation/bris du contrat psychologique exerce de l'influence sur lesdites variables. Ces limites n'ont pas permis à l'étudiant chercheur d'avoir des réponses à certains de ces questionnements tels que les

effets de l'imposition du temps plein obligatoire et de la CSE sur les variables dépendantes de l'étude d'une part et d'autre part de comprendre le mécanisme par lequel la réalisation/bris du contrat psychologique exerce de l'influence sur lesdites variables chez les infirmières québécoises et ultimement faire des recommandations. Cependant, ces limites n'affectent pas la qualité des résultats issus de la présente étude.

En second lieu, l'échantillon de la présente étude est d'une taille relativement petite (341 infirmières sur 1705 participantes à l'étude originale), car seules les infirmières offrant des soins directs en milieu hospitalier ont été incluses. De plus, les données ont été collectées pendant la crise sociosanitaire pandémique de la COVID-19, une période marquée par une charge de travail accrue chez les infirmières (Lavoie-Tremblay et al., 2021; Wong, 2024) ce qui a probablement contribué au faible taux de participation. La petite taille de l'échantillon, combinée à la catégorisation de quatre groupes indépendants, a potentiellement entraîné un non-respect de la prémisse de distribution normale des données pour des analyses statistiques paramétriques de type ANOVA. Bien que cette limite méthodologique ait été contournée par l'utilisation de test non paramétrique de type Kruskal-Wallis, ce test non paramétrique ne permet pas (une autre limite de la présente recherche), comme nous l'avons déjà souligné, le contrôle statistique du facteur aléatoire (sexe) et des covariables (âge et ancienneté organisationnelle) estimés pouvant avoir un effet statistique significatif, selon les recherches recensées, sur les variables dépendantes.

La conclusion

En somme, cette étude a permis d'examiner et comprendre que le statut d'emploi n'a pas influencé les attitudes (satisfaction globale), les comportements (l'intention de quitter l'emploi et/ou la profession) et le bien-être affectif (symptômes dépressifs et la peur de COVID-19) des infirmières de notre étude durant la crise sociosanitaire de la COVID-19 où le contrat psychologique de travail (convention collective nationale) de ces dernières a été unilatéralement modifié par l'employeur (le Gouvernement). De plus, le contexte d'imposition du temps supplémentaire obligatoire à toutes les infirmières, excepté celles qui étaient aux études, n'a pas influencé les résultats. Les travaux ont également permis de constater que les infirmières québécoises échantillonnées ont été plutôt très résilientes malgré le contexte pandémique de la COVID-19 où les infirmières ont été très éprouvées à travers le monde entier. Même si les raisons qui expliquent la résilience de ces infirmières demeurent peu claires, la littérature suggère que les interventions visant à développer, à renforcer et à maintenir la résilience chez les adultes sont efficaces pour faire face à des situations de stress au travail tout en maintenant la santé et le bien-être au travail. À la lueur de ces résultats, et sachant que les situations de stress au travail font partie des réalités de la profession infirmière, l'étudiant chercheur recommande et encourage les gestionnaires en soins infirmiers et les maisons d'enseignement en soins infirmiers à promouvoir les interventions de développement et de renforcement de la résilience chez toutes les catégories d'infirmières (novices et expérimentées) afin de préserver leur santé tout en favorisant leur bien-être au travail. Ce faisant, elles seront à

même de rester le plus longtemps possible en emploi tout en assurant des soins de qualité à la population québécoise.

Par ailleurs, la présente étude a aussi permis de tester, pour la première fois en sciences infirmières, le cadre de référence de Conway et Briner (2002) en contexte de statut d'emploi avec les variables d'attitudes (satisfaction globale), de comportements (intention de quitter l'emploi et/ou la profession) et du bien-être affectif (les symptômes dépressifs et la peur de COVID-19). Bien que toutes les huit hypothèses de recherche, formulées à partir dudit cadre, ont été infirmées, le cadre de référence explicatif de Conway et Briner (2002) apparaît novateur pour le phénomène investigué et nécessite de nouvelles investigations en sciences infirmières pour consolider les connaissances.

Les références

- Adams, J. S. (1965). Inequity in social exchange. Dans *Advances in experimental social psychology* (Vol. 2, pp. 267-299). Elsevier.
- Ahorsu, D. K., Lin, C.-Y., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2020). The fear of COVID-19 scale: development and initial validation. *International journal of mental health and addiction*, 1-9.
- Ali, E. A., Sehlo, M. G., Hussein, R. A., Ali, E. T., & Abdalla, A. M. (2023). Prevalence and correlates of depressive symptoms among nurses during COVID-19 pandemic. *The Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery*, 59(1), 15.
- Aloisio, L. D., Coughlin, M., & Squires, J. E. (2021). Individual and organizational factors of nurses' job satisfaction in long-term care: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 123, 104073.
- Armstrong-Stassen, M., Al-Ma, R., Cameron, S. J., & Horsburgh, M. E. (1998). The relationship between work status congruency and the job attitudes of full-time and part-time Canadian and Jordanian nurses. *International Journal of Human Resource Management*, 9(1), 41-57.
- Armstrong-Stassen, M., & Cameron, S. J. (2008). The relationship of work status (in) congruency with perceived employer commitment and commitment of community health nurses.
- Armstrong-Stassen, M., Horsburgh, M. E., & Cameron, S. J. (1994). *The reactions of full-time and part-time nurses to restructuring in the canadian health care system*. Academy of Management Proceedings. Academy of Management Briarcliff Manor, NY 10510.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC]. (2009a). Coûts et répercussions du roulement des effectifs infirmiers dans les hôpitaux du Canada. https://www.cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-fr/roi_nurse_turnover_2009_f.pdf?la=fr&hash=3F8382E34656304F5552C6937BACC35E761AF21D
- Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC]. (2009b). *Solutions éprouvées à la pénurie d'infirmières et d'infirmiers autorisés au Canada*. https://www.cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-fr/rn_highlights_f.pdf
- Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC]. (2021). *Statistiques sur les soins infirmiers*. <https://www.cna-aiic.ca/fr/soins-infirmiers/les-soins-infirmiers-reglementes-au-canada/statistiques-infirmieres>

- Association québécoise des infirmières et infirmiers [AQII]. (2019). *Note politique 1: le temps supplémentaire obligatoire*. <https://www.aqii-qna.org/post/temps-supplémentaire-obligatoire>
- Association québécoise des infirmières et infirmiers [AQII]. (2021). *Solidarité avec nos collègues de Notre - Dame*. <https://www.aqii-qna.org/post/solidarité-avec-nos-collègues-de-notre-dame>
- Bahlman-van Ooijen, W., Malfait, S., Huisman-de Waal, G., & Hafsteinsdóttir, T. B. (2023). Nurses' motivations to leave the nursing profession: A qualitative meta-aggregation. *Journal of advanced nursing*, 79(12), 4455-4471.
- Barker, K. (1993). Changing assumptions and contingent solutions: The costs and benefits of women working full-and part-time. *Sex roles*, 28(1-2), 47-71.
- Bennett, N., Carson, P. P., Carson, K. D., & Blum, T. C. (1994). A comparison of "traditional" and "atypical" workers: Demographic, behavioral, and attitudinal differences. *Journal of Business and Psychology*, 8(4), 467-474.
- Blais, M. R., Vallerand, R. J., Pelletier, L. G., & Brière, N. M. (1989). L'échelle de satisfaction de vie: Validation canadienne-française du "Satisfaction with Life Scale.". *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 21(2), 210.
- Blau, P. M. (1964). Justice in social exchange. *Sociological inquiry*, 34(2), 193-206. <https://www.d.umn.edu/cla/faculty/jhamlin/4111/Exchange/BlauReading.html>
- Blouin, M. (2005). L'influence de la réalisation des promesses faites aux employés sur l'engagement organisationnel: l'effet modérateur du statut d'emploi.
- Boily, D., & Gentile, D. (2020). Des centaines d'infirmières quittent le métier. *Radio Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1734070/departs-infirmieres-augmentation-quebec>
- Boily, D., & Gentile, D. (2022). Pénurie d'infirmières : des plans de réduction de services seront annoncés cette semaine. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1892294/penurie-infirmieres-fermeture-lits-hospitalisation-vacances-plan>
- Bourbonnais, R., Brisson, C., Vézina, M., Masse, B., & Blanchette, C. (2005). Psychosocial work environment and certified sick leave among nurses during organizational changes and downsizing. *Relations Industrielles/Industrial Relations*, 60(3), 483-509.

- Bragadóttir, H., Kalisch, B. J., Flygenring, B. G., & Tryggvadóttir, G. B. (2023). The relationship of nursing teamwork and job satisfaction in hospitals. *SAGE Open Nursing*, 9, 23779608231175027.
- Burke, R. J. (2004). Work status congruence, work outcomes, and psychologic well-being. *The health care manager*, 23(2), 120-127.
- Burke, R. J., Dolan, S. L., & Fiksenbaum, L. (2014). *Part-time versus full-time work: an empirical evidence-based case of nurses in Spain*. Evidence-based HRM: A global forum for empirical scholarship. Emerald Group Publishing Limited.
- Burke, R. J., & Greenglass, E. R. (2000). Work status congruence, work outcomes and psychological well-being. *Stress Medicine*, 16(2), 91-99.
- Clinebell, S. K., & Clinebell, J. M. (2007). Differences between part-time and full-time employees in the financial services industry. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 14(2), 157-167.
- Conway, N., & Briner, R. B. (2002). Full-time versus part-time employees: Understanding the links between work status, the psychological contract, and attitudes. *Journal of vocational behavior*, 61(2), 279-301.
- Conway, N., & Briner, R. B. (2005). *Understanding psychological contracts at work: A critical evaluation of theory and research*. Oxford University Press. https://books.google.ca/books?hl=fr&lr=&id=Y2kTDAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR9&dq=psychological+work+contract&ots=wR0_cL4qxN&sig=AwGu8CtAswOPIV7wJMDWTK7JtNA&redir_esc=y#v=onepage&q=psychological%20work%20contract&f=false
- Côté, J., Aita, M., Chouinard, M. C., Houle, J., Lavoie-Tremblay, M., Lessard, L., ... Gélinas, C. (2022). Psychological distress, depression symptoms and fatigue among Quebec nursing staff during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Nursing open*, 9(3), 1744-1756.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71-75.
- Eberhardt, B. J., & Moser, S. B. (1995). The nature and consequences of part-time work: a test of hypotheses. *Journal of Applied Business Research (JABR)*, 11(3), 101-108.
- Eberhardt, B. J., & Shani, A. B. (1984). The effects of full-time versus part-time employment status on attitudes toward specific organizational characteristics and overall job satisfaction. *Academy of Management Journal*, 27(4), 893-900.

- Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers [FCSII]. (2020). Avenir de la profession infirmière: Des infirmières et infirmiers canadiens dressent un portrait des environnements de travail avant la COVID-19. https://fcsii.ca/wp-content/uploads/2020/12/CFNU_outlook_FR_web.pdf
- Fédération interprofessionnel de la santé du Québec [FIQ]. (2021). Poursuivre l'ambitieux plan d'action pour mettre fin au TSO. https://www.figsante.qc.ca/wp-content/uploads/2021/12/fr_FIQ_enAction_v34n9_Nov_Web.pdf?download=1
- Fédération interprofessionnel de la santé du Québec [FIQ]. (2022). *Temps supplémentaire obligatoire : la FIQ demande à l'Organisation internationale du Travail d'intervenir pour stopper le travail forcé des professionnelles en soins.* <https://www.figsante.qc.ca/2022/02/12/temps-supplementaire-obligatoire-la-fiq-demande-a-lorganisation-internationale-du-travail-dintervenir-pour-stopper-le-travail-force-des-professionnelles-en-soins/>
- Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec [FIQ]. (2022). *Convention collective Octobre 2021 - Mars 2023.* https://www.figsante.qc.ca/wp-content/uploads/2021/11/FR_fiq_convention-collective-2021-2023_Web-1.pdf?download=1
- Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec [FIQ]. (2021). *Le TSO, c'est un assassinat professionnel : Mobilisation les 16 et 17 octobre.* <https://www.newswire.ca/fr/news-releases/le-tso-c-est-un-assassinat-professionnel-mobilisation-les-16-et-17-octobre-864026809.html>
- Feldman, D. C. (1990). Reconceptualizing the nature and consequences of part-time work. *Academy of Management Review*, 15(1), 103-112.
- Feldman, D. C., & Doeringhaus, H. I. (1992). Patterns of Part-Time Employment. *Journal of Vocational Behavior*, 41(3), 282-294.
- Forget, M. (2017). Étude des inducteurs de l'intention de quitter chez une population infirmière québécoise.
- Foster, K., Cuzzillo, C., & Furness, T. (2018a). Strengthening mental health nurses' resilience through a workplace resilience programme: A qualitative inquiry. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 25(5-6), 338-348.
- Foster, K., Roche, M., Delgado, C., Cuzzillo, C., Giandinoto, J. A., & Furness, T. (2019). Resilience and mental health nursing: An integrative review of international literature. *International journal of mental health nursing*, 28(1), 71-85.

- Foster, K., Shochet, I., Wurfl, A., Roche, M., Maybery, D., Shakespeare-Finch, J., & Furness, T. (2018b). On PAR: A feasibility study of the Promoting Adult Resilience programme with mental health nurses. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(5), 1470-1480.
- Gélinas, C., Maheu, C., Lavoie-Tremblay, M., Richard-Lalonde, M., Gallani, M., Gosselin, É., ... Côté, J. (2021). Translation of the Fear of COVID-19 Scale into French-Canadian and English-Canadian and Validation in the Nursing Staff of Quebec. *Science of Nursing and Health Practices/Science infirmière et pratiques en santé*, 4(1), 1-23.
- Gerbet, T. (2021). *Une conciliation travail-famille innovante prive des infirmières de la prime de 15 000 \$.*
- Ghahremani, L., Khoramaki, Z., Kaveh, M. H., Karimi, M., Nazari, M., & Orgambidez Ramos, A. (2024). Communication Self-Efficacy and Job Satisfaction among Nurses during the COVID-19 Pandemic. *Journal of Nursing Management*, 2024(1), 8869949.
- Gouvernement du Québec. (2021a). Bourses perspectives Québec: programmes d'études admissibles de la formation collégiale technique et de la formation universitaire. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/education/publications-adm/enseignement-superieur/Guide_Bourses_Perspective_Quebec_22-23.pdf?1639667015
- Gouvernement du Québec. (2021b). *Formation accélérée pour devenir infirmière ou infirmier auxiliaire.* <https://www.quebec.ca/education/formations-sante/formation-acceleree-pour-devenir-infirmiere-ou-infirmier-auxiliaire>
- Haefffel, G. J., & Vargas, I. (2011). Resilience to depressive symptoms: The buffering effects of enhancing cognitive style and positive life events. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 42(1), 13-18.
- Han, P., Duan, X., Jiang, J., Zeng, L., Zhang, P., & Zhao, S. (2023). Experience in the development of nurses' personal resilience: A meta-synthesis. *Nursing open*, 10(5), 2780-2792.
- Havaei, F., Ma, A., Staempfli, S., & MacPhee, M. (2021). *Nurses' workplace conditions impacting their mental health during COVID-19: A cross-sectional survey study.* Healthcare. MDPI.
- Havlovic, S. J., Lau, D. C., & Pinfield, L. T. (2002). Repercussions of work schedule congruence among full-time, part-time, and contingent nurses. *Health Care Manage Rev*, 27(4), 30-41. <https://doi.org/10.1097/00004010-200210000-00004>

- Holtom, B. C., Lee, T. W., & Tidd, S. T. (2002). The relationship between work status congruence and work-related attitudes and behaviors. *Journal of Applied Psychology, 87*(5), 903.
- Hong, S., Ai, M., Xu, X., Wang, W., Chen, J., Zhang, Q., ... Kuang, L. (2021). Immediate psychological impact on nurses working at 42 government-designated hospitals during COVID-19 outbreak in China: A cross-sectional study. *Nursing outlook, 69*(1), 6-12.
- Institut canadien d'information sur la santé [ICIS]. (2021). *Regard sur l'effectif et la main - d'oeuvre de la santé au Canada*. <https://www.cihi.ca/fr/la-main-doeuvre-de-la-sante-au-canada-points-saillants-de-lincidence-de-la-covid-19/regard-sur>
- Jamieson, L. N., Williams, L. M., Lauder, W., & Dwyer, T. (2008). The 'realities' of part-time nursing: a grounded theory study. *Journal of Nursing Management (Wiley-Blackwell), 16*(7), 883-892. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2934.2007.00836.x>
- Kang, L., Ma, S., Chen, M., Yang, J., Wang, Y., Li, R., ... Yang, B. X. (2020). Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain, behavior, and immunity, 87*, 11-17.
- Katz, D. K., & Kahn, A. (1978). RL (1978), "The Social Psychology of Organizations".
- Keil, M., Janet, Armstrong-Stassen, M., Cameron, S., & Horsburgh, M. (2000). Part-time nurses: The effect of work status congruency on job attitudes. *Applied psychology, 49*(2), 227-236.
- Kim, E. Y., & Chang, S. O. (2022). Exploring nurse perceptions and experiences of resilience: a meta-synthesis study. *BMC nursing, 21*(1), 26.
- Knapp, H. (2017). *Practical statistics for nursing using SPSS*. SAGE.
- Krausz, M., Sagie, A., & Bidermann, Y. (2000). Actual and preferred work schedules and scheduling control as determinants of job-related attitudes. *Journal of vocational behavior, 56*(1), 1-11.
- Kroenke, K., & Spitzer, R. L. (2002). *The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure*. (Vol. 32, pp. 509-515) SLACK Incorporated Thorofare, NJ.
- Labrague, L., De Los Santos, J., Falguera, C., Nwafor, C., Galabay, J., Rosales, R., & Firmo, C. (2020). Predictors of nurses' turnover intention at one and five years' time. *International Nursing Review, 67*(2), 191-198.

- Lavoie - Tremblay, M., Gélinas, C., Aubé, T., Tchouaket, E., Tremblay, D., Gagnon, M. P., & Côté, J. (2021). Influence of caring for COVID-19 patients on nurse's turnover, work satisfaction and quality of care. *Journal of Nursing Management*.
- Lavoie-Tremblay, M., Fernet, C., Lavigne, G. L., & Austin, S. (2016). Transformational and abusive leadership practices: impacts on novice nurses, quality of care and intention to leave. *Journal of advanced nursing*, 72(3), 582-592.
- Lavoie-Tremblay, M., Gélinas, C., Aubé, T., Tchouaket, E., Tremblay, D., Gagnon, M. P., & Côté, J. (2021). Influence of caring for COVID-19 patients on nurse's turnover, work satisfaction and quality of care. *Journal of Nursing Management*.
- Lawler, E. E. (1973). Motivation in work organizations.
- Lee, S. H. M., & Cameron, M. (2007). The effects of a change in work status congruence on the attitudes of community health nurses
- Levanoni, E., & Sales, C. A. (1990). Differences in job attitudes between full-time and part-time Canadian employees. *The Journal of social psychology*, 130(2), 231-237.
- Li, T. M., Pien, L. C., Kao, C. C., Kubo, T., & Cheng, W. J. (2022). Effects of work conditions and organisational strategies on nurses' mental health during the COVID-19 pandemic. *Journal of Nursing Management*, 30(1), 71-78.
- Locke, E. A. (1969). What is job satisfaction? *Organizational behavior and human performance*, 4(4), 309-336.
- Logan, N., O'Reilly III, C. A., & Roberts, K. H. (1973). Job satisfaction among part-time and full-time employees. *Journal of vocational behavior*, 3(1), 33-41.
- Lu, H., Barriball, K. L., Zhang, X., & While, A. E. (2012). Job satisfaction among hospital nurses revisited: a systematic review. *International journal of nursing studies*, 49(8), 1017-1038.
- Lu, H., Zhao, Y., & While, A. (2019). Job satisfaction among hospital nurses: A literature review. *International journal of nursing studies*, 94, 21-31.
- McGinnis, S. K., & Morrow, P. C. (1990). Job attitudes among full-and part-time employees. *Journal of Vocational Behavior*, 36(1), 82-96.

- Miller, H. E., & Terborg, J. R. (1979). Job attitudes of part-time and full-time employees. *Journal of Applied Psychology*, 64(4), 380-386. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.64.4.380>
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec [MSSS]. (2020). *Arrêté numéro 2020-007 de la ministre de la Santé et des Services sociaux en date du 21 mars 2020*. Gouvernement du Québec. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/lois-reglements/AM_numero_2020-007.pdf?1584823544
- Mishra, P., Pandey, C. M., Singh, U., Gupta, A., Sahu, C., & Keshri, A. (2019). Descriptive statistics and normality tests for statistical data. *Annals of cardiac anaesthesia*, 22(1), 67-72.
- Morrison, E. W., & Robinson, S. L. (1997). When employees feel betrayed: A model of how psychological contract violation develops. *Academy of management Review*, 22(1), 226-256.
- Morrow, P. C., McElroy, J. C., & Elliott, S. M. (1994). The effect of preference for work status, schedule, and shift on work-related attitudes. *Journal of Vocational Behavior*, 45(2), 202-222.
- O'Driscoll, M. P., & Beehr, T. A. (1994). Supervisor behaviors, role stressors and uncertainty as predictors of personal outcomes for subordinates. *Journal of organizational Behavior*, 15(2), 141-155.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ]. (2018). *Éditorial du président: pénurie d'effectifs infirmiers au Québec? Le temps est venu de faire le point*. <https://www.oiiq.org/en/penurie-d-effectifs-infirmiers-au-quebec-le-temps-est-venu-de-faire-le-point.?inheritRedirect=true>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ]. (2019). *Éditorial du président. Le recours au temps supplémentaire obligatoire: la situation reste préoccupante*. <https://www.oiiq.org/le-recours-au-temps-supplementaire-obligatoire-la-situation-reste-preoccupante?inheritRedirect=true>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ]. (2021a). *L'expertise infirmière, notre mot d'ordre*. <https://www.oiiq.org/l-ordre/l-expertise-infirmiere-notre-mot-d-ordre?inheritRedirect=true>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ]. (2021b). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier et la relève infirmière du Québec 2020 - 2021*. https://www.oiiq.org/documents/20147/11892088/Rapport_statistique_2020-2021.pdf

- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ]. (2024). *La Loi 90, déterminante dans l'évolution de la profession infirmière*. <https://www.oiiq.org/la-loi-90-determinante-dans-l-evolution-de-la-profession-infirmiere>
- Organisation mondiale de la santé. (2020). *La situation du personnel infirmier dans le monde: investir dans la formation, l'emploi et le leadership*. Organisation mondiale de la santé. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331674/9789240003354-fre.pdf>
- Ouellette-Vézina, H. (2020). *Manque de personnel: les soins intensifs mis sur pause à Gatineau*. <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2020-09-12/manque-de-personnel-les-soins-intensifs-mis-sur-pause-a-gatineau.php>
- Pépin, J., Bourbonnais, A., & Ducharme, F. (2024). *Pensée infirmière* (5e).
- Registered Nurse's Association of Ontario [RNAO]. (2004). *RNAO's 70 per cent Full-Time Employment for Nurses Survey: Hospital and Long-Term Care Sectors*. RNAO. https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/70_Survey_Final.pdf
- Registered Nurse's Association of Ontario [RNAO]. (2014). *RNAO's 70 per cent Full-Time Employment for Nurses Survey: Hospital and Long-Term Care Sectors*. RNAO. https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/70_Survey_Final.pdf
- Robinson, S. L., Kraatz, M. S., & Rousseau, D. M. (1994). Changing obligations and the psychological contract: A longitudinal study. *Academy of management Journal*, 37(1), 137-152.
- Rousseau, D. M. (1989). Psychological and implied contracts in organizations. *Employee responsibilities and rights journal*, 2(2), 121-139.
- Rousseau, D. M., & Tijoriwala, S. A. (1998). Assessing psychological contracts: Issues, alternatives and measures. *Journal of Organizational Behavior: The International Journal of Industrial, Occupational and Organizational Psychology and Behavior*, 19(S1), 679-695.
- Saba, T., Blouin, M., & Lemire, L. (2006). Modalités de travail à temps plein ou partiel et son influence sur les attitudes et comportements au travail: L'effet médiateur de la violation du contrat psychologique. *Canadian Journal of Administrative Sciences/Revue Canadienne des Sciences de l'Administration*, 23(4), 318-333.
- Senter, J. L., & Martin, J. E. (2007). Factors affecting the turnover of different groups of part-time workers. *Journal of Vocational Behavior*, 71(1), 45-68.

- Sinclair, R. R., Martin, J. E., & Michel, R. P. (1999). Full-time and part-time subgroup differences in job attitudes and demographic characteristics. *Journal of Vocational Behavior*, 55(3), 337-357.
- Statistique Canada. (2016). *Classification d'heures de travail temps plein et temps partiel*. https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3VD_f.pl?Function=getVD&TVD=114437&CVD=114437&CLV=0&MLV=1&D=1
- Statistique Canada. (2020). *Heures supplémentaires travaillées par le personnel professionnel en soins infirmiers pendant la pandémie de COVID-19*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00074-fra.htm>
- Steffy, B. D., & Jones, J. W. (1990). Differences between full-time and part-time employees in perceived role strain and work satisfaction. *Journal of Organizational Behavior*, 321-329.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2019). *Using Multivariate Statistics* (Seventh edition). Pearson.
- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S., & Ullman, J. B. (2019). *Using multivariate statistics* (Seventh edition.). Pearson.
- Thorsteinson, T. J. (2003). Job attitudes of part-time vs. full-time workers: A meta-analytic review. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 76(2), 151-177.
- Tolksdorf, K. H., Tischler, U., & Heinrichs, K. (2022). Correlates of turnover intention among nursing staff in the COVID-19 pandemic: a systematic review. *BMC nursing*, 21(1), 174.
- Uluşınar, F., & Erden, Y. (2024). Intention to leave among nurses during the COVID-19 outbreak: A rapid systematic review and Meta-Analysis. *Journal of clinical nursing*, 33(1), 393-403.
- Wang, H., Dai, X., Yao, Z., Zhu, X., Jiang, Y., Li, J., & Han, B. (2021). The prevalence and risk factors for depressive symptoms in frontline nurses under COVID-19 pandemic based on a large cross-sectional study using the propensity score-matched method. *BMC psychiatry*, 21, 1-10.
- Wanous, J. P., Reichers, A. E., & Hudy, M. J. (1997). Overall job satisfaction: how good are single-item measures? *Journal of applied Psychology*, 82(2), 247.

- Wittmer, J. L., & Martin, J. E. (2011). Effects of scheduling perceptions on attitudes and mobility in different part-time employee types. *Journal of Vocational Behavior*, 78(1), 149-158.
- Wong, F. M. F. (2024). Job satisfaction in nursing: A qualitative inquiry into novice and experienced nurses' perspectives. *Nurse Education in Practice*, 104018.
- Wotruba, T. R. (1990). Full-time vs. part-time salespeople: A comparison on job satisfaction, performance, and turnover in direct selling. *International Journal of Research in Marketing*, 7(2-3), 97-108.
- Yasin, Y. M., Alomari, A., Al-Hamad, A., & Kehyayan, V. (2024). The impact of COVID-19 on nurses' job satisfaction: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Public Health*, 11, 1285101.
- Zeytinoglu, I., Denton, M., Davies, S., Baumann, A., Blythe, J., & Boos, L. (2006). Retaining nurses in their employing hospitals and in the profession: effects of job preference, unpaid overtime, importance of earnings and stress. *Health Policy*, 79(1), 57-72. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2005.12.004>
- Zeytinoglu, I., Denton, M., & Plenderleith, J. M. (2011). Flexible employment and nurses' intention to leave the profession: The role of support at work. *Health Policy*, 99(2), 149-157. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2010.07.017>

Les appendices

L'appendice A
Courriel de recrutement

Modèle de courriel de recrutement



Réseau de recherche en interventions
en sciences infirmières du Québec

Quebec Network on Nursing
Intervention Research

Pandémie COVID-19 : Ensemble pour des infirmières et infirmières auxiliaires en santé et des soins sécuritaires et de qualité

Cher/Chère Participant-e,

Cette invitation s'inscrit dans la foulée de vos efforts déployés pour assurer des soins sécuritaires et de qualité auprès de la population dans le contexte de la pandémie COVID-19. Le Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ) en collaboration avec l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) unissent leurs forces afin de faciliter la réalisation rapide d'un sondage anonyme visant à mieux comprendre votre état de santé, votre perception de la qualité des soins et vos besoins en termes de ressources et de développement professionnel. Vous êtes invité-e à participer à ce sondage. Vous trouverez sur le lien ici-bas la lettre d'introduction du projet. Si vous acceptez de participer à ce projet, un lien sera disponible pour compléter le sondage d'une durée d'environ 10 à 15 minutes. Nous avons reçu l'approbation éthique pour réaliser ce sondage en date du 10 juillet 2020.

Pour accéder au sondage, veuillez lire d'abord la lettre d'introduction :

https://mcgillnursing.ca1.qualtrics.com/jfe/form/SV_024ch3keNQGUs7z

Merci de considérer cette invitation pour nous aider à mieux répondre à vos besoins!

L'appendice B

Lettre d'introduction et consentement implicite

Lettre d'introduction pour consentement implicite

Pandémie COVID-19 : Ensemble pour des infirmières et infirmières auxiliaires en santé et des soins sécuritaires et de qualité

But et Procédure du sondage

Vous êtes invité-e à participer à ce sondage en tant qu'infirmier/infirmière ou infirmier/infirmière auxiliaire. Ce sondage vise à décrire la santé des infirmières et des infirmières auxiliaires au Québec dans le contexte de la pandémie COVID-19 et à identifier leurs besoins en termes de soutien et de ressources afin de favoriser leur bien-être et leur développement professionnel ainsi que la sécurité et la qualité des soins.

Votre participation à ce sondage est anonyme et est d'une durée de 10 à 15 minutes. Le sondage permettra de recueillir de l'information sur votre état de santé, votre perception de la qualité des soins et vos besoins en termes de ressources et de développement professionnel.

Participation Volontaire

Votre participation à ce sondage est volontaire. Vous pouvez décider de ne pas répondre à certaines questions et vous pouvez quitter le sondage à tout moment.

Risques et Avantages

Il n'y a pas d'avantages directs pour vous de participer à ce sondage. Toutefois, l'information recueillie dans le présent sondage permettra d'identifier des stratégies à mettre en œuvre afin de soutenir les infirmières et infirmières auxiliaires en contexte de pandémie.

Il n'y a aucun risque direct associé à votre participation à ce sondage. Toutefois, si vous ressentez un malaise ou une détresse à l'égard des sujets abordés dans le sondage, vous pouvez interrompre votre participation à tout moment. Aussi, vous pouvez contacter votre programme d'aide aux employés au sein de votre établissement ou l'Association des centres d'écoute téléphonique du Québec, téléphone: [REDACTED], courriel: [REDACTED]

Coût et Rémunération

Vous ne serez pas rémunéré pour compléter ce sondage.

Confidentialité et Anonymat

Les données obtenues dans le cadre de ce sondage sont anonymes et vous ne devez indiquer aucune information nominative dans vos réponses par texte (ex : ne pas indiquer votre nom ou celui de votre établissement). La chercheuse principale a signé une entente de confidentialité pour l'accès à la liste des membres ayant accepté d'être contactés pour des projets de recherche et cette liste sera détruite à la fin du sondage. Quant aux données du sondage, elles seront conservées sur le serveur de l'Université McGill et dans un fichier de données pour analyses (i.e., fichier électronique qui sera conservé dans un ordinateur avec mot de passe dans le bureau fermé à clé de la Dre Céline Gélinas au Centre de recherche en sciences infirmières de l'Hôpital général juif – CIUSSS Centre-Ouest-Ile-Montréal). Les données seront conservées pendant dix ans, après quoi elles seront détruites.

Questions

Si vous avez des questions concernant ce projet, vous pouvez communiquer avec la chercheuse principale (Céline Gélinas) par courriel [REDACTED] ou avec la coordonnatrice du RRISIQ (Catherine-Améli Ledoux) par courriel catherine-ameli.ledoux@umontreal.ca

DÉCLARATION DE CONSENTEMENT IMPLICITE

Soumettre vos réponses à ce sondage indique que vous consentez à participer. Accepter de participer à ce sondage ne renonce à aucun de vos droits ou ne libère les chercheurs de leurs responsabilités.

Oui, j'accepte de compléter le sondage

Non, je refuse de compléter le sondage

Chercheuse Principale:

Céline Gélinas, inf., PhD
 Professeure agrégée
 Ingram School of Nursing, McGill University
 Centre for Nursing Research and Lady Davis Institute,
 Jewish General Hospital - CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montreal
 Tél : [REDACTED]
 Email : [REDACTED]

Co-directrice, Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ)

Co-chercheurs :

José Côté, inf., PhD
 Professeure titulaire
 Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
 Chercheur régulier du CRCHUM
 Tél : [REDACTED]
 Email : [REDACTED]

Co-directrice, Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ)

Mélanie Lavoie-Tremblay, inf., PhD
Professeure agrégée
Ingram School of Nursing, McGill University
Chercheur régulier du CR-IUSSM
Tél : [REDACTED]
Email : [REDACTED]

En collaboration avec:

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)

Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ)

L'appendice C
Le questionnaire

(GÉLINAS ET AL., 2021) CARACTÉRISTIQUES INDIVIDUELLES

1. Sexe

- Féminin
- Masculin
- Préfère ne pas répondre

2. Genre

- Femme
- Homme
- X¹
- Préfère ne pas répondre

3. Age

Quel âge avez-vous ? _____ ans

4. Dans quelle région du Québec travaillez-vous ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1-Bas-Saint-Laurent | <input type="checkbox"/> 10-Nord-du-Québec |
| <input type="checkbox"/> 2-Saguenay-Lac-Saint-Jean | <input type="checkbox"/> 11-Gaspésie/Iles-de-la-Madeleine |
| <input type="checkbox"/> 3-Capitale-Nationale | <input type="checkbox"/> 12-Chaudière-Appalaches |
| <input type="checkbox"/> 4-Mauricie | <input type="checkbox"/> 13-Laval |
| <input type="checkbox"/> 5-Estrie | <input type="checkbox"/> 14-Lanaudière |
| <input type="checkbox"/> 6-Montréal | <input type="checkbox"/> 15-Laurentides |
| <input type="checkbox"/> 7-Outaouais | <input type="checkbox"/> 16-Montérégie |
| <input type="checkbox"/> 8-Abitibi-Témiscamingue | <input type="checkbox"/> 17-Centre-du-Québec |
| <input type="checkbox"/> 9-Côte-Nord | |

5. Votre lieu principal de travail : cochez tout ce qui s'applique

- CH : centre hospitalier
- CHSLD : centre d'hébergement et de soins de longue durée
- CISSS : centre intégré de santé et de services sociaux
- CIUSSS : centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
- CLSC : centre local de services communautaires
- CPEJ : centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
- CR : centre de réadaptation
- GMF : groupe de médecine de famille
- RI et RTF : ressource intermédiaire et ressource de type familial
- RPA : résidence privée pour aînés
- Autre – spécifier: _____

6. Quel est votre poste ? (✓)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Infirmier (ère) | <input type="checkbox"/> Chef d'unité |
| <input type="checkbox"/> Infirmier (ère) auxiliaire | <input type="checkbox"/> Autre poste de gestion (cadre) – spécifier : _____ |
| <input type="checkbox"/> Infirmier (ère) clinicien(ne) | |
| <input type="checkbox"/> Infirmier (ère) praticien(ne) spécialisé(e) | <input type="checkbox"/> Autre – spécifier: _____ |
| <input type="checkbox"/> Infirmier (ère) conseiller(ère) | |
| <input type="checkbox"/> CEPI : Candidat(e) à l'exercice de la profession infirmière | |

¹ X : Transgenre, non-binaire, bispirituel

7. Quel est votre principal milieu de soins-unité de soins (s'il y a lieu) ? (✓)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Urgences | <input type="checkbox"/> Pédiatrie |
| <input type="checkbox"/> Soins intensifs | <input type="checkbox"/> Santé publique |
| <input type="checkbox"/> Soins de longue durée/Gériatrie | <input type="checkbox"/> Santé communautaire |
| <input type="checkbox"/> Médical/Chirurgical | <input type="checkbox"/> Clinique de dépistage de la COVID-19 |
| <input type="checkbox"/> Santé mentale | <input type="checkbox"/> Service Info-Santé 811 |
| <input type="checkbox"/> Obstétrique | <input type="checkbox"/> Ligne COVID-19 |
| <input type="checkbox"/> Bloc opératoire/Unité de soins post-anesthésiques (salle de réveil) | <input type="checkbox"/> Autre – spécifier : _____ |

8. Vous occupez un poste : (✓)

- Permanent
 Non permanent
 Autre

9. Horaire de travail : (✓)

- Temps plein
 Temps partiel
 Autre

10. Quart de travail habituel : (✓)

- Jour
 Soir
 Nuit
 Rotation (jour, soir et nuit)

11. Quel est votre niveau de scolarité ? (✓)

- Diplôme étude professionnelle
 Collégial
 Baccalauréat
 Diplôme ou certificat universitaire supérieur au baccalauréat
 Maîtrise
 Doctorat
 Autre(s) – spécifier : _____

12. Combien d'années d'expérience avez-vous dans la profession infirmière/infirmière auxiliaire ? (incluant l'année en cours)

_____ ans

13. Combien d'années d'expérience avez-vous dans votre établissement de soins actuel ? (incluant l'année en cours)

_____ ans

CARACTÉRISTIQUES ORGANISATIONELLES

LEADERSHIP DE VOTRE ÉTABLISSEMENT DE SOIN

En pensant à vos relations avec la direction de votre établissement de soins, indiquez à quelle fréquence elle agit comme il est décrit dans chacun des énoncés.

	Jamais	Rarement	Parfois	Assez souvent	Fréquemment, voire toujours
1. Elle nous communique une vision claire et positive du futur.	1	2	3	4	5
2. Elle nous traite comme des personnes à part entière, nous supporte et nous encourage dans notre développement.	1	2	3	4	5
3. Elle nous encourage et reconnaît notre travail.	1	2	3	4	5
4. Elle favorise la confiance, l'implication et la coopération.	1	2	3	4	5
5. Elle nous encourage à penser aux problèmes de façon différente et nous encourage à questionner les hypothèses de base.	1	2	3	4	5
6. Ses valeurs sont claires et elle pratique ce qu'elle prêche.	1	2	3	4	5
7. Elle inspire de la fierté et du respect en plus de nous inspirer en étant hautement compétent.	1	2	3	4	5

CARACTÉRISTIQUES LIÉES À LA PANDÉMIE

- Êtes-vous impliqué(e) dans des initiatives qui visent à combattre la pandémie de COVID-19?
 - Oui, je suis impliqué(e) dans les tests de dépistage
 - Oui, je suis impliqué(e) en prodiguant des soins infirmiers
 - Oui, je suis impliqué(e) sur le plan administratif
 - Oui, je suis impliqué(e) d'une autre façon
 - Non, je ne suis pas impliqué(e) dans ces initiatives
- Diriez-vous que vous êtes très bien, assez bien, assez mal ou très mal préparé(e) à offrir des soins de santé sécuritaires à la population durant l'actuelle pandémie de COVID-19?
 - Très bien préparé(e)
 - Assez bien préparé(e)
 - Assez mal préparé(e)
 - Très mal préparé(e)
- Lequel de ces énoncés décrit le mieux votre situation au travail?
 - Nous sommes dépassés
 - Nous contrôlons encore la situation mais serons bientôt dépassés
 - Nous contrôlons bien la situation
 - Nous ne sommes pas encore affectés par la pandémie
- Travaillez-vous dans un centre désigné pour la COVID-19?
 - Oui
 - Non

5. Travaillez-vous dans un établissement de soins où il y a eu admission de personnes atteintes de la COVID-19?
- Oui
 - Non
6. a) Depuis le début de la pandémie COVID-19, avez-vous prodigué des soins à des personnes atteintes de la COVID-19?
- Oui
 - Non
- b) Si oui, combien de personnes (environ)
- 1-9
 - 10-19
 - 20-29
 - 30-39
 - 40-49
 - Plus de 50
- c) Est-ce que des personnes que vous avez soignées sur votre unité ou dans votre milieu de soins sont décédées de la COVID-19?
- Oui
 - Non
7. Dans le cadre de vos fonctions professionnelles, avez-vous été infecté(e) par la COVID-19?
- Oui
 - Non
 - Préfère ne pas répondre
8. Est-ce qu'un membre de votre équipe a été atteint de la COVID-19 dans le cadre de ses fonctions?
- Oui
 - Non
 - Préfère ne pas répondre

SANTÉ DES INFIRMÈRES ET INFIRMIERS/AUXILIAIRES

Comment évaluez-vous votre état de santé actuel par rapport à votre état de santé avant la pandémie?

- Grandement amélioré
- Amélioré
- Est resté le même
- Détérioré
- Grandement détérioré

Échelle de la peur de la COVID-19

À quel point êtes-vous en accord avec chacun des énoncés suivants...	Fortement en désaccord	En désaccord	Ni d'accord, ni en désaccord	En accord	Fortement en accord
1. J'ai très peur de la COVID-19.	1	2	3	4	5
2. Ça me rend inconfortable de penser à la COVID-19.	1	2	3	4	5
3. Mes mains deviennent moites lorsque je pense à la COVID-19.	1	2	3	4	5
4. J'ai peur de perdre ma vie à cause de la COVID-19.	1	2	3	4	5
5. Je deviens nerveux ou anxieux lorsque je regarde les nouvelles et les histoires sur la COVID-19 dans les médias sociaux.	1	2	3	4	5
6. Je ne peux pas dormir parce que je m'inquiète d'attraper la COVID-19.	1	2	3	4	5
7. Mon cœur bat très rapidement ou palpite lorsque je pense à la possibilité d'attraper la COVID-19.	1	2	3	4	5

L'échelle de détresse psychologique Kessler (K6)

Les questions suivantes traitent de la façon dont vous vous êtes senti au cours des 30 derniers jours

Au cours des 30 derniers jours, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e)...	Toujours	Généralement	Parfois	Rarement	Jamais
1. ... inutile?	1	2	3	4	5
2. ... que tout était un effort?	1	2	3	4	5
3. ... si déprimé(e) que plus rien ne pouvait vous mettre de bonne humeur?	1	2	3	4	5
4. ... agité(e)?	1	2	3	4	5
5. ... désespéré(e)?	1	2	3	4	5
6. ... nerveux(se)?	1	2	3	4	5

Mesure de la dépression (PHQ-9)

Au cours des 14 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants?

	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses	0	1	2	3
2. Se sentir triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	0	1	2	3
3. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou trop dormir	0	1	2	3
4. Se sentir fatigué(e) ou avoir peu d'énergie	0	1	2	3
5. Peu d'appétit ou trop manger	0	1	2	3
6. Mauvaise perception de vous-même ou vous pensez que vous êtes un perdant ou que vous n'avez pas satisfait vos propres attentes ou celles de votre famille	0	1	2	3
7. Difficultés à se concentrer sur des choses telles que lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
8. Vous bougez ou parlez si lentement que les autres personnes ont pu le remarquer ou, au contraire, vous être si agité(e) que vous bougez beaucoup plus que d'habitude	0	1	2	3
9. Vous avez pensé que vous seriez mieux mort(e) ou pensé à vous blesser d'une façon ou d'une autre	0	1	2	3

Échelle de mesure de l'épuisement et de la récupération dans les cas de fatigue professionnelle (ERFP 15)

Ces énoncés ont trait à des cas de FATIGUE et de TENSION que vous avez vécus au travail ou à la maison AU COURS DES DERNIERS MOIS DE LA PANDÉMIE.

Encerchez le chiffre de 0 à 6, sur l'échelle allant de « Tout à fait en désaccord » à « Tout à fait d'accord », qui correspond le mieux à votre réponse.

	Tout à fait en désaccord	En désaccord	Partielle- ment en désaccord	Indécis	Partielle- ment en accord	En accord	Tout à fait d'accord
1. J'ai souvent la sensation d'être « au bout du rouleau » à cause de mon travail.	0	1	2	3	4	5	6
2. Je redoute souvent le moment où je devrai me réveiller pour entreprendre une autre journée de travail.	0	1	2	3	4	5	6
3. Je me demande souvent pendant combien de temps je pourrai continuer à travailler.	0	1	2	3	4	5	6
4. Je sens que, la plupart du temps, je ne vis que pour travailler.	0	1	2	3	4	5	6
5. On attend trop de moi dans le cadre de mon travail.	0	1	2	3	4	5	6
6. Il ne me reste que très peu d'énergie après une période de travail habituelle.	0	1	2	3	4	5	6
7. Je me sens généralement épuisé(e) lorsque je reviens à la maison après le travail.	0	1	2	3	4	5	6
8. Mon travail m'épuise complètement tous les jours.	0	1	2	3	4	5	6
9. J'ai généralement beaucoup d'énergie à consacrer à ma famille et à mes amis.	0	1	2	3	4	5	6
10. Je ne manque généralement pas d'énergie pour m'adonner à mes passe-temps ou à d'autres activités après le travail.	0	1	2	3	4	5	6
11. Je n'ai jamais assez de temps pour refaire le plein d'énergie entre deux quarts de travail*.	0	1	2	3	4	5	6
12. Même si je me sens fatigué(e) après un quart de travail, je suis généralement en forme au début du quart de travail suivant.	0	1	2	3	4	5	6
13. Il m'arrive rarement de reprendre mes forces complètement entre les quarts de travail.	0	1	2	3	4	5	6
14. Je n'ai pas de difficulté à me remettre de la fatigue professionnelle entre les quarts de travail.	0	1	2	3	4	5	6
15. Il m'arrive souvent de ressentir la fatigue causée par un quart de travail lorsque j'entreprends le suivant.	0	1	2	3	4	5	6

**quart de travail* réfère aux périodes de 8 heures, 12 heures et à la rotation

**PERCEPTION DE LA QUALITÉ DES SOINS, SATISFACTION AU TRAVAIL,
INTENTION DE QUITTER**

Perception Qualité des soins

1. En général, comment évalueriez-vous la qualité des soins infirmiers donnés aux personnes dans votre unité/milieu de soins?
 - Excellente
 - Bonne
 - Acceptable
 - Mauvaise
2. En comparant la qualité des soins actuelle dans votre unité/milieu de soins avec celle d'avant la pandémie de la COVID-19, diriez-vous que la qualité des soins est :
 - Grandement améliorée
 - Améliorée
 - Restée la même
 - Détériorée
 - Grandement détériorée
3. Comment évalueriez-vous la qualité des soins infirmiers donnés aux personnes lors de votre dernier quart de travail?
 - Excellente
 - Bonne
 - Acceptable
 - Mauvaise
4. Depuis le début de la pandémie, diriez-vous que la qualité des soins aux personnes dans votre établissement est :
 - Grandement améliorée
 - Améliorée
 - Restée la même
 - Détériorée
 - Grandement détériorée
5. Dans quelle mesure êtes-vous convaincu(e) que les personnes admises à l'hôpital sont capables de gérer leurs soins lorsqu'elles retournent à la maison?
 - Très confiant(e)
 - Confiant(e)
 - Un peu confiant(e)
 - Pas du tout confiant(e)
 - Non applicable
6. En comparant votre prestation des soins actuelle avec celle d'avant la pandémie de la COVID-19, diriez-vous que votre prestation est :
 - Grandement améliorée
 - Améliorée
 - Restée la même
 - Détériorée
 - Grandement détériorée

Satisfaction au travail

Veillez indiquer votre degré d'accord avec chacun des énoncés suivants.

	Pas du tout en accord	Très peu en accord	Un peu en accord	Moyennement en accord	Assez en accord	Fortement en accord	Très fortement en accord
1. En général, mon travail correspond de près à mes idéaux.	1	2	3	4	5	6	7
2. Mes conditions de travail sont excellentes.	1	2	3	4	5	6	7
3. Je suis satisfait(e) de mon travail.	1	2	3	4	5	6	7
4. Jusqu'à maintenant, j'ai obtenu les choses importantes que je voulais de mon travail.	1	2	3	4	5	6	7
5. Si je pouvais changer quoi que ce soit à mon travail, je n'y changerais presque rien.	1	2	3	4	5	6	7
6. Je pense à quitter mon établissement de soins actuel.	1	2	3	4	5	6	7
7. Je pense à quitter la profession infirmière/infirmière auxiliaire.	1	2	3	4	5	6	7

RESSOURCES À METTRE EN PLACE

1. J'aimerais avoir accès à des ressources pour (svp cocher et/ou ajouter)

- Mieux gérer mon stress
- Consolider mes connaissances sur la prévention des infections.
- En savoir davantage sur les équipements de protection individuelle.
- Optimiser les soins aux patients/familles en contexte de pandémie.

Autre(s) : _____

2. Par quel(s) moyen(s) aimeriez-vous avoir accès à ces ressources (svp cocher et/ou ajouter)

- D'un site en ligne
- D'un professionnel de la santé
- D'un pair
- En présentiel

Autre(s) : _____

3. Votre expérience lors de la plus récente pandémie a fait émerger quel(s) besoin(s) de formation?

4. De nombreux moyens de communication existent pour vous soutenir au quotidien. Quel(s) moyen(s) considérez-vous comme le(s) plus efficace(s)?

	Très Inefficace	Inefficace	Neutre	Efficace	Très efficace
a) Capsule vidéo à écouter quand vous le souhaitez	1	2	3	4	5
b) Webinaire interactif (en temps réel)	1	2	3	4	5
c) Texte informatif résumé	1	2	3	4	5
d) Illustration (type affiche)	1	2	3	4	5
Autre _____	1	2	3	4	5
Autre _____	1	2	3	4	5
Autre _____	1	2	3	4	5

5. D'après votre expérience de la plus récente pandémie, quelle(s) intervention(s) infirmière(s) ou pratique de soins seraient à développer ou à implanter dans votre unité/milieu de soins?

L'appendice D
Certificats d'approbation éthique de l'UQO et du CIUSSS du centre ouest de l'île
de Montréal



Le 29 mars 2022

À l'attention de :
Yao Séna Atitso
Étudiante, Université du Québec en Outaouais

Objet : Reconnaissance de l'approbation éthique de votre projet de recherche

Projet #: 2022-2213

Titre du projet de recherche : Le statut d'emploi (temps plein/temps partiel) et son influence sur les attitudes (satisfaction au travail) et le comportement (intention de quitter) des employés au travail chez les infirmières au Québec dans le contexte général de la pandémie de la COVID-19

Nous avons pris connaissance de votre projet de recherche. Suivant l'examen de la documentation reçue et considérant qu'il s'agit d'un projet de recherche qui a déjà fait l'objet d'une évaluation en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains par le **CER du CIUSSS Centre Ouest de l'île de Montréal**, nous constatons que votre projet de recherche rencontre les normes éthiques établies par l'UQO. Un certificat d'approbation éthique est par conséquent émis par le CER de l'UQO.

Nous désirons vous rappeler que pour assurer la validité de votre certificat d'éthique pendant toute la durée du projet, vous avez la responsabilité de produire, chaque année, un rapport de suivi continu à l'aide du formulaire *F9 - Suivi continu*. Le prochain suivi devra être fait au plus tard le : **29 mars 2023**.

Un rappel automatique vous sera envoyé par courriel quelques semaines avant l'échéance de votre certificat.

Si des modifications sont apportées à votre projet, vous devrez remplir le formulaire *F8 - Modification de projet* et obtenir l'approbation du CER avant de mettre en œuvre ces modifications. Finalement, lorsque votre projet sera terminé, vous devrez remplir le formulaire *F10 - Rapport final*.

Notez qu'en vertu de la *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains*, il est de la responsabilité des chercheurs d'assurer que leurs projets de recherche conservent une approbation éthique pour toute la durée des travaux de recherche et d'informer le CER de la fin de ceux-ci.

Nous vous souhaitons bon succès dans la réalisation de votre recherche.



CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Projet # : 2022-2213

Titre du projet de recherche : Le statut d'emploi (temps plein/temps partiel) et son influence sur les attitudes (satisfaction au travail) et le comportement (intention de quitter) des employés au travail chez les infirmières au Québec dans le contexte général de la pandémie de la COVID-19

Cochercheure UQO :

Yao Séna Atitso,

Chercheure principale :

Céline Gélinas

Directrice et codirecteur de recherche :

Isabelle St-Pierre; Jacques-Bernard Gauthier

Date d'approbation du projet : 29 mars 2022

Date d'entrée en vigueur du certificat : 29 mars 2022

Date d'échéance du certificat : 29 mars 2023

2020-08-05

Dr. Céline Gélinas

c/o: Céline Gélinas

email: celine.gelinas@mcgill.ca

Objet : Projet 2021-2451 - Autorisation de réaliser votre projet de recherche au CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Pandémie COVID-19: Ensemble pour des infirmières et infirmières auxiliaires en santé et des soins sécuritaires et de qualité

Dr. Céline Gélinas,

Il nous fait plaisir de vous autoriser à réaliser la recherche identifiée plus haut au CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et/ou sous ses auspices. Pour vous donner cette autorisation, notre établissement reconnaît l'approbation éthique accordée le par le CER du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal :

- qui a confirmé dans sa lettre datée du [2020-07-10](#) le résultat positif de l'examen scientifique et de l'examen éthique; et
- qui a approuvé les formulaires de consentement, en anglais et en français, requis pour la conduite de cette étude.

Cette autorisation vous est accordée sur la foi des documents que vous avez déposés auprès de notre établissement. Veuillez noter que si, à un moment quelconque, le CER du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal révoque, modifie ou change le statut de votre approbation pour l'éthique de la recherche, la personne formellement mandatée par le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal se réserve le droit de révoquer son autorisation pour le protocole susmentionné.

Cette autorisation suppose également que vous vous engagez à:

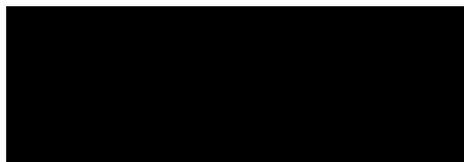
- respecter le cadre réglementaire de notre établissement sur les activités de recherche, notamment pour l'identification des participants à la recherche;
- utiliser uniquement la version des documents de recherche approuvés par le CER du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, les seuls changements possibles étant ceux d'ordre administratif et identifiés de façon à ce que le CER puisse en prendre connaissance;
- respecter les exigences fixées par le CER du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal pour le suivi éthique continu de la recherche;
- respecter les modalités du mécanisme multicentrique du MSSS au regard de l'identification des sujets de recherche dans notre établissement, soit, la tenue et la conservation à jour de la liste à jour des sujets de recherche recrutés dans notre établissement. Cette liste devra nous être fournie sur demande.
- conserver les dossiers de recherche pendant la période fixée par tout règlement applicable ou par le CER du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, après la fin du projet, afin de permettre leur éventuelle vérification; et
- rendre compte au CER du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et à la personne formellement mandatée du déroulement du projet en ce qui a trait à toute modification de la recherche.

***COVID-19**

La pandémie de COVID-19 et l'état d'urgence déclaré dans la Province de Québec créent des circonstances exceptionnelles, ayant des impacts sur les activités de recherche, notamment leur évaluation et leur conduite. Dans ce contexte, la conduite de cette étude doit être alignée sur les lignes directrices spécifiques en vigueur au CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et dans chaque établissement participant respectif, le cas échéant.

La présente autorisation doit être antérieure à la date du renouvellement de l'approbation éthique du projet par le CER du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et sera renouvelée sans autre procédure à la date de renouvellement de l'approbation éthique du projet par le CER.

Veillez agréer, Dr. Gélinas, l'expression de nos sentiments les plus distingués,



Cindy Starnino

Directrice des Affaires académiques | Director of Academic Affairs

Personne mandatée par l'établissement pour autoriser la réalisation des projets de recherche
CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal | CIUSSS West-Central Montreal

Formulaire de demande de modification à un projet de recherche - HARMONISÉ

Protocol title: **Pandémie COVID-19: Ensemble pour des infirmières et infirmières auxiliaires en santé et des soins sécuritaires et de qualité**

Numéro(s) de projet : 2021-2451

Formulaire : F1H-28760

Identifiant Nagano : COVID-19 OIIQ

Date de dépôt initial du formulaire : 2022-03-11

Chercheur principal (au CER Éval) : Dr. Céline Gélinas, Ph.D.

Date de dépôt final du formulaire : 2022-03-11

Date d'approbation du projet par le CER : 2020-07-10

Statut du formulaire : Formulaire complet

Revue et Décision- Bureau d'Examen de la Recherche

1. **CCOMTL sous-comités du Comité d'éthique de la recherche**
Médicale-biomédicale (MBM)

2. **Décision du CÉR:**
Approuvée - Évaluation déléguée par le comité
Veillez prendre note que cette approbation s'applique également aux établissements suivant:
CIUSSS-COMTL

3. **Document(s) approuvé(s) par le CÉR**
[Projet OIIQ-OIIAQ COVID_protocole_amendment_v4_10.3.22_titres.doc](#)

Renseignements généraux

1. **Indiquez, en français, le titre complet du projet de recherche.**

Pandémie COVID-19: Ensemble pour des infirmières et infirmières auxiliaires en santé et des soins sécuritaires et de qualité

2. **Indiquez, en anglais, le titre complet du projet de recherche**

COVID-19 pandemic: Together for the health of nurses and licensed practical nurses and safe, quality care

3. **Indiquez le nom du chercheur responsable dans notre site (établissement)**

Gélinas, Céline

Statut de l'étude

1. La demande touche:

l'ensemble des sites

Indiquez le statut du projet

Projet en cours dont le recrutement est terminé pour tous les établissements

Détails de la modification

1. Indiquez la nature de la demande de modification

Modification du protocole

Oui

Précisez la nouvelle version/date:

V4

Veuillez joindre le protocole modifié.

[Projet OIIQ-OIIAQ COVID_protocole_amendment_v4_10.3.22_titres.doc](#)

Modification de la brochure de l'investigateur ou de la monographie du produit

Non

Modification du formulaire d'information et de consentement

Non

Ajout d'un formulaire d'information et de consentement

Non

Modification (ou ajout) des documents utilisés pour le recrutement des participants

Non

Modification aux questionnaires ou aux autres documents de recherche à remettre aux participants

Non

Ajout d'un questionnaire ou d'autres documents de recherche à remettre aux participants

Non

Modification de l'équipe de recherche

Oui

Indiquez de quel type de changement il s'agit

Autre

Précisez

Ajout de collaborateurs et description de leurs rôles.
Mise à jour des titres.

Modification du financement

Non

Autre modification, précisez

Non

2. **Veillez résumer la ou les modification(s) apportées(s)**

Veillez résumer la ou les modification(s) apportée(s)

- mise à jour du titre de la chercheuse principale
- mise à jour du titre de la co-chercheuse (Mélanie Lavoie-Tremblay)
- ajout de deux collaborateurs (Yao Séna Atitso & Isabelle St-Pierre)
- ajout de la description des rôles des membres de l'équipe

Veillez justifier la nécessité de cette (ces) modification(s)

Les collaborateurs ajoutés seront responsables d'analyses statistiques en lien avec l'objectif 5 de l'étude. Plus précisément, ils vont explorer les relations entre le statut d'emploi du personnel infirmier, la peur de la COVID-19, la satisfaction au travail et l'intention de quitter.

Informations supplémentaires

Il s'agit de données anonymes.

3. **Cette modification nécessite-t-elle une approbation de Santé Canada?**

Non

Veillez expliquer pourquoi l'autorisation de Santé Canada n'est pas nécessaire

- Ce projet n'est pas un essai clinique régi par le réglementation de Santé Canada (Titre 5)
- Essai clinique sous la réglementation de Santé Canada mais la présente modification ne nécessite pas une nouvelle décision de cette instance (NOL/autorisation)

4. **Est-ce que cette modification touche les participants?**

Non

5. **La modification a-t-elle un impact sur d'autres types d'évaluations spécifiques à l'établissement? (ex. utilisation des ressources, contrat, budget, pharmacie, etc.)**

Non

Veillez justifier pourquoi cet modification n'a pas d'impact sur la convenance institutionnelle de ce project.

Aucun impact puisque l'amendement concerne l'étape d'analyse des données

Signature

1. **Inscrivez ici toute information additionnelle confidentielle que vous souhaitez transmettre UNIQUEMENT au bureau du CÉR évaluateur.**

2. **J'atteste que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts.**

Robin Kagie
2022-03-11 14:07



Formulaire de demande de renouvellement de l'approbation éthique

Titre du protocole : **Le statut d'emploi (temps plein/temps partiel) et son influence sur les attitudes (satisfaction au travail et le bien-être affectif) et le comportement (intention de quitter) des employés au travail chez les infirmières au Québec dans le contexte général de la pandémie de la COVID-19**

Numéro(s) de projet : **2022-2213**

Formulaire : **F9-15805**

Identifiant Nagano : **Statut d'emploi & Infirmière**

Date de dépôt initial du formulaire :
2025-03-17

Chercheur principal (au CER Éval) : **Yao Séna Atitso**

Date de dépôt final du formulaire : **2025-03-17**

Date d'approbation du projet par le CER : **2022-03-29**

Statut du formulaire : **Formulaire approuvé**

Suivi du BCER

1.

OBJET: RENOUELEMENT DE L'APPROBATION ÉTHIQUE

2.

Statut de la demande:

Demande approuvée

À la suite du dépôt de votre formulaire de renouvellement, le comité d'éthique de la recherche de l'UQO constate le bon déroulement du projet et vous autorise à poursuivre vos activités de recherche pour une période d'un an.

Le renouvellement de votre approbation éthique est valide jusqu'au:

2026-03-29

RENOUVELLEMENT ANNUEL: Pour maintenir la validité de votre approbation éthique, vous devez obtenir le renouvellement de votre approbation éthique à l'aide du formulaire F9, et ce avant la date d'échéance. Un rappel automatique vous sera envoyé par courriel quelques semaines avant l'échéance de votre approbation éthique.

MODIFICATION: Si des modifications sont apportées à votre projet de recherche, vous devez soumettre les modifications au CER, et ce, AVANT la mise en œuvre de ces modifications en complétant le formulaire F8 - Demande de modification au projet de recherche.

FIN DE PROJET: Vous devez remplir le formulaire F10-Rapport final afin d'informer le CER de la fin de votre projet de recherche.

3.

La demande a été traitée par :

Caroline Tardif

date de traitement:

2025-03-17

Section A: Identification

1. **Veillez indiquer le titre complet du projet de recherche.**

Quel est le titre du projet?

Le statut d'emploi (temps plein/temps partiel) et son influence sur les attitudes (satisfaction au travail et le bien-être affectif) et le comportement (intention de quitter) des employés au travail chez les infirmières au Québec dans le contexte général de la pandémie de la COVID-19



Formulaire de demande de renouvellement de l'approbation éthique

Titre du protocole : **Le statut d'emploi (temps plein/temps partiel) et son influence sur les attitudes (satisfaction au travail et le bien-être affectif) et le comportement (intention de quitter) des employés au travail chez les infirmières au Québec dans le contexte général de la pandémie de la COVID-19**

Numéro(s) de projet : **2022-2213**

Identifiant Nagano : **Statut d'emploi & Infirmière**

Chercheur principal (au CER Éval) : **Yao Séna Atitso**

Date d'approbation du projet par le CER : **2022-03-29**

Formulaire : **F9-13275**

Date de dépôt initial du formulaire : **2024-03-10**

Date de dépôt final du formulaire : **2024-03-10**

Statut du formulaire : **Formulaire approuvé**

Suivi du BCER

1. *OBJET: RENOUELEMENT DE L'APPROBATION ÉTHIQUE*

2.

Statut de la demande:

Demande approuvée

À la suite du dépôt de votre formulaire de renouvellement, le comité d'éthique de la recherche de l'UQO constate le bon déroulement du projet et vous autorise à poursuivre vos activités de recherche pour une période d'un an.

Le renouvellement de votre approbation éthique est valide jusqu'au:

2025-03-29

RENOUVELLEMENT ANNUEL: Pour maintenir la validité de votre approbation éthique, vous devez obtenir le renouvellement de votre approbation éthique à l'aide du formulaire F9, et ce avant la date d'échéance. Un rappel automatique vous sera envoyé par courriel quelques semaines avant l'échéance de votre approbation éthique.

MODIFICATION: Si des modifications sont apportées à votre projet de recherche, vous devez soumettre les modifications au CER, et ce, AVANT la mise en œuvre de ces modifications en complétant le formulaire F8 - Demande de modification au projet de recherche.

FIN DE PROJET: Vous devez remplir le formulaire F10-Rapport final afin d'informer le CER de la fin de votre projet de recherche.

3.

La demande a été traitée par :

Caroline Tardif

date de traitement:

2024-03-11

Section A: Identification

1. **Veillez indiquer le titre complet du projet de recherche.**

Quel est le titre du projet?

Le statut d'emploi (temps plein/temps partiel) et son influence sur les attitudes (satisfaction au travail et le bien-être affectif) et le comportement (intention de quitter) des employés au travail chez les infirmières au Québec dans le contexte général de la pandémie de la COVID-19



Formulaire de demande de renouvellement de l'approbation éthique

Titre du protocole : **Le statut d'emploi (temps plein/temps partiel) et son influence sur les attitudes (satisfaction au travail et le bien-être affectif) et le comportement (intention de quitter) des employés au travail chez les infirmières au Québec dans le contexte général de la pandémie de la COVID-19**

Numéro(s) de projet : **2022-2213**

Formulaire : **F9-10603**

Identifiant Nagano : **Statut d'emploi & Infirmière**

Date de dépôt initial du formulaire :
2023-03-08

Chercheur principal (au CER Éval) : **Yao Séna Atitso**

Date de dépôt final du formulaire : **2023-03-08**

Date d'approbation du projet par le CER : **2022-03-29**

Statut du formulaire : **Formulaire approuvé**

Suivi du BCER

1.

OBJET: RENOUELEMENT DE L'APPROBATION ÉTHIQUE

2.

Statut de la demande:

Demande approuvée

À la suite du dépôt de votre formulaire de renouvellement, le comité d'éthique de la recherche de l'UQO constate le bon déroulement du projet et vous autorise à poursuivre vos activités de recherche pour une période d'un an.

Le renouvellement de votre approbation éthique est valide jusqu'au:

2024-03-29

RENOUVELLEMENT ANNUEL: Pour maintenir la validité de votre approbation éthique, vous devez obtenir le renouvellement de votre approbation éthique à l'aide du formulaire F9, et ce avant la date d'échéance. Un rappel automatique vous sera envoyé par courriel quelques semaines avant l'échéance de votre approbation éthique.

MODIFICATION: Si des modifications sont apportées à votre projet de recherche, vous devez soumettre les modifications au CER, et ce, AVANT la mise en œuvre de ces modifications en complétant le formulaire F8 - Demande de modification au projet de recherche.

FIN DE PROJET: Vous devez remplir le formulaire F10-Rapport final afin d'informer le CER de la fin de votre projet de recherche.

3.

La demande a été traitée par :

Caroline Tardif

date de traitement:

2023-03-09

Section A: Identification

1. **Veillez indiquer le titre complet du projet de recherche.**

Quel est le titre du projet?

Le statut d'emploi (temps plein/temps partiel) et son influence sur les attitudes (satisfaction au travail et le bien-être affectif) et le comportement (intention de quitter) des employés au travail chez les infirmières au Québec dans le contexte général de la pandémie de la COVID-19