

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PAR  
VERONICA LIVIA TAVALICA

LES RÉPERCUSSIONS PERÇUES DES POLITIQUES EN PRÉVENTION ET  
CONTRÔLE DES INFECTIONS SUR LES MANIFESTATIONS DU STRESS CHEZ  
LES INFIRMIÈRES HOSPITALIÈRES DU QUÉBEC  
DURANT LA PANDÉMIE DE LA COVID-19

9 AVRIL 2026

Université du Québec en Outaouais

Maitrise en sciences infirmières

Programme offert à l'Université du Québec en Outaouais

Ce mémoire intitulé :

Les répercussions perçues des politiques en prévention et contrôle des infections  
sur les manifestations du stress chez les infirmières hospitalières du Québec durant la  
pandémie de la Covid-19

Présenté par Veronica Livia Tavalica

Évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Therrien, Dominique, inf., Ph. D., M.A., M. Sc. Président du jury

Villeneuve, Jasmin, MD, Membre du jury

Tchouaket, Éric Nguemeleu, Ph. D., Professeur titulaire, Directeur de mémoire

Ntanda, Gisèle Mandiangu, Ph. D., Professeure adjointe, Codirectrice de mémoire

## Sommaire

La pandémie de la Covid-19 a entraîné des changements fréquents dans les directives de prévention et contrôle des infections (PCI) (Dubois et al., 2022). Ces changements rapides ont contribué à un climat organisationnel fragile en milieu hospitalier et ont été associés à une augmentation du stress chez le personnel soignant (Brophy et al., 2021; Maina et al., 2020). La littérature canadienne indique que peu d'études explorent spécifiquement le point de vue des infirmières<sup>1</sup> hospitalières face à cette problématique (Alami et al., 2021; Brophy et al., 2021; Dubois et al., 2022; Perron et al., 2020). Cette étude vise à combler cette lacune en examinant les effets des politiques de PCI appliquées au Québec sur les manifestations de stress des infirmières hospitalières pendant la pandémie.

Il s'agit d'une recherche exploratoire qualitative menée auprès de 20 infirmières sélectionnées par choix raisonné, avec des données recueillies via des entrevues semi-dirigées. Les résultats révèlent que certaines politiques et protocoles en PCI ont contribué à augmenter le stress et ses manifestations. Les participants ont parfois évoqué la difficulté à comprendre ou à s'ajuster aux directives et à faire face aux changements fréquents dans les protocoles entourant certaines procédures. Ces éléments, ainsi que la surcharge de travail ont amplifié le stress perçu par les infirmières (Ball et al., 2023; Brophy et al., 2021; Dubois et al., 2022; El-Hage et al., 2020).

---

<sup>1</sup> Le féminin a été utilisé pour alléger le texte, en tenant compte de la grande majorité des femmes dans cette profession.

À partir de ces constats, plusieurs recommandations sont formulées afin d'améliorer les pratiques de PCI et de mieux soutenir le personnel infirmier : renforcer les infrastructures hospitalières, harmoniser les pratiques administratives, garantir la disponibilité des équipements de protection, uniformiser la communication, offrir des formations continues, gérer proactivement les charges de travail et diversifier les formes de soutien psychologique. Ces mesures visent à réduire le stress, à favoriser un environnement de travail sécurisant et à renforcer le bien-être des infirmières en contexte de crise sanitaire.

**Mots-clés** : infirmières, milieu hospitalier, manifestations du stress, pandémie de Covid-19, politiques et directives en prévention et contrôle des infections, support psychologique, modèle de Karasek and Theorell (1990), cadre conceptuel de Norful et al. (2021), recherche qualitative

## Table des matières

<b>Sommaire.....</b>	<b>iii</b>
<b>Table des matières .....</b>	<b>v</b>
<b>Liste des tableaux.....</b>	<b>viii</b>
<b>Liste des figures.....</b>	<b>ix</b>
<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>Problématique .....</b>	<b>5</b>
Contexte social.....	6
Lacunes et pertinence de la recherche .....	11
But et objectifs de la recherche.....	14
<b>Recension des écrits .....</b>	<b>16</b>
La définition des concepts .....	17
Analyse documentaire des normes, politiques et directives en PCI .....	23
Revue de la littérature scientifique sur l'influence des mesures en PCI sur le stress des infirmières en période de pandémie de la Covid-19 .....	28
Synthèse de la recension des écrits .....	40
<b>Cadre conceptuel .....</b>	<b>43</b>
Historique .....	44
Choix du modèle.....	46
Application du modèle.....	46
Questions de recherche .....	49
<b>Méthodologie .....</b>	<b>51</b>

Devis de recherche.....	52
Population cible et échantillon.....	53
Stratégies d'échantillonnage et de recrutement .....	55
Milieu de l'étude.....	57
Déroulement de l'étude.....	58
Collecte des données et outils.....	59
Validation du contenu et prétest des outils de collecte des données .....	63
Analyse des données.....	64
Critères de scientificité .....	70
Aspects éthiques .....	72
<b>Résultats.....</b>	<b>73</b>
Profil sociodémographique des participants .....	74
Résultats de l'analyse thématique.....	82
Synthèse des résultats .....	116
<b>Discussion .....</b>	<b>117</b>
Analyse des attributs descriptifs .....	118
Les enjeux générateurs de stress pendant la pandémie et leurs répercussions chez les infirmières .....	125
Recommandations pour l'amélioration de la prévention et contrôle des infections.....	137
Analyse des facteurs pouvant contribuer à l'amélioration de la résilience .....	144

Retombées de l'étude dans la pratique clinique, la formation, la recherche la gestion et la politique .....	151
Forces et limites de l'étude .....	157
<b>Conclusion .....</b>	<b>162</b>
<b>Références.....</b>	<b>166</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>179</b>
ANNEXE A Directives publiées pendant la pandémie de la Covid-19 .....	180
ANNEXE B Résumé des articles retenus dans la recension des écrits .....	192
ANNEXE C Affiche et lettre de recrutement .....	236
ANNEXE D Questionnaire sociodémographique .....	239
ANNEXE E Guide d'entrevue.....	241
ANNEXE F Rapport post-entrevue .....	244
ANNEXE G Journal de bord .....	246
ANNEXE H Formulaire de consentement .....	247
ANNEXE I Certificat d'approbation éthique .....	252

## Liste des tableaux

<b>Tableau 1</b> .....	29
La méthode PICOT .....	29
<b>Tableau 2</b> .....	48
Thèmes et sous-thèmes de l'étude de Norful et al. (2021).....	48
<b>Tableau 3</b> .....	61
L'adaptation du modèle de Norful et al. (2021).....	61
<b>Tableau 4</b> .....	62
Sous-thèmes pour la conception du guide d'entrevue.....	62
<b>Tableau 5</b> .....	65
Les attributs de classification des cas en NVivo 15 <sup>®</sup> .....	65
<b>Tableau 6</b> .....	77
Le stress en fonction des caractéristiques démographiques .....	77
<b>Tableau 7</b> .....	78
La disponibilité des équipes en PCI par quart de travail.....	78
<b>Tableau 8</b> .....	80
Le niveau de satisfaction des infirmières selon le milieu .....	80

## Liste des figures

<b>Figure 1</b> .....	19
<i>Les types du stress</i> .....	19
<b>Figure 2</b> .....	24
<i>La pyramide structurant la hiérarchie des mesures en PCI</i> .....	24
<b>Figure 3</b> .....	31
<i>Diagramme de flux</i> .....	31
<b>Figure 4</b> .....	37
<i>L'utilisation prolongée et la réutilisation des respirateurs N95</i> .....	37
<b>Figure 5</b> .....	39
<i>La perte d'efficacité d'un respirateur N95 lors de la réutilisation</i> .....	39
<b>Figure 6</b> .....	45
<i>Modèle de Karasek et Theorell (1990)</i> .....	45
<b>Figure 7</b> .....	69
<i>Carte thématique</i> .....	69
<b>Figure 8</b> .....	75
<i>Répartition de l'échantillon en fonction de l'âge, sexe, expérience de travail, niveau de scolarité et situation familiale</i> .....	75
<b>Figure 9</b> .....	76
<i>Répartition de l'échantillon en fonction du quart de travail, type de poste, milieu clinique, type d'organisation et centre hospitalier</i> .....	76

## **Introduction**

Pendant les trois ans de la pandémie de la Covid-19, mais plus particulièrement lors des premières vagues en 2020, les consignes en prévention et contrôle des infections (PCI) ont changé constamment, parfois même plusieurs fois dans une même journée, en milieu hospitalier (Perron et al., 2020). Les consignes et directives étaient fréquemment contradictoires et n'étaient pas systématiquement transmises d'un quart de travail à l'autre (Dubois et al., 2022). De ce fait, au lieu de sécuriser les équipes de travail, qui étaient déjà démoralisées et anxieuses face à la pandémie, ces consignes contribuaient à accentuer la confusion générale (Franklin & Gkiouleka, 2021). Pour les soignants, la science derrière la PCI représentait la lueur de l'espoir, l'arme la plus puissante de l'arsenal, pour se protéger contre ce virus qui avait bouleversé la planète entière. Cependant, dans certains milieux où l'accès aux équipements de protection individuelle (ÉPI) était limité, des pratiques de réutilisation du matériel ont été envisagées ou mises en place, surtout lors de la première vague de la pandémie. Cette situation a contribué à amplifier le sentiment d'insécurité chez plusieurs soignants, qui se sont alors sentis particulièrement exposés au risque d'infection (Brophy et al., 2021), bien que les contextes aient varié selon les provinces.

Les niveaux d'anxiété touchaient alors des sommets inconcevables parmi les travailleurs de la santé et ces derniers se sentaient abandonnés, laissés à eux-mêmes (Perron et al., 2020). La peur et l'anxiété générées par ces pratiques inattendues avaient poussé beaucoup d'infirmières vers l'anxiété et l'épuisement professionnel, et même vers l'abandon de la profession (Wood et al., 2022).

Le cadre conceptuel utilisé dans la présente étude représente une version adaptée à la recherche qualitative par Norful et al. (2021) du modèle de l'interaction de l'individu avec son environnement de travail de Karasek and Theorell (1990). Cette adaptation (Norful et al., 2021) a été utilisée dans le but d'éclaircir la compréhension de la mesure dans laquelle certains facteurs liés à l'environnement de travail sont capables de générer des manifestations de stress chez les individus. Pour la recherche en cours, ce modèle a été choisi afin d'examiner les liens existants entre le contexte de travail des infirmières pendant la pandémie de Covid-19 et certains éléments des politiques et directives PCI considérés susceptibles d'augmenter le risque de développer diverses manifestations reliées au stress.

L'étude comporte un devis qualitatif descriptif rétrospectif à visée exploratoire et la stratégie d'analyse des données retenue a été l'analyse de contenu thématique de Braun and Clarke (2006), assistée par le logiciel NVivo 15<sup>®</sup>. L'échantillonnage a été non probabiliste par choix raisonné et l'échantillon a été composé de 20 infirmiers et infirmières œuvrant sur divers départements du milieu hospitalier (médecine, cardiologie, pneumologie, urgence, soins intensifs, etc.) sélectionnés dans plusieurs hôpitaux du Québec. La collecte des données a été effectuée via des entrevues semi-dirigées réalisées par l'entremise de la plateforme Zoom<sup>®</sup>, selon un guide d'entrevue conçu en utilisant l'adaptation de Norful et al. (2021) du modèle de Karasek and Theorell (1990). Au final, les retombées du projet ont été examinées selon les cinq axes constituant la discipline infirmière : la pratique clinique; la formation; la recherche; la gestion; et la politique. Ces stratégies de collecte et d'analyse des données ont été utilisées dans le but d'explorer des

voies d'amélioration des volets PCI et support psychologique, en vue de mieux préparer des évènements similaires.

Ce mémoire est composé de six chapitres. Dans le premier chapitre, *Problématique*, le problème de recherche est expliqué et le contexte présenté, afin de mieux saisir l'ampleur du phénomène à l'étude. Par la suite, une présentation des lacunes et des éléments justifiant la pertinence de la recherche, le but et les objectifs concluent le chapitre. Le deuxième chapitre, *Recension des écrits*, comprend les définitions des concepts utilisés dans la recherche et une analyse documentaire des politiques en PCI au Québec entre 2020 et 2023. Ce chapitre comporte également une revue de la littérature scientifique portant sur les enjeux de la PCI pendant la pandémie de Covid-19 et sur les diverses manifestations psychologiques des travailleurs de la santé à cette époque. Dans le troisième chapitre, *Cadre de référence*, le modèle de Karasek and Theorell (1990), ainsi que l'adaptation du modèle de Norful et al. (2021) sont présentés, aux fins d'applicabilité dans ce projet de recherche. Le quatrième chapitre, *Méthodologie*, comprend une description de l'approche méthodologique utilisée, en partant du choix du devis jusqu'à l'analyse des données. Toujours dans ce chapitre, sont présentés aussi les critères de scientificité et les aspects éthiques de la recherche. Le cinquième chapitre, *Résultats*, présente un portrait sociodémographique des participants, ainsi que les résultats de l'analyse qualitative. Ces résultats sont ensuite interprétés dans le sixième chapitre, *Discussion*. Les retombées de cette recherche selon les cinq axes de la profession infirmière, ainsi que les forces et limites de l'étude concluent ce dernier chapitre.

## **Problématique**

Ce chapitre éclaire la compréhension du problème initial, soit celui relevant les manifestations du stress générées par l'application des politiques en PCI chez les infirmières durant la pandémie de la Covid-19. Une présentation du contexte social est essentielle pour saisir l'ampleur du phénomène à l'étude. Par la suite, les lacunes et les éléments démontrant la pertinence de cette recherche sont présentés. Le but et les objectifs de la recherche concluent ce chapitre.

### **Contexte social**

Tout d'abord, par PCI, on distingue les pratiques et les procédures fondées sur des données probantes de prévention et de contrôle de la propagation des infections en milieu de soins de santé (MSSS, 2017).

La crise sanitaire de la Covid-19, qui a secoué le monde entier récemment, a révélé un lot de problèmes dans les différents milieux de la santé à travers le monde. Au Québec, dans ce même contexte sociosanitaire, les directives et les consignes en PCI ont manqué souvent de clarté, selon le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (2020). Ce manque de clarté a engendré une ambiance anxieuse et chaotique en milieu clinique (Brophy et al., 2021; Perron et al., 2020). Les directives en PCI se sont succédées à un rythme frénétique, n'offrant pas suffisamment de temps aux infirmières à assimiler, à comprendre ou à s'habituer avec les nouveaux protocoles (MSSS, 2020). Les décisions ont été prises sans tenir compte des équipes du terrain et sans avoir une rétroaction sur leur applicabilité réelle. Souvent, les travailleurs de première ligne n'étaient pas informés

des nouvelles directives en place et tentaient à se conformer aux directives de la veille, même si celles-ci étaient déjà annulées ou obsolètes (Perron et al., 2020).

Par exemple, un rapport diagnostique concernant la gestion de la première vague de la pandémie de Covid-19 dans la région de Montréal mentionne plusieurs lacunes, notamment par rapport à l'absence de mises à jour des directives, au manque d'infrastructure d'intervention en PCI et au manque de formation du personnel (MSSS, 2020). Toujours dans ce rapport, il est mentionné que plusieurs dirigeants des établissements ne considéraient pas le volet PCI comme prioritaire, mais plutôt comme « un obstacle à l'efficacité du processus » (MSSS, 2020, p. 29). Par rapport aux équipements de protection individuelle (ÉPI), le rationnement de certains équipements avait « augmenté le risque de propagation du virus » (MSSS, 2020, p. 29). D'ailleurs, le MSSS reconnaît le fait que « la perception, réelle ou appréhendée, du manque d'ÉPI dans les milieux chauds a aussi été, de l'avis de tous, une source importante de stress pour les gestionnaires et le personnel » (MSSS, 2020, p. 29). En ce qui concerne les politiques ministérielles durant la pandémie de Covid-19, elles ont été qualifiées comme « nombreuses, peu espacées dans le temps, parfois contradictoires et, dans certains cas, mal arrimées avec la réalité du terrain » (MSSS, 2020, p. 30). Des propos similaires par rapport aux lacunes dans la gestion de la première vague de la pandémie de Covid-19 au Québec ressortent également de l'article d'Alami et al. (2021). Les auteurs soulignent les contradictions dans les directives communiquées par les autorités aux établissements de santé. De surcroît, Alami et al. (2021) exposent le manque d'équipements de protection individuelle (ÉPI), combiné à l'utilisation prolongée de ces derniers dans certaines

organisations, tout en insistant sur l'importance de fournir des formations accélérées sur les pratiques cliniques et la gestion des patients atteints de la Covid-19. Cependant, il est important de souligner le fait que plusieurs de ces enjeux ont été progressivement atténués au cours des vagues pandémiques subséquentes, lorsque les organisations de santé ont adapté leurs pratiques et renforcé leurs capacités de réponse (Beaulieu et al., 2022).

D'une part, il y avait une vraie rafale des directives qui étaient prises de manière unilatérale, sans consultation préalable des infirmières (Perron et al., 2020). D'autre part, il y avait un manque de support accru par rapport à la mise en application de ces nouvelles directives (Franklin & Gkiouleka, 2021). D'ailleurs, Perron et al. (2020) avaient exposé le manque de communication, de formation et de cohérence dans les informations données aux infirmières. Ces mêmes auteurs dénonçaient, entre autres, un stress important dû au manque de consignes cohérentes et aux changements trop rapides des directives. Mise à part la communication déficiente, les infirmières ne se sentaient pas en sécurité au travail, à cause de limitations en équipement de protection individuelle (ÉPI). Lors de la première vague de la pandémie, le manque d'accès aux équipements de protection individuelle (ÉPI) a parfois conduit à l'utilisation d'équipements non réglementés, improvisés ou acquis en dehors du réseau. Dans certaines situations, ce matériel a également été confectionné de manière artisanale, à partir de consignes ou de tutoriels largement diffusés sur les médias sociaux de l'époque, phénomène qui a été rapporté par plusieurs études internationales (Ball et al., 2023; Hill et al., 2022). De surcroît, plusieurs études (Hill et al., 2022; Hoernke et al., 2021; Perron et al., 2020) concluaient que le déclassement des

pratiques exemplaires en PCI par rapport à l'utilisation des équipements de protection individuelle (ÉPI) représentait une source majeure d'anxiété.

Par la suite, en recensant des écrits scientifiques, l'ampleur du phénomène a été constatée au niveau mondial. Par exemple, une étude quantitative transversale effectuée en Chine par Lu et al. (2020) pendant la première année de la pandémie de Covid-19, mesurait les niveaux d'anxiété et de dépression chez 2299 soignants œuvrant en contexte pandémique, à l'aide des différentes échelles d'évaluation, comme Hamilton Anxiety Scale (HAMA) et Hamilton Depression Scale (HAMD). L'étude révélait le fait que le personnel clinique travaillant en milieu hospitalier était deux fois plus susceptible de souffrir d'anxiété et de dépression que le personnel n'étant pas en contact direct avec les patients (Lu et al., 2020).

Ensuite, un autre exemple à l'échelle internationale a été présenté par une étude quantitative transversale effectuée en Inde par Sarma et al. (2020). Dans ce cas, les chercheurs analysaient l'état des travailleurs de la santé confrontés à un manque d'ÉPI, de directives claires ou d'une formation adéquate en PCI. L'étude concluait que la grande majorité des soignants questionnés s'inquiétait de l'absence des protocoles concrets de prise en charge des patients et du manque d'ÉPI.

Pour continuer, toujours à l'international, une étude à devis mixte effectuée en Grande-Bretagne par Wood et al. (2022) tentait à comprendre les expériences des infirmières en pratique avancée du Royaume-Uni pendant la pandémie de Covid-19, en relation avec leur sécurité, la pénurie d'ÉPI et la rétention du personnel. La conclusion de l'étude soulignait le fait que la pénurie d'ÉPI ou des directives claires en PCI pendant une

pandémie représentait un facteur de développement de séquelles de santé mentale (Wood et al., 2022).

En ce sens, au Québec, dans un rapport publié par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) en 2021 sur les travailleurs de la santé durant les premières vagues de la pandémie de la Covid-19 (2020 - 2021), la prévalence de la détresse psychologique était de 48,1 %, tandis qu'en 2014 - 2015, la prévalence se situait à 27,6 % (INSPQ, 2021).

Par contre, l'arrivée de la pandémie de la Covid-19 a également exercé des influences positives dans certains milieux, où du stress avait émergé une solidarité hors du commun parmi les infirmières. En ce sens, les participants d'une étude effectuée aux États-Unis par Norful et al. (2021) avaient affirmé que la tension accrue due à la Covid-19 a incité le personnel à s'entraider davantage.

Dans le but de clarifier les différences entre les notions de « stress » et de « détresse psychologique », dans le contexte de cette étude, le stress a été présenté comme un phénomène dichotomique : le stress positif ou *l'eustress*, et le stress négatif ou *la détresse psychologique* (en Anglais « *distress* »). L'eustress ou le stress positif aide l'individu à traverser avec succès les défis de la vie et à renforcer sa résilience. Norful et al. (2021) faisaient référence à ce type de stress, en observant les facteurs favorisant le renforcement de la résilience. Parmi ces facteurs, il est pertinent de nommer les stratégies d'adaptation, la solidarité des travailleurs et le support social. Quant au côté négatif du stress ou la détresse psychologique, celle-ci est nuisible et englobe diverses manifestations ou complications, autant sur le plan de la santé psychologique, comme l'anxiété, la

dépression, l'épuisement professionnel (burnout) ou l'idéation suicidaire, que sur le plan socioprofessionnel, comme l'absentéisme ou l'abandon de la profession. Selon Thekkumpurath et al. (2008) le concept de la détresse psychologique englobe un large éventail des troubles psychologiques plus complexes, comme la dépression et les troubles anxieux. D'ailleurs, selon Camirand and Nanhou (2008, p. 1), la détresse psychologique résulte « d'un ensemble d'émotions négatives qui, lorsqu'elles sont vécues avec persistance chez un individu, peuvent entraîner des conséquences de santé importantes, telles que la dépression et l'anxiété ». Dans cette optique, la présente étude analyse les deux facettes du stress, autant l'eustress que la détresse psychologique, afin de découvrir comment les politiques en PCI les ont influencées.

Pour clore, en tenant compte du contexte présenté, l'intérêt de la présente recherche porte sur les liens existant entre l'incohérence des directives en PCI (Dubois et al., 2022), le déclassement des pratiques exemplaires (Hill et al., 2022), le manque d'équipements de protection individuelle (Hoernke et al., 2021) et les effets d'une telle conduite sur les infirmières en milieu hospitalier (El-Hage et al., 2020).

### **Lacunes et pertinence de la recherche**

Suite à la recension des articles scientifiques – présentée dans le prochain chapitre – plusieurs lacunes ont été répertoriées.

Premièrement, la plupart des articles recensés ne mettaient pas l'accent sur les infirmières (Alami et al., 2021; Alnazly et al., 2021; Alyahya et al., 2023; Bellemare et al., 2024; Birihaane et al., 2020; Boucher et al., 2023; Brophy et al., 2021; Burnett et al.,

2023; Butun, 2024; Cai et al., 2020; Chavan et al., 2024; Corradi-Dell'Acqua et al., 2024; Darwish et al., 2022; Delgado et al., 2020; Dubois et al., 2022; El-Hage et al., 2020; Fisher & King, 2013; Franklin & Gkiouleka, 2021; Gonzalez et al., 2022; Greene et al., 2023; Hammer et al., 2024; Hill et al., 2022; Hoernke et al., 2021; Laurent et al., 2021; Maina et al., 2020; McGarry et al., 2020; Moyo et al., 2022; Narapaka et al., 2024; Norful et al., 2021; Robinson et al., 2023; Sarma et al., 2020; Sharma et al., 2020; Stuijzand et al., 2020; Styra et al., 2022; Wang et al., 2024). Les participants dans la majorité de ces recherches étaient les travailleurs de la santé en général (médecins, infirmières et infirmières auxiliaires, préposés aux bénéficiaires, agents de bureau, travailleurs à l'entretien ménager, gestionnaires, etc.). Seulement sept articles sur les 43 articles analysés portaient uniquement sur les infirmières. De ce fait, la majorité des écrits ne fournissait pas nécessairement un point de vue spécifique aux infirmières. Dans ce cas, il s'agissait d'une lacune de type *population gap*, selon la classification des lacunes en recherche effectuée par Robinson et al. (2011). Alors, il y avait un intérêt à réaliser cette étude, afin de regarder le phénomène en question à travers le prisme spécifique des infirmières.

Deuxièmement, seulement un quart des articles recensés (14 articles sur les 43 analysés) se concentraient sur les milieux hospitaliers. Cependant, même les études qui se référaient aux milieux hospitaliers n'analysaient pas ces milieux dans leur globalité, en se référant plutôt à des environnements de soins spécifiques, comme les soins intensifs ou l'urgence. De ce fait, ces recherches ne fournissaient pas une vision d'ensemble sur le milieu hospitalier. Dans ce cas, il s'agissait d'une lacune de type *knowledge gap*, selon la

définition donnée par Miles (2017). À ces fins, il y avait un intérêt à réaliser cette étude qui mettait l'accent sur les milieux des soins hospitaliers en général.

Troisièmement, un peu plus de la moitié des études parmi celles recensées faisait un lien entre les enjeux en PCI et certaines manifestations du stress chez les travailleurs de la santé (27 articles sur les 43 analysés). Cependant, les articles investigués mettaient l'accent seulement sur quelques manifestations du stress, sans les répertorier ou les analyser dans leur ensemble. Ainsi, les conséquences psychologiques dérivant directement des politiques en PCI sur les infirmières font encore partie d'un phénomène moyennement investigué. Bien qu'il ne s'agit pas nécessairement d'une lacune de type *knowledge gap*, dans le sens proposé par Miles (2017), le phénomène constitue néanmoins un point d'intérêt à explorer davantage.

Quatrièmement, peu d'études effectuées au Québec (cinq études sur les 43 recensées) touchaient les manifestations du stress chez les travailleurs de la santé pendant la pandémie de la Covid-19. Toutefois, le stress vécu par ces derniers durant la pandémie a représenté une grave problématique au niveau mondial et le Québec n'a pas échappé à cette réalité. Cependant, il est essentiel de souligner le fait que ce stress pouvait être associé à plusieurs facteurs concomitants, comme la situation pandémique elle-même, les changements organisationnels rapides ainsi que l'évolution constante des politiques en PCI. De ce fait, la différenciation entre le stress aigu lié à la crise sanitaire et les manifestations de stress associées à l'adaptation aux politiques en PCI est complexe et assez peu documentée dans les écrits scientifiques.

De surcroît, la pandémie a également accentué certaines contraintes organisationnelles, comme la disponibilité variable de ressources spécialisées en PCI pour soutenir l'application des directives dans les milieux de santé. Dans ce cas, il s'agissait encore d'une lacune de type *population gap*, selon la définition donnée par Robinson et al. (2011), fait qui a appuyé la pertinence de la présente recherche.

En conclusion, la présente recherche s'est concentrée sur l'apport de nouvelles connaissances aux écrits scientifiques existants, en y ajoutant des détails et/ou des précisions autant par rapport à la vision spécifique des infirmières sur ce sujet, que par rapport au milieu hospitalier québécois dans son ensemble, milieu qui a été moins analysé dans les études recensées. Ainsi, les liens existants entre les politiques en PCI et les diverses manifestations du stress dérivées de l'élaboration et de l'implantation de ces politiques ont été analysés sous un nouvel angle, cette fois-ci par le prisme des infirmières œuvrant en milieu hospitalier au Québec.

### **But et objectifs de la recherche**

Dans ce contexte, le but de l'étude a été **d'explorer les répercussions des politiques en PCI sur les manifestations du stress ressenties par les infirmières œuvrant en milieu hospitalier pendant la pandémie de Covid-19 au Québec**. Trois objectifs spécifiques ont structuré cette recherche :

- 1) Identifier les enjeux en PCI ayant généré du stress chez les infirmières, ainsi que les manifestations de ce stress chez ces dernières.

- 2) Explorer des voies d'amélioration de la PCI en vue de rédiger des politiques plus adéquates, afin de diminuer l'anxiété et l'épuisement professionnel des infirmières lors des futures crises sanitaires;
- 3) Explorer des voies d'amélioration des politiques institutionnelles pour augmenter la résilience des infirmières lors des crises sanitaires.

**Recension des écrits**

Ce chapitre permet de clarifier certains concepts utilisés dans la recherche, notamment ceux touchant la prévention et le contrôle des infections (PCI), ainsi que ceux se référant aux diverses manifestations du stress. Par la suite, une analyse documentaire de la littérature grise concernant les normes, les politiques et les directives en PCI au Québec a été effectuée. Enfin, une revue de la littérature scientifique sur les facteurs générateurs de stress liés aux enjeux en PCI et les diverses manifestations du stress chez les travailleurs de la santé a été réalisée. Le chapitre achève avec une brève synthèse de la recension des écrits.

### **La définition des concepts**

Cette section vise à définir les concepts utilisés dans l'étude, comme ceux liés à la prévention et au contrôle des infections ou aux diverses facettes du stress.

#### **Prévention et contrôle des infections**

Par prévention et contrôle des infections (PCI), on distingue les pratiques et les procédures fondées sur des données probantes de prévention et de contrôle de la propagation des infections en milieux de soins de santé. Voici une définition de l'Ordre professionnel des infirmiers et infirmières du Québec (OIIQ) :

Pour prévenir les infections nosocomiales, il faut d'abord les reconnaître et les identifier. Ensuite, il faut mettre en œuvre les pratiques de base applicables à tous les patients et des précautions additionnelles qui varient selon le mode de transmission des infections, gérer les éclosions, décider des mesures d'isolement requises pour éviter la contamination et assurer l'évaluation et la surveillance cliniques des clientèles à risque ou atteintes d'infection (OIIQ, 2010, p. 5).

Ainsi, il est stipulé dans le cadre de référence en PCI en vigueur au Québec (Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 2017, p. 13) que tout programme de PCI d'un établissement « [...] vise de façon générale à protéger les patients contre l'acquisition d'infections ou de germes multirésistants durant un épisode de soins », mais il « concerne également la protection du personnel, des visiteurs ou des aidants naturels à l'égard de ce même risque ».

### **Enjeux en PCI pendant la pandémie de Covid-19**

Pendant la pandémie de Covid-19, le Québec a été confronté à plusieurs enjeux majeurs en matière de PCI. Ces enjeux ont mis en lumière les failles systémiques du réseau de la santé (Alami et al., 2021). Parmi ces enjeux, notons la pénurie du personnel et la surcharge du réseau, le manque d'équipements de protection individuelle (ÉPI), le contrôle inadéquat des éclosions, la communication déficiente avec le public et à l'interne, la gestion des déplacements des travailleurs de la santé, la formation insuffisante en PCI des soignants, etc. (Alami et al., 2021; Bellemare et al., 2024; Darwish et al., 2022; Dubois et al., 2022; Perron et al., 2020). Les enjeux de PCI au Québec pendant la pandémie de COVID-19 ont été le résultat d'une préparation insuffisante, d'une réaction fragmentée, et d'un manque d'anticipation des risques dans les milieux vulnérables.

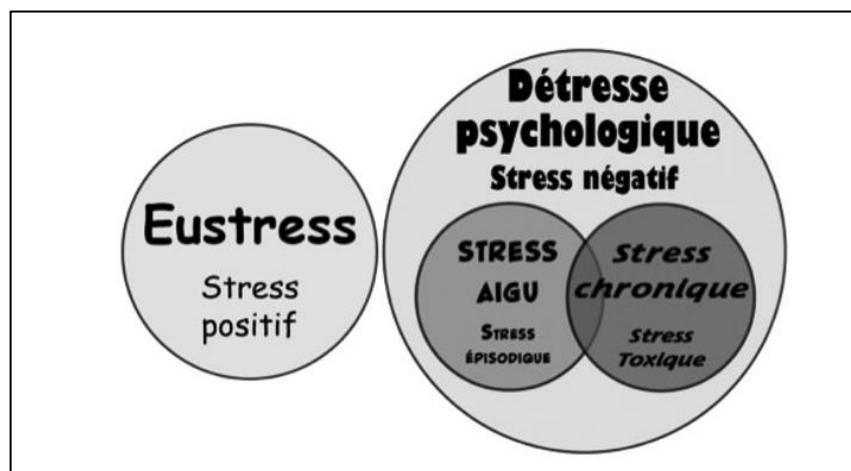
### **Stress et détresse psychologique**

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit le stress comme étant un état d'inquiétude ou de tension mentale causé par une situation difficile (OMS, 2023). D'ailleurs, il existe deux types de stress : l'eustress, ou le stress positif, qui peut être bénéfique pour le développement et l'adaptation de l'individu, et la détresse

psychologique (distress), qui correspond au stress négatif. À son tour, la détresse psychologique peut se classer en deux types : le stress aigu, passager, qui est vécu lors de situations inhabituelles, et le stress chronique, persistant, qui peut entraîner des séquelles physiques et psychologiques. Sur le plan physique, le stress chronique se caractérise par une activation prolongée des systèmes de réponse au stress, entraînant une libération soutenue de cortisol. Lorsque cette activation se maintient dans le temps, cela peut perturber l'équilibre de l'organisme et générer divers effets néfastes, comme l'altération du système immunitaire, des troubles cardiovasculaires, des problèmes de sommeil et des manifestations anxieuses ou dépressives. Les types de stress sont illustrés dans la figure 1.

**Figure 1**

*Les types du stress*



Source : Parlons Sciences (2020)

Cependant, comme la détresse psychologique a un caractère multidimensionnel, comprenant plusieurs facettes, autant sur le plan de la santé psychologique, comme

l'anxiété, que sur le plan socioprofessionnel, comme l'épuisement professionnel, ces éléments ont été définis dans cette section.

### **Anxiété**

Selon l'Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ, 2023), l'anxiété est une émotion désagréable qui combine des symptômes physiques et des pensées soucieuses. Toujours selon la même association, lorsque l'état d'anxiété se prolonge dans le temps, cette persistance peut devenir l'indice d'une détresse psychologique plus importante et être associé à l'apparition de différents troubles psychologiques, caractérisés par une inquiétude persistante, une tension psychologique élevée et des difficultés à maintenir un fonctionnement optimal. Dans certains cas, l'anxiété prolongée peut être associée à des troubles spécifiques, tels que le trouble d'anxiété généralisée (TAG), caractérisé par des inquiétudes excessives et incontrôlables par rapport aux divers aspects anodins de la vie quotidienne (AMPQ, 2023). Souvent, les troubles liés au stress et à l'anxiété peuvent être accompagnés des manifestations psychologiques et physiques, comme les difficultés de concentration, les troubles du sommeil, la fatigue et l'irritabilité.

### **Épuisement professionnel (burnout)**

Selon le Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail (CCHST), l'épuisement professionnel se caractérise par un épuisement physique, émotionnel et cognitif, par du négativisme ou cynisme, par un faible rendement au travail, par des sentiments de futilité en lien avec son occupation et même par un certain degré de dépersonnalisation (CCHST, 2025, p. 1). Selon le site internet de l'Association canadienne de psychologie (ACP) l'épuisement, le cynisme et l'inefficacité représentent les trois dimensions de l'épuisement

professionnel (ACP, 2021). Les individus touchés par l'épuisement professionnel peuvent commencer à avoir des ressentiments envers un travail qui les passionnait auparavant et ces ressentiments peuvent rendre le travail en soi beaucoup plus difficile, en diminuant autant l'efficacité, la productivité et les sentiments d'accomplissement. De plus, l'épuisement professionnel est défini comme un « phénomène » dû aux conditions de travail, selon le site internet de la même association (ACP, 2021), qui ajoute que l'épuisement professionnel n'est rien d'autre que le résultat des facteurs multiples qui proviennent de l'environnement de travail, ayant comme cause principale le stress. (ACP, 2021).

### **Eustress**

Le concept d'eustress a été introduit par Hans Selye (1976) pour définir une forme de stress positif associé à une adaptation optimale de l'organisme. Contrairement à la détresse (distress), l'eustress apparaît lorsque les contraintes sont perçues comme stimulantes et proportionnelles aux ressources de la personne. Dans ce cas, le stress devient bénéfique, favorisant la motivation, la performance et l'adaptation (Selye, 1976). Ainsi, la réponse physiologique au stress devient un mécanisme de mobilisation des ressources physiques et psychologiques permettant à l'individu de relever ses défis ou d'atteindre ses objectifs. En conséquence, le stress peut contribuer au sentiment de réalisation personnelle, bien évidemment, tant que son intensité et sa durée ne dépassent pas les limites d'adaptation de l'individu.

### **Résilience**

La résilience se définit comme un processus actif d'adaptation positive face à l'adversité. Selon Ann Masten (2001), la résilience correspond à la capacité d'un individu à maintenir un fonctionnement psychologique et social adéquat malgré l'exposition à des situations difficiles. Toutefois, la résilience ne doit pas être comprise comme un trait de personnalité, mais plutôt comme un processus évolutif résultant de l'interaction entre l'individu et son environnement. D'ailleurs, cette même auteure souligne le fait que la résilience repose sur la mobilisation des stratégies d'adaptation, mais aussi sur des facteurs comme le soutien social, les relations interpersonnelles significatives et les structures organisationnelles favorables. Masten (2001) décrit ce concept comme le résultat des mécanismes adaptatifs qui permettent aux individus d'affronter le stress et les adversités de la vie. Ainsi, la résilience implique non seulement la capacité de résister aux épreuves, mais également celle de s'ajuster, de se réorganiser et de continuer malgré les contraintes.

### **Clarification des concepts liés au stress**

Les concepts liés au stress et à la détresse psychologique ont fait l'objet de nombreux travaux en psychologie et en sciences de la santé. La clarification de ces notions est indispensable afin de distinguer des notions proches, mais conceptuellement différentes, comme le stress, l'anxiété ou la peur. Le stress est défini comme une réponse d'adaptation de l'organisme face aux exigences environnementales, mobilisant différents systèmes physiologiques et cognitifs (Lupien et al., 2009). Dans certaines situations, cette réponse peut être bénéfique et favoriser l'adaptation et la performance (l'eustress), soit une forme de stress positif nécessaire à la survie de l'individu (Selye, 1976). Toutefois, si les demandes de l'environnement dépassent les ressources de la personne ou si la réponse

au stress se prolonge dans le temps, cela peut se manifester par l'apparition de signes de détresse psychologique, comme l'anxiété ou l'épuisement. D'ailleurs, du point de vue clinique, les manifestations anxieuses peuvent s'inscrire dans une famille diagnostique plus large, comme celle des troubles anxieux. Cette famille regroupe plusieurs conditions caractérisées par une peur ou une anxiété excessive et persistante. Toutefois, cette recherche ne vise pas à poser ou à analyser des diagnostics psychiatriques, mais plutôt à comprendre les manifestations de détresse psychologique associées au contexte de travail des infirmières. Dans ce contexte, la notion d'épuisement professionnel constitue un cadre pertinent pour comprendre les effets du stress prolongé en milieu de travail. Enfin, la notion de résilience permet d'éclairer les processus d'adaptation mobilisés par les individus face aux situations de stress et d'adversité.

### **Analyse documentaire des normes, politiques et directives en PCI**

Au départ, une analyse documentaire de la littérature grise a été effectuée, afin de déceler les normes en PCI au Québec et les diverses politiques et directives de ce volet pendant la pandémie de Covid-19.

#### **Normes en PCI au Québec**

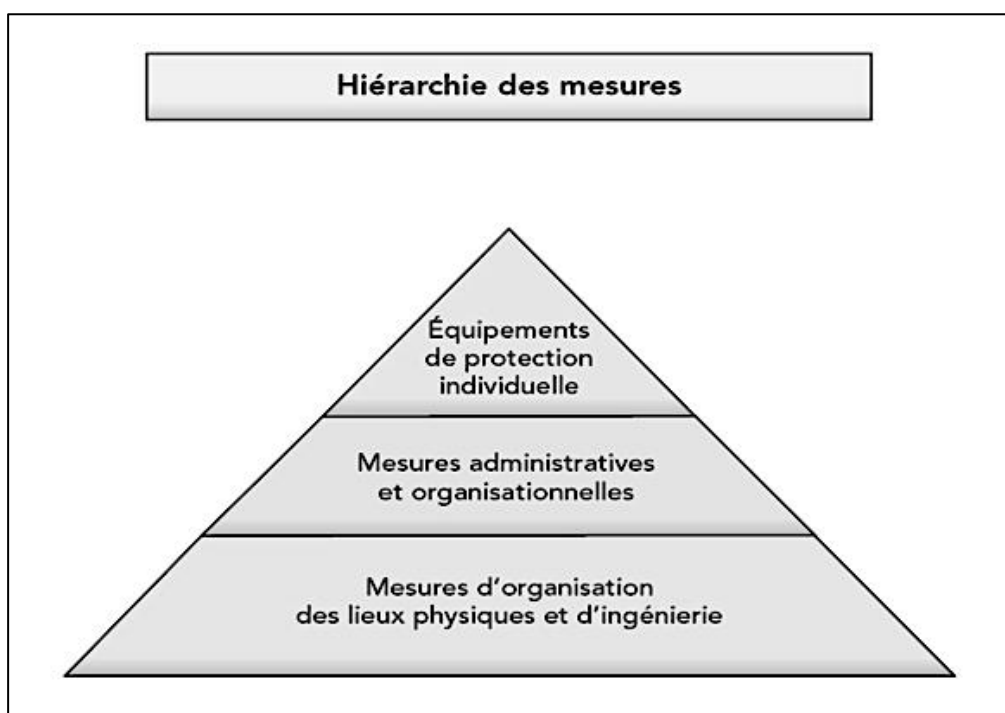
Le ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS) avait conçu en 2006 un cadre de référence (en PCI) à l'intention des établissements de santé et de services sociaux du Québec, et ce cadre a été révisé en 2017. Le but premier de ce cadre est de « soutenir dans l'élaboration et la mise en œuvre du programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales » (MSSS, 2017, p. 7).

Ce cadre contient les stratégies pour l'élaboration des politiques, procédures et soutien en matière de PCI, les stratégies de communication avec les équipes du terrain et les modalités de formation des travailleurs.

Le cadre proposé par le (MSSS, 2017) s'appuie sur une pyramide structurant la hiérarchie des mesures en PCI (figure 2). Ce modèle permet d'analyser les différentes composantes de la PCI, ainsi que les situations dans lesquelles certaines mesures peuvent ne pas fonctionner de manière optimale ou adéquate.

**Figure 2**

*La pyramide structurant la hiérarchie des mesures en PCI*



Source : Image tirée du Cadre de référence en PCI, (MSSS, 2017, p. 43)

### **Politiques et directives en PCI durant la pandémie**

Le contexte pandémique s'est caractérisé par la coexistence de multiples sources de production et de diffusion d'orientations en matière de PCI. Au Québec, ces orientations provenaient notamment d'organismes scientifiques, tels que l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et son Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ), des autorités gouvernementales, en particulier le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), ainsi que d'autres instances, dont certaines associations professionnelles et la CNESST. Cette pluralité d'acteurs a contribué à structurer l'environnement décisionnel en PCI dans les milieux de soins.

Dans le cadre de cette étude, l'analyse se centre principalement sur les directives diffusées par le MSSS à l'intention des établissements de santé. Ces directives s'inscrivent dans une logique organisationnelle centralisée, où les orientations sont définies à l'échelle ministérielle puis déployées dans les milieux cliniques, selon un modèle de gestion de type « top-down » (MSSS, 2020, p. 18).

Dans le rapport diagnostique publié par le MSSS en 2020, plusieurs dirigeants des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) montréalais avaient mentionné des difficultés par rapport à l'application des politiques et des directives en PCI du ministère. Parmi ces difficultés, notons le partage des responsabilités ambigu pour la prise en charge des milieux privés, le renforcement du plan d'action en PCI, le rationnement d'équipements de protection individuelle (ÉPI), etc. De plus, d'autres lacunes ont été observées par ce même rapport, comme :

[...] l'ampleur réelle des efforts consentis en matière de PCI, le manque de sensibilisation et de formation du personnel, l'absence de mise à jour des

directives, le manque de capacité de l'infrastructure d'intervention en PCI dans les milieux non hospitaliers, etc. (MSSS, 2020, p. 28).

Une autre problématique évoquée touchait à la gouvernance :

[...] qui ne favorise pas toujours l'engagement des hauts dirigeants en matière de PCI. Les mesures de PCI, comme toute mesure de prévention en général, peuvent être perçues comme un obstacle à l'efficacité des processus. Or, en contexte de pandémie, elles doivent primer sur la plupart des autres préoccupations (MSSS, 2020, p. 29).

Toujours dans le même rapport, il a été signalé que :

[...] le rationnement nécessaire de certains équipements a possiblement augmenté le risque de propagation du virus en début de pandémie, avant que la situation ne s'améliore graduellement. La perception, réelle ou appréhendée, du manque d'ÉPI dans les milieux chauds a aussi été, de l'avis de tous, une source importante de stress pour les gestionnaires et le personnel (MSSS, 2020, p. 29).

Somme toute, le rapport du MSSS avait conclu :

[...] que les directives ministérielles avaient été nombreuses, peu espacées dans le temps, parfois contradictoires et, dans certains cas, mal arrimées avec la réalité du terrain ou ne tenant pas compte du continuum dans les trajectoires (silos par secteurs d'activité) (MSSS, 2020, p. 30).

Dans le cadre de cette étude, l'expression « politiques et directives en PCI » désigne l'ensemble des orientations et consignes organisationnelles diffusées dans le réseau de la santé afin d'encadrer l'application des mesures en PCI dans les milieux de soins. Dans le but d'offrir une vue d'ensemble des politiques et directives en PCI affectant le milieu hospitalier au Québec durant la pandémie de la Covid-19, les archives du MSSS ont été consultées et les directives ont été inscrites à l'annexe A.

L'examen des directives ministérielles diffusées entre 2020 et 2023 illustre le fait que celles-ci couvraient un large éventail d'enjeux liés à la gestion de la pandémie dans les milieux de soins.

Ainsi, une première catégorie de directives portait directement sur les mesures en PCI, comme le port des ÉPI, la fréquence de dépistages, les mesures d'isolement, la gestion des éclosions et les caractéristiques des mesures de nettoyage et de désinfection.

Une seconde catégorie concernait l'organisation clinique des services de santé dans un contexte pandémique, incluant les soins intensifs, les services d'urgence, certaines spécialités médicales (cancérologie, endoscopie, hémodialyse, chirurgie cardiaque) ainsi que les mécanismes de délestage ou de priorisation des activités cliniques. Plusieurs directives visaient également à encadrer la gestion des patients atteints de la Covid-19, surtout en matière de dépistage, de surveillance des cas, de transfert intra et inter établissements ou d'utilisation de traitements spécifiques.

Enfin, certaines directives abordaient des aspects organisationnels plus larges, comme l'approvisionnement en ÉPI, la gestion des ressources cliniques, l'accès aux antiviraux, la vaccination ou encore les modalités de visite. L'ensemble de ces documents témoigne de la complexité des enjeux auxquels les établissements de santé ont été confrontés durant la pandémie et de la fréquence des ajustements apportés par les orientations ministérielles.

Cependant, en dépit de l'abondance de directives ministérielles touchant la PCI, les directives en PCI étaient réajustées souvent même à l'intérieur des organisations, selon les réalités régionales, locales ou selon les stocks d'ÉPI.

## **Revue de la littérature scientifique sur l'influence des mesures en PCI sur le stress des infirmières en période de pandémie de la Covid-19**

La revue des écrits scientifiques a été effectuée dans les bases des données CINAHL, MEDLINE et Psychology and Behavioural Sciences Collection (PBSC). CINAHL représente une des meilleures ressources de littérature en sciences infirmières et MEDLINE est une base de données dédiée à la littérature en sciences de la santé. Quant à PBSC, il s'agit d'une base des données qui s'adresse surtout aux psychologues et aux conseillers et thérapeutes du comportement. Cette recherche documentaire a été effectuée en octobre 2022 et mise à jour en janvier 2025, afin d'inclure les nouvelles connaissances sur le sujet de cette recherche. La recension des articles contient des articles récents, publiés entre 2020 et 2025.

Au moyen de la méthode PICOT, les différents concepts entourant la préoccupation clinique présentée dans la section *Problématique* ont été identifiés. Ainsi, pour le *P* (population à l'étude) les infirmiers et les infirmières ont été identifiés. Pour le *I* (intervention), les différents enjeux en prévention et contrôle des infections (PCI) durant la pandémie ont été identifiées. Pour le *C* (comparaison), il n'existe pas de concept pour la présente recherche. Pour le *O* (outcomes), la détresse psychologique et les autres manifestations du stress ont été identifiées. Pour le *T* (temps), il s'agit de la période de la pandémie de Covid-19, soit de 2020 à 2023. Les termes de recherche selon la méthode PICOT ont été illustrés dans le Tableau 1.

**Tableau 1**  
*La méthode PICOT*

<b>P</b>	<b>Population</b>	<b>Infirmiers / Infirmières</b>
<b>I</b>	<b>Intervention</b>	Enjeux de la PCI
<b>C</b>	<b>Comparaison</b>	N/A
<b>O</b>	<b>Outcome</b>	Stress, détresse psychologique et autres manifestations psychologiques
<b>T</b>	<b>Temps</b>	Pendant la pandémie de Covid-19 2020 - 2023

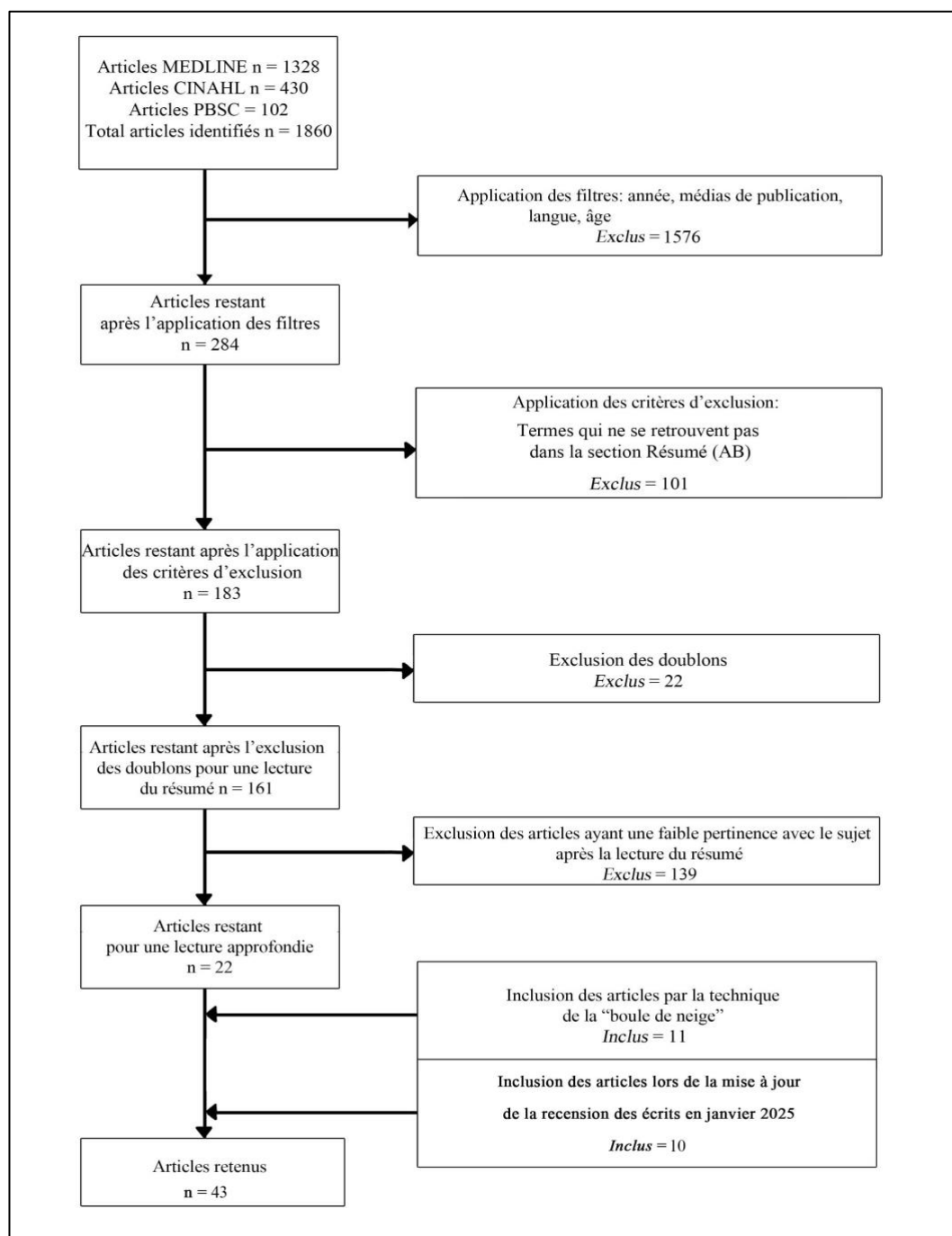
Afin de trouver des articles pertinents répondant à la préoccupation clinique, le sujet a été découpé en concepts clés, qui ont été traduits en anglais. Pour commencer, une recherche par mots-clés a été utilisée, selon la formule : *(nurs\*) AND (infection prevention and controle measures) AND (psychological distress) OR (psychological effects) AND (Covid-19 pandemic)*, simultanément, dans les trois bases des données présentées plus haut. La recherche a donné un total de 1860 articles (1328 sur MEDLINE, 430 sur CINAHL et 102 sur PBSC). Des filtres ont été appliqués pour les 1860 résultats obtenus ainsi : année (2020 à 2023), médias de publication (articles universitaires), langue (anglais et français). Après l'application des filtres, 1576 articles ont été exclus et 284 retenus. Ensuite, les articles n'incluant pas les mots-clés dans la section *Abstract* ont été éliminés, ceci étant le seul critère d'exclusion de la recherche. Ainsi, 101 articles ont été exclus et 183 retenus. Par la suite, 22 doublons ont été retirés et 161 articles se sont qualifiés pour une lecture du résumé. Après la lecture du résumé, 139 articles ont été exclus pour une faible pertinence avec le sujet. Au final, 22 articles sont restés pour une lecture approfondie. 11 articles ont été ajoutés à la sélection finale, à partir des références utilisées par les auteurs des 22 articles retenus, en utilisant la technique de la « boule de neige ».

Lors de la mise à jour de la recension de littérature en janvier 2025, 10 articles publiés entre juillet 2023 et janvier 2025 ont été ajoutés.

La sélection finale, comptant 43 articles, a été analysée en profondeur et des fiches de lecture ont été rédigées. Un résumé des 43 articles retenus se trouve dans l'annexe B. Les articles sélectionnés proviennent des tous les continents et ont des devis variés (qualitatif, quantitatif ou mixte). La Figure 3 présente le diagramme de flux de la recherche.

Figure 3

Diagramme de flux



### **Les manifestations du stress chez les travailleurs de la santé**

La recension des écrits a exploré les manifestations des deux formes de stress : l'eustress, ou le stress positif, et la détresse psychologique, ou le stress négatif.

L'eustress, ou le stress positif, s'est manifesté, selon l'étude de Norful et al. (2021), à travers le renforcement de la résilience. La résilience des infirmières a été atteinte, dans une proportion variable, grâce aux stratégies d'adaptation, à la solidarité des soignants, au support social et aux attitudes aidantes de l'employeur.

Le stress négatif, ou la détresse psychologique, s'est manifesté autant sur le plan de la santé psychologique, par l'anxiété, que sur le plan socioprofessionnel, par l'épuisement professionnel.

Dans un premier temps, plusieurs facteurs liés à l'eustress et au renforcement de la résilience ont été répertoriés. Ainsi, les informations concernant les stratégies d'adaptation au stress utilisées par les travailleurs de la santé ont été retrouvées dans 23 études : (Alnazly et al., 2021; Alyahya et al., 2023; Ball et al., 2023; Bellemare et al., 2024; Boucher et al., 2023; Brophy et al., 2021; Butun, 2024; Cai et al., 2020; Chavan et al., 2024; Corradi-Dell'Acqua et al., 2024; Credland et al., 2024; El-Hage et al., 2020; Gonzalez et al., 2022; Greene et al., 2023; Hammer et al., 2024; Narapaka et al., 2024; Nofal et al., 2017; Sarma et al., 2020; Shah et al., 2021; Shahrour & Dardas, 2020; Squires et al., 2022; Stuijzand et al., 2020; Styra et al., 2022). La solidarité et l'entraide des professionnels de la santé ont été retrouvées dans six études : (Boucher et al., 2023; Credland et al., 2024; Narapaka et al., 2024; Norful et al., 2021; Shah et al., 2021; Styra et al., 2022). Le support social, offert par les familles, les amis ou les communautés, a été

retrouvé dans 16 études : (Alnazly et al., 2021; Bellemare et al., 2024; Butun, 2024; Corradi-Dell'Acqua et al., 2024; Credland et al., 2024; Fisher et al., 2021; Gonzalez et al., 2022; Hammer et al., 2024; Moyo et al., 2022; Norful et al., 2021; Shah et al., 2021; Shahrour & Dardas, 2020; Squires et al., 2022; Stuijzand et al., 2020; Styra et al., 2022; Wood et al., 2022). Enfin, les attitudes aidantes de l'employeur, ou les efforts organisationnels ont été retrouvés dans 21 études : (Bellemare et al., 2024; Boucher et al., 2023; Butun, 2024; Chavan et al., 2024; Corradi-Dell'Acqua et al., 2024; Credland et al., 2024; Franklin & Gkiouleka, 2021; Hammer et al., 2024; Hill et al., 2022; Hoernke et al., 2021; Laurent et al., 2021; Moyo et al., 2022; Narapaka et al., 2024; Norful et al., 2021; Sarma et al., 2020; Shah et al., 2021; Shahrour & Dardas, 2020; Squires et al., 2022; Stuijzand et al., 2020; Styra et al., 2022; Wood et al., 2022).

Par la suite, le stress négatif, ou la détresse psychologique, a également fait l'objet de la recension des écrits. D'un côté, les informations concernant les manifestations sur le plan de la santé psychologique, comme l'anxiété, ont été répertoriés dans plusieurs études. Ainsi, 22 études font référence à l'anxiété : (Alnazly et al., 2021; Alyahya et al., 2023; Bellemare et al., 2024; Boucher et al., 2023; Brophy et al., 2021; Butun, 2024; Chavan et al., 2024; Corradi-Dell'Acqua et al., 2024; Credland et al., 2024; El-Hage et al., 2020; Franklin & Gkiouleka, 2021; Gonzalez et al., 2022; Hammer et al., 2024; Hoernke et al., 2021; Laurent et al., 2021; Maina et al., 2020; Moyo et al., 2022; Narapaka et al., 2024; Norful et al., 2021; Perron et al., 2020; Sarma et al., 2020; Stuijzand et al., 2020). D'autre côté, les informations concernant les manifestations de la détresse psychologique sur le plan socioprofessionnel, font référence à l'épuisement professionnel. Ainsi, 16 études sur

ce phénomène ont été trouvées : (Bellemare et al., 2024; Boucher et al., 2023; Butun, 2024; Chavan et al., 2024; Corradi-Dell'Acqua et al., 2024; Credland et al., 2024; El-Hage et al., 2020; Fisher et al., 2021; Hammer et al., 2024; Laurent et al., 2021; Moyo et al., 2022; Perron et al., 2020; Shah et al., 2021; Stuijzand et al., 2020; Styra et al., 2022; Wood et al., 2022).

### **Les facteurs générateurs du stress liés aux politiques en PCI**

Une grande partie des articles recensés concluait que certains défis organisationnels liés à la PCI représentaient des facteurs stressogènes pour les soignants (Brophy et al., 2021). En analysant ces études, les facteurs en question ont été classifiés en cinq catégories : 1) la communication; 2) la préparation pré-pandémique et la formation en PCI; 3) les directives et les politiques en PCI; 4) le manque d'équipement de protection individuelle (ÉPI); 5) le déclasserement des pratiques exemplaires en PCI.

La première catégorie des facteurs ayant des conséquences négatives sur l'état psychologique des travailleurs de la santé a été la communication. Ainsi, 19 études (Alami et al., 2021; Ball et al., 2023; Brophy et al., 2021; Cai et al., 2020; Corradi-Dell'Acqua et al., 2024; Credland et al., 2024; Delgado et al., 2020; Dubois et al., 2022; El-Hage et al., 2020; Fisher et al., 2021; Franklin & Gkiouleka, 2021; Gonzalez et al., 2022; Hammer et al., 2024; Hill et al., 2022; Norful et al., 2021; Perron et al., 2020; Shah et al., 2021; Squires et al., 2022; Styra et al., 2022) dénoncent une communication non optimale entre les travailleurs et les services PCI. D'ailleurs, des chercheurs québécois remarquent le fait qu'une communication déficiente durant la pandémie, peut générer une diminution de la confiance (Alami et al., 2021). D'autres chercheurs soutiennent que

certains impacts négatifs de la pandémie auraient pu être atténués par une plus grande transparence dans la communication (Fisher et al., 2021).

La deuxième catégorie de facteurs stressogènes a été recensée dans 13 études : (Alami et al., 2021; Birihane et al., 2020; Brophy et al., 2021; Chavan et al., 2024; Corradi-Dell'Acqua et al., 2024; Credland et al., 2024; Dubois et al., 2022; Franklin & Gkiouleka, 2021; Hammer et al., 2024; Hoernke et al., 2021; McGarry et al., 2020; Perron et al., 2020; Shah et al., 2021). Il s'agit, dans ce cas, de l'absence de préparation des organisations à la pandémie et d'un manque de formation en PCI pour le personnel. D'ailleurs, des chercheurs italiens remarquaient que le manque de préparation des hôpitaux était associé négativement à la vulnérabilité psychologique des soignants (Corradi-Dell'Acqua et al., 2024). Par ailleurs, des chercheurs québécois exposaient le manque de préparation en matière de PCI comme une « défaillance des systèmes organisationnels de santé et de sécurité du travail » (Dubois et al., 2022, p. 8), tandis que des chercheurs européens insistaient sur la formation obligatoire pour le personnel, en tant que mesure primordiale pour soutenir le respect des règles de sécurité (Franklin & Gkiouleka, 2021).

La troisième catégorie répertoriée, retrouvée dans 23 études (Alyahya et al., 2023; Brophy et al., 2021; Burnett et al., 2023; Butun, 2024; Cai et al., 2020; Chavan et al., 2024; Corradi-Dell'Acqua et al., 2024; Darwish et al., 2022; Delgado et al., 2020; Franklin & Gkiouleka, 2021; Gonzalez et al., 2022; Greene et al., 2023; Hoernke et al., 2021; Institut national de la santé publique du Québec, 2020a; Kobayashi et al., 2020; Maina et al., 2020; Narapaka et al., 2024; Norful et al., 2021; Perron et al., 2020; Robinson et al., 2023; Sarma et al., 2020; Styra et al., 2022; Wang et al., 2024) a été liée aux directives et

politiques en matière de PCI. D'ailleurs, des chercheurs chinois affirmaient que le manque des directives claires en PCI a été l'un des principaux facteurs de stress chez les travailleurs de la santé (Cai et al., 2020). Une autre recherche suggérait même la présence d'un « préjudice moral qui viole les attentes normatives des travailleurs de la santé » et qui résulte directement d'un « manque de leadership au niveau de l'élaboration des politiques » [traduction libre] (Franklin & Gkiouleka, 2021, p. 12).

La quatrième catégorie de facteurs stressogènes, répertoriée dans 22 études (Alami et al., 2021; Ball et al., 2023; Birihane et al., 2020; Brophy et al., 2021; Burnett et al., 2023; Butun, 2024; Cai et al., 2020; Chavan et al., 2024; Credland et al., 2024; Delgado et al., 2020; El-Hage et al., 2020; Franklin & Gkiouleka, 2021; Hill et al., 2022; Hoernke et al., 2021; Institut national de la santé publique du Québec, 2020a; Kobayashi et al., 2020; Maina et al., 2020; McGarry et al., 2020; Norful et al., 2021; Sarma et al., 2020; Wang et al., 2024; Wood et al., 2022) a été représentée par le manque d'équipement de protection individuelle (ÉPI). Le manque d'ÉPI a été souvent perçu comme un facteur mettant en péril la vie des travailleurs de la santé et générant un sentiment d'anxiété sans précédent. Dans l'étude de Hill et al. (2022), la moitié des participants affirmait que les ÉPI étaient insuffisants pour effectuer le travail en toute sécurité. D'autres chercheurs affirmaient à leur tour que « la réduction de l'offre en ÉPI avait suscité la peur et l'anxiété chez le personnel soignant » [traduction libre] (Maina et al., 2020, p. 5).

La dernière catégorie de facteurs liés à la PCI et ayant une incidence négative sur les travailleurs de la santé a été repérée dans sept études : (Hill et al., 2022; Hoernke et al., 2021; Institut national de la santé publique du Québec, 2020a; Kobayashi et al., 2020;

Perron et al., 2020; Sharma et al., 2020; Wang et al., 2024). Dans ce cas, il s'agit du déclassement des pratiques exemplaires en PCI. D'ailleurs, la majorité des participants de l'étude de Hill et al. (2022, p. 25) suggérait que « la direction leur avait conseillé de modifier l'utilisation normale de l'ÉPI » [traduction libre]. Entre autres, une des pratiques les plus appréhendées par les travailleurs de la santé au Québec était la réutilisation de respirateurs à usage unique N95. Selon Kobayashi et al. (2020), l'utilisation prolongée est définie comme une utilisation pendant des périodes plus longues sans retirer le respirateur et la réutilisation indique le retirement, le rangement et le rhabillage du respirateur. Cependant, les pratiques exemplaires en PCI recommandent de jeter un N95 après un seul contact étroit avec un seul patient (Wang et al., 2024). Kobayashi et al. (2020) avait répertorié les recommandations réglementaires nationales concernant la réutilisation des respirateurs N95 dans 27 pays. Parmi ces 27 pays se trouvait aussi le Canada, qui approuvait la recommandation du port prolongé des respirateurs N95 par les travailleurs de la santé, mais décourageait la réutilisation de ces derniers (Figure 4).

**Figure 4**

*L'utilisation prolongée et la réutilisation des respirateurs N95*

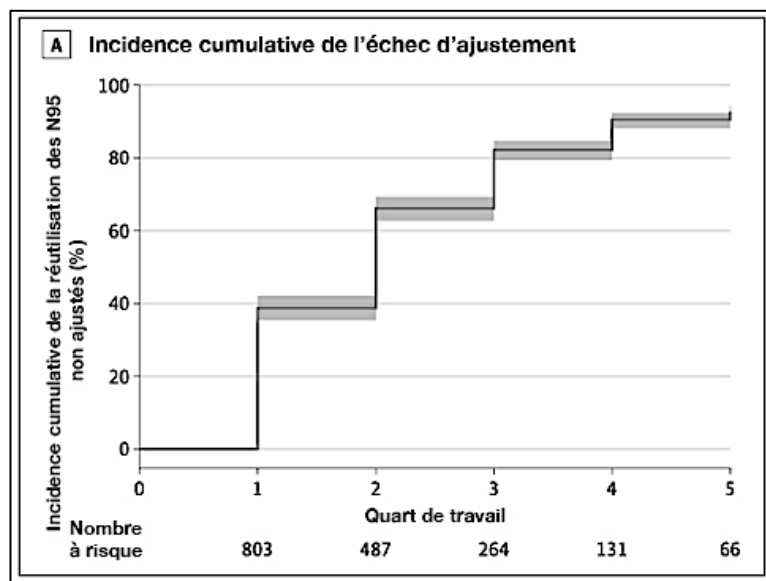
<b>Pays et autorité réglementaire</b>	<b>Utilisation prolongée</b>	<b>Réutilisation</b>	<b>Résumé des recommandations concernant les respirateurs N95</b>	<b>Mise à jour</b>
Canada : Direction des produits de santé et des aliments, Santé Canada (HPFB-HC)	Oui	Non	Autorise l'utilisation du masque après la date d'expiration	9 avril 2020

Source : Traduction en français d'une image tirée du Kobayashi et al. (2020)

En dépit du fait que Santé Canada décourageait la réutilisation des respirateurs N95, au Québec, l'INSPQ recommandait cette pratique dans un contexte de pénurie réelle ou appréhendée, par un même utilisateur (INSPQ, 2020a). La pratique de réutilisation des respirateurs recommandée par l'INSPQ était basée sur une recommandation faite par le *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) aux États-Unis (CDC, 2021). L'avis de réutilisation des respirateurs N95 donné par le CDC, arrivait cependant avec une mise en garde. Le CDC présentait ainsi une étude effectuée par Bergman et al. (2012), qui expliquait la dégradation des capacités de filtration des respirateurs N95 après chaque utilisation. Ainsi, selon ces chercheurs, un respirateur N95 réutilisé entre un et cinq fois perd en efficacité pour atteindre même des niveaux inférieurs à 80%. Cependant, une nouvelle recherche sur la perte de l'efficacité des respirateurs N95 a été effectuée par Wang et al. (2024). Selon cette étude, après un seul quart de travail, l'efficacité du respirateur N95 diminue de 38,7 %. Après cinq quarts de travail, son efficacité diminue de 92,8 % (Figure 5).

**Figure 5**

*La perte d'efficacité d'un respirateur N95 lors de la réutilisation*



Source : Traduction en français d'une image tirée du Wang et al. (2024)

Cependant, préoccupé par la diminution potentielle de l'efficacité des respirateurs N95 lors d'une utilisation prolongée ou d'une réutilisation, l'INSPQ avait publié des orientations encadrant ces pratiques dans un contexte de pénurie réelle ou appréhendée d'ÉPI (INSPQ, 2020a). Ces orientations ne constituaient pas une pratique optimale, mais visaient plutôt à baliser la mise en œuvre de ces pratiques, afin d'assurer une certaine cohérence dans le réseau et d'éviter des pratiques variables d'un établissement à l'autre. Toutefois, dans certains milieux, cette marge d'interprétation pouvait conduire à une diminution supplémentaire des pratiques exemplaires relatives au port des respirateurs N95. À cet égard, une recherche menée au Québec rapportait que des travailleurs de la santé exprimaient des inquiétudes face au « non-respect des normes de l'INSPQ par les établissements de santé » (Perron et al., 2020, p. 83). Toutefois, dans le contexte de la

pandémie, certaines recommandations émises par l'INSPQ, comme celles encadrant l'utilisation prolongée ou la réutilisation des respirateurs N95 en situation de pénurie, pouvaient s'éloigner des pratiques exemplaires habituellement recommandées, particulièrement au regard du principe de précaution. Malgré le manque de connaissances sur le nouveau coronavirus au début de la pandémie de la Covid-19, plusieurs estimaient que le principe de précaution aurait justifié l'utilisation d'un respirateur N95 lorsque les travailleurs de la santé entraient en contact avec un usager ayant un diagnostic confirmé ou suspecté de Covid-19. Toutefois, les recommandations émises par les autorités de santé publique ont évolué au fil du temps. Le principe de précaution avait été défini par l'Organisation des Nations Unies (OMS, 1992), en précisant qu'en cas de risque sérieux ou irréversible, l'incertitude scientifique ne doit pas retarder l'adoption de mesures de prévention. (OMS, 1992). De surcroît, l'OMS avait annoncé dès le 7 juillet 2020 que le SARS-CoV-2 pouvait se transmettre par voie aérienne (Morawska et al., 2023). Cependant, la reconnaissance et l'intégration de ce mode de transmission dans les recommandations appliquées dans les milieux de soins au Québec ont fait l'objet de débats et d'interprétations variables. En mars 2021, le Tribunal administratif du travail (TAT) a imposé le port obligatoire des respirateurs N95 pour les travailleurs de la santé (Commission de l'éthique en science et en technologie, 2023).

### **Synthèse de la recension des écrits**

Dans ce chapitre, les concepts clés de la recherche ont été définis (PCI, enjeux en PCI pendant la pandémie, eustress, détresse psychologique, anxiété, dépression, idéation

suicidaire, épuisement professionnel, absentéisme et abandon de la profession). Le chapitre a continué avec une analyse documentaire des politiques et des directives du MSSS durant la pandémie de Covid-19 et avec les normes en PCI au Québec, normes publiées en 2017 dans le cadre de référence en PCI (MSSS, 2017). Par la suite, la démarche de recension des écrits, fondée sur la méthode PICOT, a été exposée. Un tableau synthétisant les 43 articles sélectionnés a été ajouté à l'annexe B. De cette analyse, plusieurs constats se dégagent : seuls sept articles accordaient une attention particulière à la perspective spécifique des infirmières; quatorze portaient sur le contexte des milieux hospitaliers; vingt-sept abordaient certaines manifestations du stress en lien avec la PCI durant la pandémie de Covid-19 ; et enfin, seulement cinq études avaient été menées dans le contexte québécois. Malgré la rigueur méthodologique de la recension des écrits, certaines limites doivent être reconnues. D'abord, la prédominance d'articles provenant de contextes internationaux, comparativement aux recherches menées au Québec (seulement cinq sur 43), peut limiter la transférabilité de certains résultats à la réalité locale. Enfin, la surreprésentation de certaines disciplines ou méthodologies au sein du corpus peut introduire un biais de perspective.

En ce sens, la présente étude s'est proposé d'examiner, dans le contexte de la récente pandémie de Covid-19, l'incohérence des directives en matière de prévention et contrôle des infections (Dubois et al., 2022), le recul des pratiques exemplaires (Hill et al., 2022), la pénurie d'équipements de protection individuelle (Hørnke et al., 2021) et les incidences de telles pratiques sur les infirmières œuvrant en milieu hospitalier au Québec (El-Hage

et al., 2020). Ainsi, en fin de chapitre, les manifestations du stress chez les travailleurs de la santé, ainsi que les facteurs liant la PCI à ces manifestations ont été présentés.

Dans le but d'éclairer l'ampleur avec laquelle certains facteurs inhérents à l'environnement de travail peuvent engendrer diverses formes de stress chez les individus, le modèle de Karasek and Theorell (1990) adapté par Norful et al. (2021) a été retenu comme cadre conceptuel. Celui-ci fait l'objet d'une présentation détaillée dans le chapitre suivant.

## **Cadre conceptuel**

Ce chapitre vise à décrire le cadre de référence choisi pour la présente recherche, son adaptation et son applicabilité. Le cadre conceptuel adopté pour cette étude est une adaptation de Norful et al. (2021) du modèle théorique de l'interaction de l'individu avec son environnement de travail de Karasek and Theorell (1990).

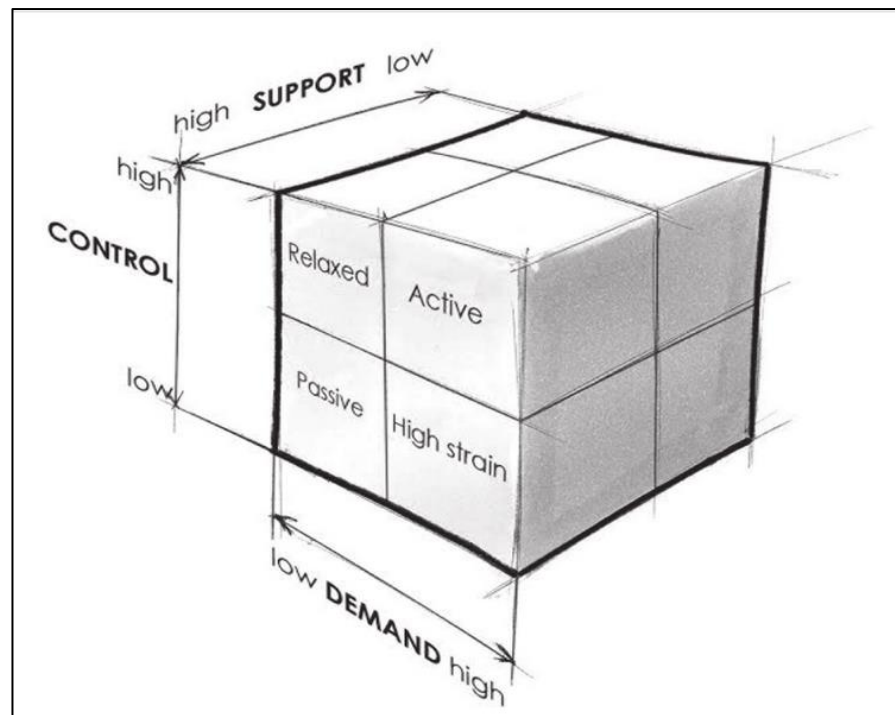
### **Historique**

Le modèle théorique de l'interaction de l'individu avec son environnement de travail a été développé dans les années 1970 par Robert Karasek, professeur du département d'environnement du travail de l'Université Lowell de Massachusetts, États-Unis. Initialement, ce modèle était bidimensionnel, « pouvant déterminer une charge mentale ou stress (job strain) pour le salarié dans son modèle appelé “demand-control model” » (Chapelle, 2018, p. 107). Les deux dimensions du modèle représentaient les exigences du travail (job demand) et la latitude décisionnelle (job control). Dans son modèle, Karasek considérait que les problèmes de santé mentale des travailleurs étaient en lien avec la charge de travail, les exigences de performance et de rentabilité et les ressources mises à leur disposition (Haberey-Knuessi, 2011). Plus tard, une troisième dimension a été ajoutée au modèle. Il s'agit de la dimension du soutien social. Cette nouvelle dimension constituait un élément modérateur entre les deux dimensions initiales de la théorie, étant basée sur les travaux de Johnson and Hall (1988). Ainsi, le modèle fut actualisé en 1990 par Karasek et Theorell, en intégrant l'influence du soutien social : job demand control support model (Chapelle, 2018).

Dans la Figure 6, un schéma tiré d'un article universitaire de Öhrling (2014) sur la participation active des travailleurs, en tant que stratégie pour améliorer la qualité et la santé au travail, présente les trois dimensions du modèle de Karasek and Theorell (1990), soit les exigences du travail (job demand), la latitude décisionnelle des employés (job control) et le support des travailleurs (job support). Une dimension influence l'autre et la manière dont ces dimensions interagissent entre elles influence la charge mentale ou le stress des travailleurs (job strain).

**Figure 6**

*Modèle de Karasek et Theorell (1990)*



Source : Image tirée du Öhrling (2014)

### **Choix du modèle**

La décision pour l'utilisation du modèle développé par Karasek and Theorell (1990) a été prise afin d'éclairer la compréhension de la mesure dans laquelle certains facteurs liés à l'environnement de travail sont capables de générer diverses manifestations du stress chez les individus. Dans cette recherche, ce modèle a été choisi afin d'examiner les liens existants entre le contexte de travail des infirmières pendant la pandémie de Covid-19 et certains éléments des politiques et directives PCI considérés stressogènes. Parmi les facteurs liés au travail susceptibles d'augmenter le stress, mentionnons entre autres la charge de travail augmentée, l'exigence de performance dans l'absence de la formation ou des politiques cohérentes, les problèmes de communication, le manque de contrôle dans la prise de décisions, le manque de collaboration entre les équipes PCI et les équipes du terrain, l'absence d'équipement de protection individuelle (ÉPI) optimal ou conforme, etc. Les conséquences psychosociales analysées dans le contexte de cette étude se limiteront au stress et à ses manifestations comme l'anxiété et l'épuisement professionnel. La troisième dimension du modèle de Karasek and Theorell (1990), celle du soutien social, joue également un rôle important dans cette analyse, puisqu'il s'agit d'un élément modérateur entre les exigences du travail « job demand » et la latitude décisionnelle « job control ».

### **Application du modèle**

Le modèle de Karasek et Theorell (1990) a dominé le domaine de la recherche empirique sur le stress et les conditions de travail pendant plusieurs décennies

(Halbesleben et al., 2008) et représentait, dans ce contexte, un modèle fiable ayant fait ses preuves au fil du temps. Cependant, ce modèle a été appliqué avec succès, surtout dans la recherche quantitative (Luchman & González-Morales, 2013). Puisque la présente recherche avait un devis qualitatif, une adaptation du modèle s'est avérée nécessaire. Ainsi, en 2021, une équipe de chercheurs de l'université Columbia des États-Unis, Norful et al. (2021) avait élaboré une adaptation du modèle de Karasek and Theorell (1990) aux fins d'application dans un devis qualitatif. L'étude de Norful et al. (2021) avait comme but d'explorer l'impact physique et psychologique des facteurs liés à l'environnement du travail sur les travailleurs de la santé pendant la récente pandémie. Afin d'accéder à leur but, les chercheurs avaient conçu une adaptation du modèle *Job demand-control-support* pour permettre « une exploration inductive de tous les thèmes émergents entourant l'environnement de travail Covid-19 » (Norful et al., 2021, p. 21), afin de différencier les spécificités du contexte pandémique du contexte habituel de travail. La version adaptée prenait en compte d'autres caractéristiques individuelles, telles que la capacité d'adaptation, les ressources et l'auto-efficacité. Norful et al. (2021, p. 21) avaient choisi le modèle de Karasek and Theorell (1990) et non pas un modèle spécifique d'épuisement professionnel, dans le but de pouvoir identifier « d'autres séquelles psychologiques et physiques subies par la main-d'œuvre ».

Trois thèmes et douze sous-thèmes avaient surgi de l'étude de Norful et al. (2021). Les thèmes et les sous-thèmes sont présentés dans le tableau 2.

**Tableau 2***Thèmes et sous-thèmes de l'étude de Norful et al. (2021)*

---

**La peur de l'incertitude**

---

Navigation dans le flux d'informations  
 Rythme du changement  
 ÉPI – facteur de stress  
 Risque d'infection

---

**Les manifestations physiques et psychologiques du stress**

---

Anxiété  
 Épuisement professionnel  
 Autres manifestations du stress

---

**Le renforcement de la résilience**

---

Efforts organisationnels  
 Stratégies d'atténuation du stress  
 Solidarité  
 Résilience  
 Support social

---

La présente recherche s'est appuyée sur cette adaptation de Norful et al. (2021) du modèle de Karasek and Theorell (1990), puisqu'elle était pertinente non seulement dans une structure qualitative, mais était également adéquate en tenant compte du contexte pandémique. En ce sens, le guide d'entrevue a été conçu autour des thèmes émergés de l'étude de Norful et al. (2021). Par contre, afin de mieux répondre aux questions de recherche, cette étude s'est focalisée sur le stress, l'anxiété, l'épuisement professionnel et la résilience. D'autres manifestations du stress identifiées dans le modèle de Norful et al. (2021) n'ont pas été analysées en profondeur dans le cadre de ce mémoire. Ces éléments

pourront toutefois faire l'objet d'analyses ultérieures ou de publications futures, compte tenu de la taille limitée d'un mémoire.

Ainsi, le stress est compris comme une réponse résultant d'un déséquilibre entre les exigences perçues d'une situation et les ressources de l'individu pour y faire face (Folkman, 2013). L'anxiété constitue l'une des manifestations fréquentes du stress et se traduit par un état d'inquiétude ou d'appréhension face à une situation perçue comme menaçante (AMPQ, 2023). L'épuisement professionnel renvoie à un état d'épuisement émotionnel, cognitif et physique résultant d'une exposition prolongée à des facteurs de stress liés au travail (CCHST, 2025). Enfin, la résilience se définit comme la capacité d'un individu à maintenir son fonctionnement lorsqu'il fait face à des situations d'adversité ou de stress important (Masten, 2001). Dans l'adaptation qualitative du modèle de Karasek and Theorell (1990) proposée par Norful et al. (2021), ces concepts permettent d'éclairer les manifestations psychologiques et physiques du stress chez les travailleurs de la santé ainsi que les mécanismes d'adaptation mobilisés dans un contexte de crise sanitaire.

### **Questions de recherche**

Le cadre conceptuel choisi a aidé à trouver des réponses aux questions sur lesquelles a été fondée la présente recherche, comme :

- 1) Comment les enjeux en PCI ont-ils influencé le stress des infirmières et quelles en ont été ses manifestations?
- 2) Quels sont les ajustements qui pourront être apportés au niveau de la PCI pour rédiger des politiques, des directives et des protocoles plus adéquats, afin de

diminuer l'anxiété et l'épuisement professionnel des infirmières lors des futures crises sanitaires?

- 3) Quels sont les ajustements qui pourront être apportés aux politiques institutionnelles afin d'améliorer la résilience des infirmières lors des futures crises sanitaires?

## **Méthodologie**

Ce chapitre présente la stratégie de recherche avec toutes ses composantes opérationnelles, comme le devis de recherche, la population cible et l'échantillon, les stratégies d'échantillonnage et de recrutement, le milieu de l'étude, le déroulement de l'étude, la collecte et l'analyse des données, les critères de scientificité et les aspects éthiques de la recherche.

### **Devis de recherche**

La présente recherche a été conçue dans une approche inductive, qualitative (Mucchielli, 1991). Longtemps considérée le maillon faible de la recherche, la recherche qualitative a su faire sa place, surtout dans les sciences sociales, puis, inévitablement, dans les sciences infirmières qui s'apparentent à ces dernières. « Faire de la recherche qualitative est une façon de regarder la réalité sociale. Plutôt que de chercher les bonnes réponses, la recherche qualitative se préoccupe également de la formulation des bonnes questions » (Kohn & Christiaens, 2014, p. 69). La recherche qualitative a été choisie pour sa capacité à saisir la réalité dans toute sa complexité, en intégrant à la fois des dimensions objectives (corps, maladies, hôpitaux) et subjectives (valeurs, émotions, contexte) (Broom & Broom, 2024, p. 1). Dans le cadre de cette étude, il s'agissait de comprendre en profondeur l'impact des consignes de prévention et contrôle des infections sur le vécu des infirmières durant une crise épidémiologique majeure. La peur, l'anxiété et la détresse psychologique observées ne peuvent être comprises uniquement à travers des données quantitatives : elles relèvent d'expériences humaines enracinées dans un contexte social

et éthique particulier. Ainsi, l'approche qualitative permet d'explorer cette réalité vécue comme un tout, indissociable du contexte global de la pandémie (Lukenchuk, 2013).

Alors, pour mieux répondre aux questions de recherche et atteindre les objectifs visés, une méthode de recherche de type descriptif rétrospective à visée exploratoire a été adoptée. Selon Fortin and Gagnon (2022) la recherche descriptive exploratoire qualitative constitue une méthode particulièrement appropriée pour décrire les expériences personnelles et les réactions des individus face à un événement ou à une situation. Dans le cas présent, l'étude descriptive exploratoire, qui est aussi une enquête par entrevue, a réussi à offrir une réponse globale aux questions de recherche de cette étude et a permis l'exploration des liens entre les politiques en PCI et les diverses manifestations du stress chez les infirmières, en ajoutant des précisions, dans ce contexte pandémique.

### **Population cible et échantillon**

La population visée par cette recherche est formée par l'ensemble des infirmières techniciennes (détenant un diplôme d'études collégiales en soins infirmiers), infirmières cliniciennes (détenant un diplôme d'études universitaires de premier cycle en sciences infirmières) et infirmières en pratique avancée (détenant un diplôme de 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> cycle en sciences infirmières), ayant travaillé en milieu hospitalier au Québec durant la pandémie de la Covid-19 (2020 à 2023).

La taille de l'échantillon pour une étude ayant une population relativement homogène a été établie, selon certains chercheurs (Hennink & Kaiser, 2022), entre neuf et 17 participants. Cependant, la taille idéale d'un échantillon qualitatif est encore une

question largement discutée. Pour Creswell (1998), la taille de l'échantillon idéal en recherche qualitative se situe entre cinq et 25 participants. En tenant compte de ces opinions (Creswell, 1998; Hennink & Kaiser, 2022), mais également du principe de la saturation des données, principe considéré comme « la pierre angulaire de la rigueur dans la détermination de la taille des échantillons dans la recherche qualitative » (Hennink & Kaiser, 2022, p. 9), la taille de l'échantillon pour la présente étude a été établie entre 15 et 25 participants.

La composition de l'échantillon a été un autre élément essentiel à établir avant d'entreprendre la collecte des données pour cette recherche. Ainsi, afin d'avoir une meilleure représentation de la population infirmière du Québec, cette étude a tenté de respecter la proportion hommes - femmes et infirmières techniciennes - cliniciennes - en pratique avancée, selon les données statistiques publiées par l'Ordre professionnel des infirmiers et infirmières du Québec (OIIQ). Selon ces statistiques (OIIQ, 2021), au Québec, au début de la pandémie de la Covid-19, soit en 2020 - 2021, l'effectif infirmier comportait 11,6% hommes et 88,4% femmes. Par rapport au niveau de diplomation des infirmières, les statistiques de l'OIIQ pour 2020 - 2021 affichent une proportion de 50,1% infirmières détentrices d'un diplôme d'études collégiales (DEC) en soins infirmiers, 44,5% infirmières ayant une formation de premier cycle universitaire en sciences infirmières (BAC) et 5,4% infirmières détentrices d'un diplôme de 2<sup>e</sup> ou de 3<sup>e</sup> cycle universitaire, dans le même domaine d'études. Donc, dans l'échantillon de 20 participants, la pondération hommes – femmes calculée a été de deux hommes pour dix-huit femmes. Par la suite, selon le niveau de diplomation, l'échantillon devrait comporter dix infirmières

détentrices d'un DEC, neuf infirmières détentrices d'un BAC et une infirmière détentrices d'un diplôme de 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> cycle universitaire en sciences infirmières. Toutefois, conformément aux principes de la recherche qualitative, la sélection des participantes visait également à recruter des infirmières susceptibles de fournir des informations riches et pertinentes en lien avec la question de recherche.

Afin de mieux choisir les participants à la recherche, des critères d'inclusion et d'exclusion ont été établis. Les critères d'inclusion et d'exclusion étaient assez spécifiques, aidant ainsi au contrôle des variables parasites.

Les critères d'inclusion ont été : infirmière technicienne, clinicienne ou en pratique avancée ayant travaillé pour un minimum de six mois en milieu hospitalier au Québec au début de la pandémie de la Covid-19, soit entre mars 2020 et mars 2021 et ayant un minimum de six mois d'expérience en tant qu'infirmière en milieu hospitalier au début de la pandémie.

Les critères d'exclusion ont été : candidate à l'exercice de la profession infirmière (CEPI), infirmière n'ayant aucune expérience en milieu hospitalier au début de la pandémie (en mars 2020), infirmière gestionnaire, conseillère clinique et toute autre infirmière n'ayant pas travaillé directement auprès des patients en milieu hospitalier durant la pandémie de la Covid-19.

### **Stratégies d'échantillonnage et de recrutement**

L'échantillonnage utilisé dans cette étude a été non-probabiliste par choix raisonné. Également connu sous le nom d'échantillonnage par jugement, ce type

d'échantillonnage a été employé afin de rendre l'échantillon comparable proportionnellement à l'effectif infirmier existant au Québec pendant la crise sanitaire (OIIQ, 2021).

Dans un premier temps, le recrutement a été effectué parmi les étudiants et étudiantes de l'Université du Québec en Outaouais (UQO), en installant des affiches de recrutement (annexe C) sur le babillard de l'université, en offrant des dépliants et des affichettes aux étudiants présents sur le campus lors des diverses activités, en répandant l'information aux professeurs, chargés de cours et étudiants et en envoyant des courriels (annexe C) aux étudiants via les associations étudiantes. Cette phase initiale a duré entre mars 2024 et juin 2024 et s'est soldée avec échec. Aucun étudiant n'avait alors répondu à l'appel.

Par la suite, une modification a été demandée au Comité de l'éthique de la recherche de l'UQO (CER) en juin 2024, afin d'élargir le bassin de potentiels candidats au sein de l'entière du réseau universitaire UQ (UQAC, UQAM, UQAR, UQAT, UQO et UQTR). Les mêmes efforts ont été déployés pour cette deuxième tentative de recrutement (courriels via les associations étudiantes, affiches, affichettes, etc.). Cette deuxième phase a duré entre juin 2024 et octobre 2024 et s'est soldée par un nouvel échec. Toujours personne n'avait démontré l'intérêt pour la participation à l'étude.

Dans un dernier temps, une autre rectification a été demandée au Comité de l'éthique de la recherche de l'UQO (CER), en octobre 2024, afin d'élargir davantage le bassin de potentiels candidats à la recherche, en incluant l'ensemble des infirmiers et infirmières du Québec. Cette fois-ci, la stratégie de recrutement avait changé, en

employant la publication de l’affiche de recrutement via les réseaux sociaux (Facebook<sup>®</sup>, Instagram<sup>®</sup> et divers forums de discussion). De plus, l’étudiante-chercheure, avec l’accord des professeurs de l’université UQO, a offert, à deux reprises, de courtes présentations du projet lors des cours du premier cycle, afin de susciter l’intérêt des étudiants et stimuler la participation à l’étude. Cette nouvelle approche de recrutement a duré entre octobre 2024 et décembre 2024. Grâce à cette nouvelle stratégie, tous les participants à l’étude ont été repérés.

### **Milieu de l’étude**

Le milieu de cette étude a été celui des soins aigus, donc le milieu hospitalier du Québec. Les infirmières qui ont participé à cette recherche provenaient des centres hospitaliers appartenant aux CISSS, aux CIUSSS, aux centres hospitaliers spécialisés, ou aux agences de placement en main-d’œuvre indépendante (MOI) qui œuvraient dans les centres hospitaliers.

Concrètement, les participants à cette recherche provenaient de trois CISSS des régions différentes (Laurentides, Lanaudière et Outaouais), de trois CIUSSS de l’Île de Montréal (Nord de l’Île, Est de l’Île et Centre-Sud), de deux hôpitaux spécialisés (CHUM et l’Institut Pinel) et d’une agence (MOI). Au total, les participants provenaient des neuf centres hospitaliers différents (l’hôpital de Saint-Jérôme, l’hôpital de Lachute, l’hôpital de Joliette, l’hôpital de Gatineau, l’hôpital Sacre-Cœur, l’hôpital Notre-Dame, l’hôpital Santa-Cabrini, CHUM et l’Institut Pinel).

Par rapport aux milieux des soins, l'échantillon a été très diversifié. Ainsi, les participants à l'étude avaient travaillé sur divers départements pendant la pandémie, comme ceux de médecine, de pneumologie, de cardiologie, de psychiatrie, de pédiatrie, de l'urgence, des soins intensifs ou sur des départements désignés Covid.

Cette diversification de centres hospitaliers et de milieux cliniques a aidé à créer une image plus précise de l'ensemble du milieu hospitalier québécois.

### **Déroulement de l'étude**

Après l'approbation du Comité de l'éthique à la recherche (CER) de l'Université du Québec en Outaouais (UQO) le 21 mars 2024 (annexe I), certification qui a été renouvelée en mars 2025, l'étudiante-chercheure a débuté le recrutement des participants. Les trois phases du processus de recrutement et les stratégies employées ont été détaillées dans la section précédente. Les outils de collecte des données (guide d'entrevue, rapport post-entrevue, formulaire sociodémographique et journal de bord) ont été validés par différents professeurs de l'université dans le cadre des cours préparatoires à la recherche, par les deux directeurs de recherche, ainsi que par le CER. De plus, ces outils ont été validés par un prétest et améliorés par la suite. Une fois les outils testés, modifiés et validés, la collecte des données a débuté avec 20 entrevues individuelles semi-dirigées. Avant chaque entrevue, un formulaire de consentement à la recherche (annexe H) a été envoyé par courriel au participant. Les entrevues ont été réalisées entre le 29 octobre et le 18 décembre 2024, dont la durée moyenne a été de 42 minutes. Les questionnaires sociodémographiques (annexe D) ont été remplis pendant les entretiens. Lors des

entrevues, l'étudiante-chercheure a utilisé le guide d'entrevue (annexe E). Des rapports post-entrevues (annexe F) ont été complétés immédiatement après chaque entrevue et des entrées au journal de bord (annexe G) ont été effectuées au même moment et tout au long de la collecte et de l'analyse des données. Les entrevues se sont déroulées via la plateforme Zoom<sup>®</sup> à un moment communément choisi par le participant et l'étudiante-chercheure et enregistrées avec le consentement des participants. Uniquement les fichiers enregistrés en format audio ont été retenus, puis retranscrits intégralement en utilisant le logiciel Word<sup>®</sup>.

### **Collecte des données et outils**

La principale méthode de collecte des données utilisée dans cette étude a été l'entrevue individuelle semi-dirigée, réalisée à l'aide d'un guide d'entrevue élaboré à partir du cadre conceptuel de l'étude. Des outils complémentaires ont aidé également l'étudiante-chercheure dans sa démarche pour collecter les données : un guide d'entrevue (annexe E), un questionnaire sociodémographique (annexe D), des rapports post-entrevues (annexe F) et un journal de bord (annexe G). Dans cette section, les cinq outils ont été présentés en détail. Par la suite, la phase de la validation de contenu de ces instruments a été illustrée. Pour conclure la section, la stratégie de l'analyse des données a été également exposée.

#### **Entrevue individuelle semi-dirigée**

Afin de mieux comprendre le sens d'un phénomène vécu selon la réalité de chaque participant (Fortin & Gagnon, 2022), l'utilisation des entrevues semi-dirigées, ou semi-structurées a été nécessaire. Contrairement aux entretiens structurés, ce type d'entretien

permet un certain degré de souplesse, grâce à l'utilisation des questions ouvertes qui offrent au participant l'espace de s'exprimer librement. De plus, contrairement aux entretiens non structurés, ce type d'entretien permet de centrer le discours du participant autour des thématiques bien définies par le chercheur dans son guide d'entrevue (Creswell, 1998).

### **Questionnaire sociodémographique**

Le questionnaire sociodémographique (annexe D), administré verbalement en début d'entretien, a permis de vérifier le respect des critères d'inclusion et de recueillir des informations sur le profil des participants (âge, sexe, situation familiale, niveau d'études, expérience et type de poste). Ces données ont servi à décrire les manifestations du stress rapportées par les participantes en lien avec la PCI, selon trois degrés de stress exprimés : peu, moyennement ou très stressé. D'autres questions portaient sur le quart de travail et le type d'établissement, afin d'analyser la satisfaction des infirmières face à divers aspects organisationnels (communication, soutien, formation, équipements, accompagnement psychologique), également regroupés en trois niveaux : satisfait, moyennement satisfait ou insatisfait.

### **Guide d'entrevue**

Le guide d'entrevue (annexe E) a été conçu en tenant compte de trois éléments :

1) les thèmes issus du cadre de référence de Norful et al. (2021);

2) les trois niveaux des mesures en PCI (MSSS, 2017);

3) les directives en PCI du MSSS (2020 - 2023) appliquées en milieu hospitalier au Québec durant la pandémie de la Covid-19 (annexe A).

Bien que les critères d'inclusion exigent que les participantes aient travaillé en milieu hospitalier au début de la pandémie (mars 2020 à mars 2021), les questions du guide d'entrevue portaient plus largement sur leur expérience professionnelle durant la période pandémique, incluant les vagues ultérieures.

Dans le tableau 3, les concepts du modèle théorique de Karasek and Theorell (1990) figurent dans la première colonne, les thèmes adaptés par Norful et al. (2021) figurent dans la deuxième colonne et les sous-thèmes de l'étude de Norful et al. (2021) figurent dans la troisième colonne. Une permission écrite a été demandée aux chercheurs. Dr Allison A. Norful avait accepté avec gracieuseté le partage de son modèle pour l'utilisation dans la présente recherche.

**Tableau 3**

*L'adaptation du modèle de Norful et al. (2021)*

<b>Concepts du modèle de Karasek and Theorell (1990)</b>	<b>Concepts du modèle adapté par Norful et al. (2021)</b>	<b>Thèmes de l'étude de Norful et al. (2021)</b>
<b>Job demand (Exigences du travail)</b>	La peur de l'incertitude	Navigation dans le flux d'informations Rythme du changement ÉPI – facteur de stress Risque d'infection
<b>Job control (Latitude décisionnelle des travailleurs)</b>	Les manifestations du stress	Anxiété Épuisement professionnel Autres manifestations du stress
<b>Job support (Support des travailleurs)</b>	Le renforcement de la résilience	Efforts organisationnels Stratégies d'atténuation du stress Solidarité Résilience Support social

Aux thèmes et sous-thèmes développés par Norful et al. (2021) ont été ajoutés les éléments de la pyramide des mesures en PCI (MSSS, 2017). Dans le tableau 4, les ajouts mentionnés sont inscrits en italique.

**Tableau 4***Sous-thèmes pour la conception du guide d'entrevue*

<b>Sous-thèmes de l'étude de Norful et al. (2021)</b>
<b>Navigation dans le flux d'informations</b> ( <i>Communication; Politiques en PCI; Formation en PCI</i> )
<b>Rythme du changement</b>
<b>ÉPI – facteur de stress</b> ( <i>Les mesures d'organisation des lieux et d'ingénierie; Les mesures administratives et organisationnelles en PCI; Les mesures de protection individuelle</i> )
<b>Risque d'infection</b>
<b>Anxiété</b>
<b>Épuisement professionnel</b>
<b>Autres manifestations du stress*</b>
<b>Efforts organisationnels</b>
<b>Stratégies d'atténuation du stress</b>
<b>Solidarité</b>
<b>Résilience</b>
<b>Support social</b>

Le guide d'entrevue (annexe E) a été élaboré en fonction de tous les éléments présentés dans le Tableau 4, et des questions ouvertes ont été formulées afin de réaliser une entrevue semi-dirigée.

**Rapport post-entrevue**

Un autre outil employé lors de la collecte des données a été le rapport post-entrevue (annexe F). Le but de cet outil a été de colliger l'information immédiatement après chaque entretien, afin de mentionner les détails concernant le déroulement de celui-ci, comme la date et l'heure de l'entrevue, le type de référence qui a aidé au recrutement du participant, le lieu physique du participant et le climat de l'entrevue. De plus, cet outil a favorisé la captation de la partie non verbale de l'entrevue, comme le langage corporel du participant, ses attitudes envers certaines questions, ses émotions et son ressenti en général. De surcroît, le rapport post-entrevue a fourni également des éléments clés par rapport au contenu de l'entrevue, comme les points forts, les thèmes oubliés et l'information à privilégier lors de l'analyse des données.

### **Journal de bord**

Un dernier outil employé pour la collecte des données a été le journal de bord (annexe G). Selon Baribeau (2005), cet outil capte la narration des événements, le déroulement des étapes cruciales de la recherche, les émotions et les pensées du chercheur, dans le but d'établir des liens entre les données recueillies et l'analyse. Le journal de bord inclut les notes descriptives concernant les données de recherche, les notes théoriques sur la conceptualisation des idées, ainsi que les notes méthodologiques concernant directement la conduite de la recherche.

### **Validation du contenu et prétest des outils de collecte des données**

Les cinq outils de la collecte des données présentés plus haut ont été prétestés à l'aide de deux participants ( $n = 2$ ) correspondant aux critères d'inclusion et d'exclusion de cette recherche, en mars 2023. Les données recueillies lors de ce prétest n'ont pas été incluses dans l'analyse des résultats et ces participants ne font pas partie de l'échantillon final de l'étude. Ce prétest avait pour objectif de vérifier la clarté, la pertinence et la cohérence des questions du guide d'entrevue ainsi que le fonctionnement des autres outils de collecte des données. À la suite de cette étape, certaines modifications mineures ont été apportées au contenu et à la formulation de certaines questions, afin de mieux répondre aux objectifs de l'étude et de renforcer les liens avec le cadre conceptuel choisi. Les outils complémentaires de collecte des données (guide d'entrevue, rapport post-entrevue, formulaire sociodémographique et journal de bord) ont été, par la suite, validés par différents professeurs de l'université dans le cadre des cours préparatoires à la recherche,

par les deux directeurs de recherche, ainsi que par le Comité de l'éthique à la recherche (CER) de l'Université du Québec en Outaouais (UQO).

### **Analyse des données**

La stratégie d'analyse des données retenue dans le cadre de la présente étude a été l'analyse de contenu thématique de Braun and Clarke (2006), assistée par le logiciel NVivo 15<sup>®</sup>. Selon ces auteurs, l'analyse thématique est une méthode permettant d'identifier et d'analyser les thèmes. Cette méthode d'analyse des données permet de traiter de manière systématique le contenu implicite (latent) et explicite (sémantique) (Mucchielli, 1991). Pour cette analyse, les composants du cadre conceptuel ont permis de classer les données recueillies, et de les catégoriser selon les trois objectifs de la recherche.

L'analyse des données a été réalisée en six étapes :

- 1) la familiarisation avec les données;
- 2) la génération des codes initiaux;
- 3) la recherche des thèmes;
- 4) la révision des thèmes;
- 5) les définitions et les libellés des thèmes;
- 6) la production du rapport.

#### **Étape 1 : Familiarisation avec les données**

Après la réalisation des entrevues individuelles, l'étudiante-chercheure a procédé à la transcription des dialogues enregistrés en format audio, sous forme de verbatim, dans le logiciel Word®. Cette étape s'est réalisée tout au long du mois de décembre 2024.

Par la suite, les verbatim ont été lus et relus à plusieurs reprises, afin de permettre à l'étudiante-chercheure de se familiariser avec leur contenu et de s'immerger dans les données recueillies et transcrites. Durant ces lectures, l'étudiante-chercheure a pris des annotations informelles. Cette étape s'est déroulée pendant le mois de janvier 2025.

Par la suite, les 20 verbatim et les 20 rapports post-entrevues ont été importés dans le logiciel NVivo 15®. Ainsi, 20 cas ont été créés dans ce logiciel, chaque cas contenant le verbatim et son rapport post-entrevue.

Suivant la création des cas, neuf attributs ont été inclus dans l'application : genre, âge, scolarité, années d'expérience, type d'organisation, milieu-spécialité, type de poste, quart de travail et situation familiale (tableau 5).

**Tableau 5**

*Les attributs de classification des cas en NVivo 15®*

<b>Parti cipant</b>	<b>Âge</b>	<b>Sexe</b>	<b>Expé- rience</b>	<b>Scolarité</b>	<b>Situation familiale</b>	<b>Quart</b>	<b>Poste</b>	<b>Milieu</b>	<b>Organis- ation</b>
Cas 1	56- 60	F	19 ans	1 <sup>er</sup> cycle	En couple	Nuit	TC	Covid	CISSS
Cas 2	26- 30	F	6 ans	1 <sup>er</sup> cycle	En couple	Soir	TC	Urgence	CISSS
Cas 3	26- 30	F	5 ans	DEC	En couple	Jour	TP	Covid	CISSS
Cas 4	26- 30	F	6 ans	1 <sup>er</sup> cycle	Vit seul	Soir	TC	Pneumolo- gie	CISSS
Cas 5	26- 30	F	1 an	DEC	Vit seul	Nuit	TC	Pneumolo- gie	CISSS
Cas 6	26- 30	F	10 ans	DEC	Vit seul	Jour	TC	Médecine	Agence MOI
Cas 7	26- 30	F	5 ans	DEC	En couple	Jour	TP	Pneumolo- gie	CISSS
Cas 8	26- 30	F	4 ans	1 <sup>er</sup> cycle	Avec parents	Jour	TP	Cardiologi- e	CISSS

Participa nt	Âge	Sexe	Expérie nce	Scolarité	Situation familiale	Quart	Poste	Milieu	Organis ation
Cas 9	46- 50	F	4 ans	DEC	Vit seul	Nuit	TC	Pneumolo gie	CISSS
Cas 10	26- 30	F	2 ans	DEC	En couple	Nuit	TC	Courte durée	CISSS
Cas 11	36- 40	F	15 ans	1 <sup>er</sup> cycle	En couple	Rotation	TC	Médecine	CISSS
Cas 12	26- 30	F	4 ans	2 <sup>e</sup> cycle	Vit seul	Rotation	TP	Soins intensifs	CIUSSS
Cas 13	46- 50	F	1 an	DEC	Vit seul	Soir	TC	Covid	CISSS
Cas 14	31- 35	F	7 ans	1 <sup>er</sup> cycle	En couple	Nuit	TC	Soins intensifs	CISSS
Cas 15	41- 45	F	19 ans	DEC	En couple	Rotation	TP	Urgence	CISSS
Cas 16	31- 35	F	8 ans	1 <sup>er</sup> cycle	Vit seul	Rotation	TC	Psychiatri c/ Pédiatrie	Hôpital Spéciali sé
Cas 17	26- 30	F	3 ans	1 <sup>er</sup> cycle	Vit seul	Nuit	TP	Soins intensifs	Hôpital Spéciali sé
Cas 18	31- 35	M	3 ans	1 <sup>er</sup> cycle	En couple	Nuit	TC	Soins intensifs	CIUSSS
Cas 19	31- 35	M	3 ans	DEC	Vit seul	Jour	TC	Médecine	CIUSSS
Cas 20	41- 45	F	6 ans	1 <sup>er</sup> cycle	En couple	Soir	TC	Médecine	CISSS

Source : Tableau tiré du logiciel NVivo 15®

## Étape 2 : Génération des codes initiaux

La génération des codes initiaux s'est effectuée dans le logiciel NVivo 15® pendant les mois de février et mars 2025.

La première partie de ce processus a été de lire et faire quelques observations générales sur cinq cas choisis de manière aléatoire, afin de noter les premières impressions et observations. Ces observations ont servi comme réponses préliminaires aux trois questions de l'étude.

Par la suite, une codification simple a permis le développement d'un ensemble de codes initiaux, provenant des 20 verbatim. Ces codes initiaux représentent les plus petits

segments de l'analyse des données (les unités du sens), identifiant des aspects intéressants de ces dernières et organisant, par la suite, les groupes de sens (sous-thèmes) (Braun & Clarke, 2006). Dans un premier temps, 267 codes initiaux ont été identifiés. Par la suite, les codes ont été regroupés en fonction de leur ressemblance sémantique. Ainsi, certains codes ont été fusionnés, car trop similaires. En fusionnant ces unités du sens, la liste des codes initiaux a diminué de 267 à 173.

### **Étape 3 : Recherche des thèmes**

Après le fusionnement des codes trop semblables, une classification des codes a été effectuée, en agrégeant les codes initiaux, par similitude contextuelle, en groupes de sens (sous-thèmes), en suivant le cadre de référence de Norful et al. (2021), sur lequel le guide d'entrevue avait été conçu. Par la suite, les sous-thèmes ont été regroupés en thèmes et chaque thème a été classifié selon une des trois questions de recherche. Ce processus a été effectué en tenant compte des concepts issus du cadre conceptuel et en faisant les liens avec ce dernier. Dans un premier temps, les 173 codes initiaux retenus ont été regroupés en sous-thèmes. Ainsi, 31 sous-thèmes ont émergé. Par la suite, ces 31 sous-thèmes ont été regroupés en 7 thèmes.

### **Étape 4 : Révision des thèmes**

Cette quatrième étape a consisté dans la révision des thèmes émergés dans l'étape précédente. La révision des thèmes a été effectuée par l'intermédiaire d'une évaluation de type interjuges effectuée en collaboration avec l'équipe des directeurs de recherche.

Pour ce faire, cinq cas ont été choisis de manière aléatoire parmi les 20 existants (C 2, C 4, C 5, C 9, C 14). Le but de l'approche a été d'analyser et sortir les sous-thèmes et thèmes de ces cinq cas, afin de valider la pertinence de l'encodage.

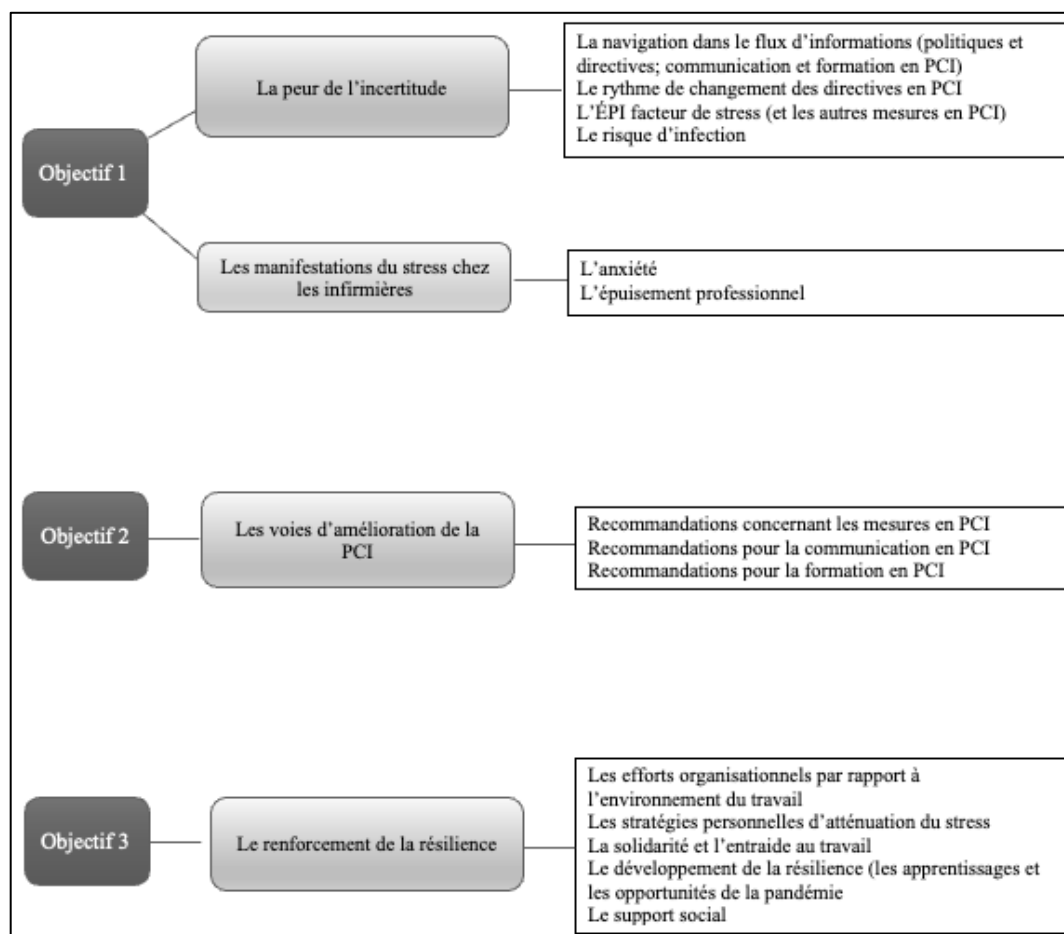
Une rencontre de discussions a eu lieu le 28 mars 2025 entre l'étudiante-chercheuse et les directeurs de recherche, afin de réviser les codes, les sous-thèmes et les thèmes émergés de l'analyse. Lors de cette évaluation, les données avaient été réexaminées en lien avec les thèmes définis. Ce processus a été effectué aussi dans le respect des principes de l'homogénéité interne (données cohérentes à l'intérieur du thème) et de l'hétérogénéité externe (distinctions claires et identifiables entre les thèmes) (Patton, 1990).

### **Étape 5 : Définition et libellé des thèmes**

Cette cinquième étape a consisté dans le raffinement de l'analyse à partir des thèmes et sous-thèmes ressortis. De plus, les extraits des données (verbatim) ont été organisés sous chacun des thèmes, afin de développer un narratif identifiant l'essence de chaque thème, toujours en conformité avec le modèle de Braun and Clarke (2006). Par la suite, les thèmes retenus ont été mis en relation avec les autres thèmes, définis et libellés de manière brève et claire. Cette étape a eu lieu à la fin du mois de mars 2025 et une carte thématique a été élaborée (figure 7).

Figure 7

## Carte thématique

**Étape 6 : Production du rapport**

Cette dernière étape a consisté dans la rédaction du rapport d'analyse et « faire parler les données » de manière concise, logique, structurée, en relation avec la littérature, le cadre de référence et les questions de la recherche (Braun & Clarke, 2006).

La production du rapport a été effectuée pendant le mois de mars 2025. Le rapport, présenté dans la section *Résultats*, dévoile les conclusions de la recherche sous forme d'analyse narrative incluant des extraits des verbatim. Par la suite, les données du rapport

ont été analysées, interprétées et comparées avec les études existantes dans la section *Discussion*. Cette dernière étape a été effectuée entre avril et septembre 2025.

### **Critères de scientificité**

Afin de réussir à concevoir une recherche de qualité, le respect des critères de rigueur essentiels pour une recherche qualitative, comme la crédibilité, la transférabilité, la fiabilité et la confirmabilité est obligatoire (Fortin & Gagnon, 2022). Dans ce contexte, le directeur et la co-directrice de recherche ont joué un rôle clé en assurant la supervision scientifique de l'ensemble du processus, en validant les choix méthodologiques et en garantissant la cohérence et la rigueur des analyses effectuées par l'étudiante-chercheure.

Selon Fortin and Gagnon (2022), la crédibilité renvoie à la fidélité dans la description des phénomènes. La crédibilité peut être atteinte si le processus de la collecte et de l'analyse des données est itératif (fidèle), si la technique de la triangulation est utilisée afin de corroborer les données, si la durée de l'entrevue est optimale pour recueillir le plus d'informations possible et si le processus de transcription d'après les enregistrements en format audio est validé par un autre membre de l'équipe. Dans le contexte de cette étude, la triangulation des méthodes de collecte des données a été effectuée à l'aide des entrevues individuelles, des questionnaires sociodémographiques et des notes réflexives dans les rapports post-entrevue et dans le journal de bord. La durée moyenne des entrevues d'environ 42 minutes a été optimale, s'inscrivant dans la moyenne de temps allouée pour les entrevues semi-dirigées utilisée en général dans la recherche

qualitative. Quant aux transcriptions des données d'après les enregistrements audios, elles ont été supervisées et validées par les directeurs de recherche.

La transférabilité réfère à la possibilité que les phénomènes décrits dans une étude puissent être observés dans d'autres situations ou espaces (Fortin & Gagnon, 2022). La transférabilité a été assurée en utilisant des données sociodémographiques, en étudiant le phénomène en profondeur lors de la recension des écrits et en utilisant le principe de saturation des données. De plus, ce critère a été assuré par le fait que l'étude, étant pan québécois, a amené la possibilité d'une transférabilité des résultats dans les milieux hospitaliers hors Québec.

Le critère de fiabilité fait référence à la consistance des données et à la constance dans les résultats (Fortin & Gagnon, 2022). Ce critère a été atteint en tenant un journal de bord, en permettant la reproduction des données et en coanalysant les données avec d'autres chercheurs. Dans le cadre de cette recherche, la fiabilité a été également obtenue en utilisant un échantillonnage par choix raisonné et en obtenant la saturation des données.

La confirmabilité, ou la neutralité, réfère à l'exigence d'assurer l'objectivité des données recueillies ainsi que de leur interprétation (Fortin & Gagnon, 2022). Elle a été atteinte en recueillant des données objectivables et en étant transparent en tant que chercheur. Dans le cadre de cette étude, l'étudiante-chercheure a consigné toutes les étapes de l'ensemble du processus de l'analyse des données dans le journal de bord, tout en étant étroitement supervisée par l'équipe des directeurs. Pour renforcer ce critère, tous les résultats décrits dans la présente étude ont été appuyés par des verbatim provenant des entrevues avec les participants. Également, une évaluation interjuges a été effectuée sur

une portion du matériel au milieu du processus de codification, et ce, afin d'assurer la validité de l'analyse de contenu.

### **Aspects éthiques**

Le projet de recherche a reçu l'approbation éthique du Comité d'éthique à la recherche (CER) de l'UQO, conformément aux principes de l'Énoncé de politique des trois Conseils (ÉPTC 2, 2022) le 21 mars 2024 (voir annexe I) : respect des personnes, préoccupation pour le bien-être et justice. Le consentement libre, éclairé et continu des participants a été obtenu, et la confidentialité a été strictement assurée grâce à l'anonymisation des données et à la conservation sécurisée des documents. Seule l'équipe de recherche avait accès aux identités réelles. Toutes les données seront conservées selon les normes institutionnelles, puis détruites ou anonymisées après la période prescrite. Enfin, une attention particulière a été portée à la justice et à l'équité, notamment pour protéger les participants potentiellement vulnérables ou ayant vécu des troubles de santé mentale liés au stress.

### **Considérations d'équité, diversité et inclusion**

L'étudiante-chercheure s'est assurée que l'échantillon ciblé par cette recherche représente pleinement la population à l'étude. Ainsi, les questions liées aux traitements justes et équitables ont été posées lors de la prise de décision de l'inclusion ou d'exclusion des participants. Dans aucun cas, les participants n'ont pas été exclus de l'étude en raison des « facteurs, tels que la culture, la langue, le genre, la race, l'origine ethnique, l'âge ou un handicap » (ÉPTC 2, 2022, p. 74) ou d'une vulnérabilité circonstancielle.

## Résultats

Ce chapitre présente les résultats de l'étude. Dans un premier temps, une synthèse du profil sociodémographique des participants a été rédigée. Par la suite, les résultats de l'analyse thématique ont été présentés en lien avec le cadre conceptuel retenu, sous forme d'une narration. Le constat rédigé faisait état des conséquences psychologiques des directives en prévention et contrôle des infections (PCI) chez les infirmières œuvrant en milieu hospitalier pendant la pandémie de la Covid-19. Les voies d'amélioration de la PCI suggérées par les participants à l'étude ont également fait partie de cette narration.

### **Profil sociodémographique des participants**

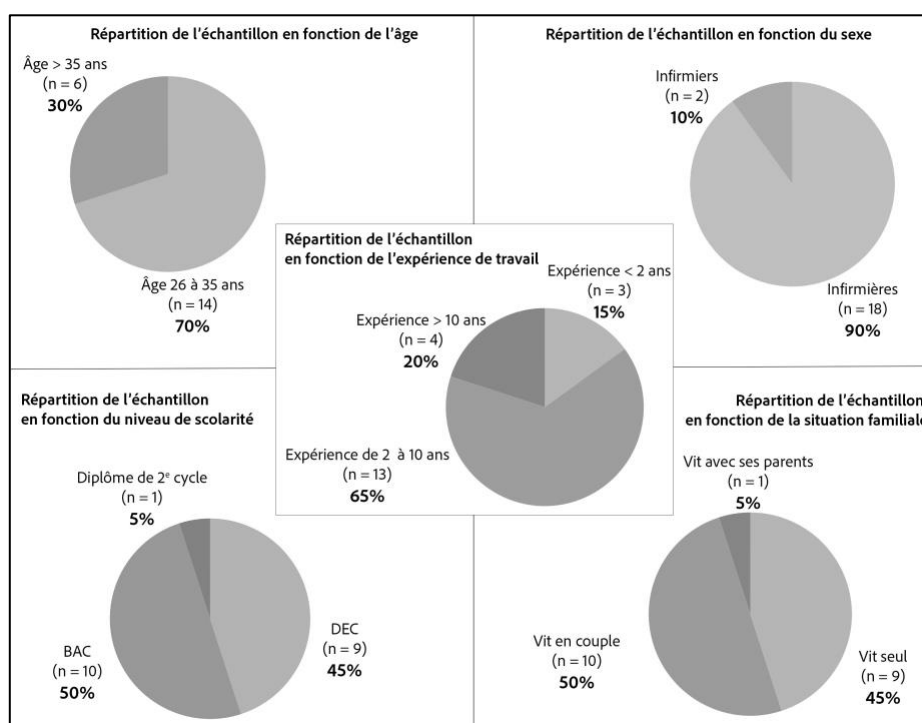
La saturation des données a été atteinte vers le vingtième entretien. Au total, 20 infirmières et infirmiers (n = 20) ont participé à l'étude (voir tableau 5). Par rapport à l'âge, 70% des participants (n = 14) étaient âgés de 26 à 35 ans. Par rapport au sexe, l'échantillon a été composé de 90% femmes (n = 18) et 10% hommes (n = 2). Par rapport à l'expérience de travail, 15% des participants (n = 3) avaient une expérience de moins de deux ans au début de la pandémie, 65% (n = 13) avaient une expérience entre deux et dix ans et 20% (n = 4) avaient une expérience de dix ans ou plus. Par rapport au niveau de scolarité, 45% des participants (n = 9) détenaient un diplôme d'études collégiales, 50% des participants (n = 10), un diplôme d'études universitaires de 1<sup>er</sup> cycle et 5% (n = 1) un diplôme universitaire de 2<sup>e</sup> cycle en sciences infirmières. Un autre élément du portrait sociodémographique de l'échantillon analysé a été la situation familiale. Cet élément a été recueilli afin de pouvoir faire des liens entre l'état psychologique des infirmières et leur support familial, dans ce contexte pandémique, où les rassemblements et les visites étaient

quasiment interdits. Ainsi, 55% de l'échantillon ( $n = 11$ ) vivait en couple ou avec les parents et 45% de l'échantillon ( $n = 9$ ) vivait seul.

Les données par rapport à l'âge, au sexe, à l'expérience de travail, au niveau de scolarité et à la situation familiale ont été illustrées à l'aide des graphiques dans la figure 8.

**Figure 8**

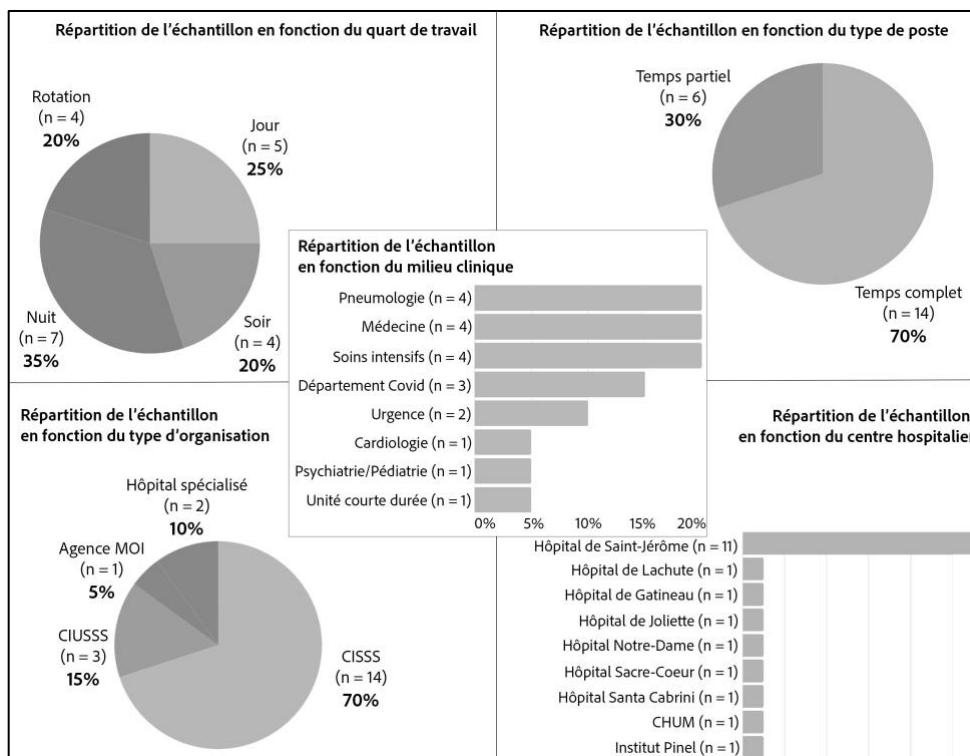
*Répartition de l'échantillon en fonction de l'âge, sexe, expérience de travail, niveau de scolarité et situation familiale*



Les données par rapport au quart de travail, au type de poste, au milieu clinique, au type d'organisation et au centre hospitalier ont été illustrées à l'aide des graphiques dans la figure 9.

**Figure 9**

*Répartition de l'échantillon en fonction du quart de travail, type de poste, milieu clinique, type d'organisation et centre hospitalier*



Lors de la conception des cas dans le logiciel NVivo 15<sup>®</sup>, des attributs descriptifs comme l'âge, le sexe, l'expérience de travail, le type de poste et la situation familiale ont été créés afin de permettre de lancer une requête exploratoire pour examiner ces derniers en lien le stress vécu par les infirmières pendant la pandémie de Covid-19. Les données recueillies ont été mises en évidence dans le tableau 6.

**Tableau 6***Le stress en fonction des caractéristiques démographiques*

<b>Catégorie</b>	<b>Nombre de participants</b>	<b>Peu ou pas stressé</b>	<b>Moyennement stressé</b>	<b>Très stressé</b>
<b>Sexe</b>				
Féminin	18	2	4	12
Masculin	2	1	-	1
<b>Âge</b>				
26-35	14	1	3	10
36-45	3	2	-	1
46-60	3	-	1	2
<b>Expérience de travail</b>				
0 à 5 ans	9	1	-	8
5 à 10 ans	8	-	2	6
10 ans et plus	3	2	1	-
<b>Type de poste</b>				
Temps complet (TC)	14	2	4	8
Temps partiel (TP)	6	1	-	5
<b>Situation familiale</b>				
En couple/avec les parents	11	3	2	6
Vit seul	9	-	2	7

*Note.* *Peu ou pas stressé* : lorsque dans l'ensemble de son récit, le participant se disait peu ou pas stressé, peu importe le contexte en lien avec la PCI; *Moyennement stressé* : lorsque certaines situations stressantes étaient dévoilées dans le récit du participant, en lien avec la PCI, mais il ne mentionnait aucune complication psychologique; *Très stressé* : lorsque dans l'ensemble de son récit, le participant se disait très stressé dans tous ou la plupart de contextes en lien avec la PCI ou mentionnait des complications comme l'anxiété ou l'épuisement professionnel.

Les données révèlent des niveaux de stress élevé plus marqués chez les femmes, mais la faible représentation masculine limite la construction d'une comparaison. En ce qui concerne l'âge, les participants âgés de 26 à 35 ans affichent les niveaux de stress les plus élevés. Toutefois, la petite taille des sous-groupes plus âgés invite à interpréter ces résultats avec prudence. L'analyse selon l'expérience professionnelle montre une certaine

tendance : le stress semble diminuer avec les années d'expérience. Les participants ayant plus de 10 ans d'expérience en éprouvent peu ou pas, ce qui laisse entrevoir un effet protecteur de l'expérience accumulée. En ce qui concerne le type de poste, les travailleurs à temps partiel apparaissent davantage affectés par un stress élevé, bien que le niveau de stress demeure préoccupant dans les deux groupes. Enfin, la situation familiale semble également jouer un rôle : les participants vivant en couple ou avec leurs parents se disaient moins affectés par le stress.

Par la suite, la disponibilité des équipes en PCI sur les différents quarts de travail en milieu hospitalier a été examinée, soit l'accessibilité à de professionnels en PCI pour soutenir le personnel soignant lors de l'application des directives. Les données recueillies ont été mises en évidence dans le tableau 7.

**Tableau 7**

*La disponibilité des équipes en PCI par quart de travail*

<b>Quart de travail</b>	<b>Nombre de participants</b>	<b>Aucun contact ou contacts rarissimes avec l'équipe en PCI</b>	<b>Contacts sporadiques avec l'équipe en PCI</b>	<b>Contacts fréquents avec l'équipe en PCI</b>
<b>Jour</b>	5	-	2	3
<b>Soir</b>	4	-	3	1
<b>Nuit</b>	7	4	2	1
<b>Rotation</b>	4	4	-	-

Les participants du quart de jour rapportent généralement être plus satisfaits de la disponibilité des équipes en PCI, tandis que ceux du quart de nuit et des quarts de rotation expriment davantage d'insatisfaction. Dans cette étude, la disponibilité des équipes en PCI réfère principalement à l'accès du personnel soignant à ces professionnels pour répondre aux questions, offrir du soutien ou fournir des clarifications concernant l'application des

directives. Les participants avaient également mentionné que ces interactions pouvaient être initiées soit par les infirmières elles-mêmes lorsqu'elles sollicitaient des informations, soit par les membres des équipes en PCI lors de leurs passages sur les unités. Les contacts décrits comme fréquents correspondaient généralement à des interactions régulières ou à une présence plus visible des équipes en PCI sur les unités, tandis que les contacts sporadiques renvoyaient à des interactions occasionnelles ou limitées. Les résultats suggèrent une inégale accessibilité des soignants aux équipes en PCI en fonction des horaires.

Le niveau de satisfaction des infirmières a été exploré également selon le type d'organisation, notamment par rapport à la communication avec les équipes en PCI, par rapport à la formation en PCI, par rapport à la disponibilité des équipements de protection individuelle (ÉPI), par rapport au support des gestionnaires et par rapport au soutien psychologique offert (en dehors du programme de l'aide aux employés - PAE). Les données recueillies ont été mises en évidence dans le tableau 8.

**Tableau 8***Le niveau de satisfaction des infirmières selon le milieu*

<b>Milieu</b>	<b>Participants</b>	<b>Communication avec l'équipe en PCI</b>	<b>Formation en PCI</b>	<b>Disponibilité d'ÉPI</b>	<b>Support des gestionnaires</b>	<b>Soutien psychologique (autre que la PAE)</b>
<b>CISSS</b>	14	6 participants insatisfaits (43%) 5 participants moyennement satisfaits (36%) 3 participants satisfaits (21%)	7 participants insatisfaits (50%) 5 participants moyennement satisfaits (36%) 2 participants satisfaits (14%)	9 participants moyennement satisfaits (64%) 5 participants satisfaits (36%)	8 participants insatisfaits (57%) 5 participants moyennement satisfaits (36%) 1 participant satisfait (7%)	13 participants insatisfaits (93%) 1 participant moyennement satisfait (7%)
<b>CIUSSS</b>	3	1 participant insatisfait (33%) 1 participant moyennement satisfait (33%) 1 participant satisfait (33%)	2 participants moyennement satisfaits (67%) 1 participant satisfait (33%)	2 participants moyennement satisfaits (67%) 1 participant satisfait (33%)	1 participant moyennement satisfait (33%) 2 participants satisfaits (67%)	1 participant moyennement satisfait (33%) 2 participants satisfaits (67%)
<b>Hôpitaux spécialisés</b>	2	1 participant insatisfait (50%) 1 participant satisfait (50%)	2 participants satisfaits (100%)	2 participants satisfaits (100%)	2 participants satisfaits (100%)	1 participant moyennement satisfait (50%) 1 participant satisfait (50%)
<b>Agence MOI</b>	1	1 participant moyennement satisfait (100%)	1 participant insatisfait (100%)	1 participant moyennement satisfait (100%)	1 participant insatisfait (100%)	1 participant insatisfait (100%)

*Note. Satisfait* : lorsque dans l'ensemble de son récit, le participant se disait satisfait par rapport à chacun de ces cinq enjeux analysés; *Moyennement satisfait* : lorsque certaines situations insatisfaisantes étaient dévoilées dans le récit du participant, par

rapport à un ou l'autre de ces cinq enjeux; *Insatisfait* : lorsque dans l'ensemble de son récit, le participant s'est révélé très critique et exprimait clairement son insatisfaction par rapport à chaque enjeu analysé.

Les données révèlent certaines différences dans la perception des infirmières selon le type d'établissement. Pour les participants provenant des CISSS, les taux d'insatisfaction semblent élevés par rapport à la communication avec les équipes en PCI, à la formation reçue, au soutien des gestionnaires et au soutien psychologique. Les participants provenant des CIUSSS présentent, quant à eux, des niveaux de satisfaction moyens à élevés, notamment en ce qui concerne le soutien des gestionnaires et la formation. Les participants provenant des hôpitaux spécialisés se démarquent globalement, en mentionnant des niveaux de satisfaction élevés, particulièrement en ce qui a trait à la formation, à la disponibilité de l'ÉPI et au soutien psychologique. Par ailleurs, la travailleuse issue d'une agence de main-d'œuvre indépendante (MOI) rapporte une expérience globalement négative, marquée par une absence d'accès à certaines ressources comme le programme d'aide aux employés (PAE).

En somme, les perceptions des participants concernant la réponse organisationnelle à la pandémie variaient selon les milieux. Certains participants travaillant dans des hôpitaux spécialisés ont rapporté une organisation qu'ils jugeaient plus efficace, tandis que plusieurs participants provenant des CISSS ont exprimé davantage de difficultés liées au soutien organisationnel. Ces observations doivent toutefois être interprétées avec prudence, puisque plusieurs participants provenaient d'un même CISSS, ce qui peut avoir influencé les tendances observées.

## Résultats de l'analyse thématique

Les résultats de l'analyse des verbatim sont présentés selon les 4 thèmes et 14 sous-thèmes issus du cadre conceptuel de Norful et al. (2021) et présentés dans la carte thématique (voir figure 9).

### La peur de l'incertitude

Ce premier thème du modèle de Norful et al. (2021) s'est basé sur la latitude des exigences du travail (*Job demand*) du modèle de Karasek and Theorell (1990). Ce thème contient des sous-thèmes reliés à la navigation dans le flux de l'information, au rythme du changement, aux facteurs de stress en lien avec les mesures en PCI et au risque d'infection.

### La navigation dans le flux d'informations

Ce sous-thème prend en considération les enjeux en PCI reliés aux politiques et directives, à la communication et à la formation en milieu hospitalier québécois pendant la pandémie de la Covid-19.

***L'inconsistance des politiques, les directives et les protocoles PCI.*** Selon plusieurs participants, les directives étaient inadaptées et manquaient d'uniformité, les obligeant à adapter et appliquer leurs propres « protocoles » pour se protéger. Voici un extrait :

*Je pense qu'ils ont perdu un peu le contrôle parce que de nous dire après que tout le monde peut utiliser n'importe quel masque parce qu'ils ont été en manque de masques [...] mon numéro, il n'était plus disponible. [...] J'ai rendu que je mettais deux, mais je ne sais même pas si c'était une bonne pratique. (P 8)*

De même, dans la plupart des centres hospitaliers, les déplacements des infirmières d'une zone de contamination à une autre, ne respectaient aucune logique. Ce point est appuyé par le verbatim suivant :

*Je pouvais aller d'une zone à l'autre. [...] Je pouvais faire 16 heures. Je pouvais être en zone rouge sur une unité, puis mon autre huit heures de temps, je le faisais en zone verte sur une autre unité. (P 6)*

Selon quelques témoignages, certaines directives en PCI étaient tellement contraignantes, que les infirmières décidaient de ne pas les suivre, malgré la peur de réprimandes. On peut en voir un exemple dans l'extrait suivant :

*Tu te questionnes sur est-ce que je vais être réprimandé si je ne le fais pas? Mais rendu là, tu dis, au diable, là, moi, je vais y aller pour vraiment ma protection sans aucun doute, là. (P 14)*

D'autres infirmières avaient exposé des moments où elles se sont fait réprimander pour avoir mis l'ÉPI dans des contextes jugés adéquats par elles, mais inadéquats par le département de la PCI. Voici un témoignage en ce sens :

*J'ai fait, bon, on va faire comme si c'était l'H1N1, là. Je me suis mis la jaquette, les gants, puis le N95. Puis, je m'étais fait reprocher d'avoir utilisé un N95 pour faire un dépistage parce que ce n'était pas encore comme clair que c'était aérien. (P 15)*

Très souvent, les directives données en PCI étaient contradictoires ou même étranges, selon certains participants. L'extrait ci-dessous en est une illustration :

*Ok, mais les masques à cartouches vous protègent, vous. Mais quand vous expirez, les valves expulsent votre propre respiration. [...] Fais que là, il fallait mettre des masques de procédure par-dessus nos cartouches [...] là, ça, c'était un peu rendu ridicule. (P 14)*

Rapidement, le service PCI avait commencé à perdre la crédibilité dans les yeux de beaucoup d'infirmières. Ce manque de confiance dans la PCI est illustré dans l'extrait :

*Bien, pour certains, il y a eu un manque de sérieux dans l'information partagée. Pour d'autres, certaines frustrations de dire, bien, est-ce qu'on est vraiment réellement protégés parce qu'aujourd'hui, on fait telle procédure, le lendemain, ça change. Donc, peut-être perte de confiance en l'information. (P 11)*

***L'incohérence de la communication en PCI.*** La communication entre les départements de la PCI et les travailleurs de première ligne comportait d'innombrables anomalies, selon les propos des participants. Les infirmières se plaignaient souvent d'un manque d'information en PCI et ce témoignage souligne cet aspect :

*[...] je ne pense pas qu'on a eu vraiment des rencontres ou de la formation. [...] Il n'y a pas eu vraiment de renseignement. On était, c'est ça, devant l'inconnu. (P 1)*

Parfois, selon les propos des participants à l'étude, l'information arrivait, mais elle était fractionnée et désordonnée :

*Je trouvais que c'était au compte-gouttes [...] l'information nous était amenée, mais peu à peu au lieu de nous expliquer dans l'ensemble qu'est-ce qu'on pouvait faire. [...] on n'avait pas dans l'ensemble les bonnes informations. (P 13)*

Des fois, la manière dont l'information était présentée n'était pas adéquate et cela est bien illustré dans l'extrait suivant :

*Puis, avec, là, les informations qui se donnaient, on ne savait plus est-ce que c'était bien ou pas bien. C'est de la manière qu'ils nous donnaient les informations, là. Fait que c'était stressant. (P 1)*

La plupart du temps, selon les témoignages des infirmières, l'information était incohérente ou manquait d'explications :

*Je pense que le rythme était soutenu, mais ce qui était le plus déplorable, ce n'est pas tant le rythme, mais plutôt la compréhension ou l'explication derrière. (P 5)*

Souvent, l'information n'était pas claire et portait à confusion, d'après certains témoignages, comme celui de l'extrait ci-bas :

*Donc, ça aussi, c'était très confondant de qui sort de la chambre, qui qu'on isole finalement, après combien de jours. Tout était devenu très ambiguë [...] ça portait à confusion. (P 6)*

Selon les récits des participants, il arrivait assez souvent que les outils de référence en PCI manquaient sur les départements. Concernant les réunions entre la PCI et les infirmières sur les divers départements, elles étaient sporadiques (parfois hebdomadaires, parfois bimensuelles) et ne dépassaient jamais dix minutes, laissant les infirmières avides d'information. De surcroît, les infirmières en PCI couvraient uniquement les quarts de jour pendant la semaine. Pour les quarts défavorables (soir, nuit et fin de semaine), la situation était davantage problématique. Voici un extrait :

*Puis, je vais parler, exemple, pour le quart de nuit. Nous, on en avait plus souvent des caucus comme ça avec l'infirmière [PCI]. Mais le quart de nuit, je ne suis même pas certaine s'il l'avait. (P 4)*

Une infirmière avait même mentionné n'avoir jamais rencontré l'équipe PCI pendant les deux premières années de la pandémie :

*Je n'ai jamais rencontré d'équipe PCI de nuit, ni avant la pandémie ni pendant la pandémie. Moi, j'ai traversé la pandémie avec mes collègues. Je ne l'ai pas traversée avec l'équipe PCI. (P 5)*

***L'insuffisance de la formation en PCI.*** Un autre aspect stressant de la PCI pendant la pandémie de la Covid-19 a été la formation des infirmières. D'entrée de jeu, tous les participants avaient mentionné de ne pas avoir eu de la formation ou aucune forme de préparation en PCI pendant les semaines précédant le déclenchement de la pandémie, quand c'était bien évident que la pandémie allait toucher le Québec aussi :

*Non, ils ne nous ont pas préparés. Ça a vraiment été en mars que tout a déboulé. Bien, c'est sûr pour nous qu'il fallait comme se jeter là-dedans sans rien savoir. (P 4)*

Une infirmière se rappelle même avoir eu de la formation pour l'Ébola – qui, finalement, ne s'est pas vraiment propagée au Canada – mais jamais pour la Covid :

*L'Ébola était dans un autre pays, puis on avait déjà des formations de comment s'habiller, puis on était suivis, là, avec une personne à chaque semaine qui me chronométrait comment je m'habillais, puis qui me disait toutes mes erreurs [...].*  
(P 6)

Plusieurs infirmières avaient affirmé de n'avoir jamais reçu de la formation en PCI, ni avant, ni après le déclenchement de la pandémie. Voici un extrait :

*Bien, là, il n'y a pas eu de formation au départ, c'était du bouche-à-oreille des collègues.* (P 7)

Certaines autres, plus privilégiés, avaient reçu de la formation en PCI, mais la formation était considérée, dans la majorité des cas, insuffisante, comme le témoigne cet extrait de verbatim :

*Moi, j'aurais dit « insuffisante », là, mais, tu sais, je crois que ça aurait pu être mieux. Donc, oui, tu sais, plus préventif...* (P 3)

### **Le rythme du changement des directives en PCI**

Ce sous-thème prend en considération les enjeux en PCI reliés à la cadence du changement des directives et protocoles en milieu hospitalier pendant la crise sanitaire générée par la récente pandémie.

***La précipitation du rythme du changement des directives en PCI.*** Après quelques semaines sans informations, un autre phénomène s'est produit. Maintenant, l'information arrivait, mais elle changeait beaucoup trop souvent, selon une majorité des participants :

*Ça allait tellement vite qu'il changeait les politiques ou les directives, tu sais, du jour au lendemain, là, presque, là. [...] On ne savait plus qu'est-ce qui était bon, puis qu'est-ce qui n'était pas bon à faire, ou vers quoi s'en aller, là. (P 1)*

Ce rythme effréné du changement n'était pas, dans la plupart des cas, bénéfique, et menait très souvent à la confusion. Cet aspect est bien nuancé dans l'extrait suivant :

*C'est vrai que ça changeait, les directives, les recommandations changeaient. Donc, d'un centre à l'autre, d'un quart à l'autre ou presque, là, on n'était tous plus sur la même information. [...] Au départ, ça ne prenait pas de N95. Après ça, ça n'en prenait. Après ça, on n'avait plus besoin. (P 6)*

### **L'ÉPI – facteur de stress (et les autres mesures en PCI)**

L'exploration de ce sous-thème a été effectuée en tenant compte non seulement de l'équipement de protection individuelle (ÉPI), mais en analysant les trois niveaux constituant la pyramide structurant la hiérarchie des mesures en PCI selon le cadre de références en PCI du (MSSS, 2017).

#### ***L'inadéquation des mesures d'organisation des lieux physiques et d'ingénierie.***

Ces mesures se situent à la base de la pyramide des mesures en PCI. En se rapportant à ce niveau des mesures, une grande partie des participants avait mentionné des installations inadéquates et des mesures d'ingénierie problématiques dans la plupart des hôpitaux. Par exemple, la plupart des salles d'urgence n'étaient pas séparées en zones selon le risque de contamination, ou cette séparation était inefficace, comme l'illustre l'extrait du verbatim suivant :

*Beaucoup d'hôpitaux n'ont pas réussi à mettre en place de vraies directives de séparer les urgences [...]. Donc, nous, dans notre urgence, dans la salle d'attente, les patients, Covid, pas Covid, ils rentraient par la même porte, puis ils allaient au même comptoir pour s'enregistrer. Donc, tu sais, ils touchent à la vitre, ils touchaient partout. (P 15)*

Selon plusieurs participants, les installations inadéquates ne se limitaient pas au service des urgences. La majorité des postes de travail des infirmières, sur divers départements, n'étaient pas conçus pour assurer la protection du personnel. L'évidence de ce constat se retrouve dans le verbatim suivant :

*Ils essayaient de nous demander de respecter soit un mètre ou deux mètres de distance entre collègues, ce qui était comme impossible physiquement. (P 6)*

D'autres participants avaient parlé également de la ventilation sur les départements. Plusieurs endroits n'étaient pas munis des systèmes de ventilation et d'autres avaient des systèmes impropres. Ce fait est illustré dans l'extrait suivant :

*Donc, la ventilation n'était pas adéquate. On le savait. (P 8)*

Toujours en parlant de la ventilation, certains participants trouvaient les travaux d'implantation de ces systèmes questionnable et cette idée est soutenue par les propos rapportés ci-après :

*Ils nous ont apparu aussi avec des machines à pression négative. Et souvent, en plus, ça avait l'air [...] broche à foin. Ça tenait avec 'du tape', là. Tu te questionnes vraiment sûr qu'est-ce que ça dit. [...] Ça, je pense que ça fait en sorte qu'à un moment donné, c'est sûr qu'on se questionne et on s'inquiète. (P 14)*

Certains participants se sont exprimés aussi au sujet des lavabos pour pratiquer l'hygiène des mains. Plusieurs départements manquaient de lavabos, d'autres en avaient, mais ils n'étaient pas toujours fonctionnels. Cette affirmation est corroborée par l'extrait suivant :

*Suffisamment, non. Il y en avait, ils ont installé un peu plus. Puis non, ce n'était pas toujours fonctionnel. (P 4)*

De plus, la plupart des répondants mentionnaient le fait que les travaux d'amélioration sur les départements (lavabos, ventilation, installation des barrières physiques, séparations en zones selon le degré de contamination, etc.) s'exécutaient très lentement. Ce point est appuyé par le verbatim suivant :

*Des mois comme il faut. Des mois comme il faut pour mettre en place, pour essayer d'isoler quand même le plus possible le personnel, du public. (P 9)*

***L'incohérence des mesures administratives et organisationnelles.*** Ces mesures se situent au centre de la pyramide des mesures en PCI. En se rapportant à ce niveau des mesures, plusieurs participants avaient identifié un manque de structure dans l'organisation de la PCI dans leurs centres hospitaliers. Pour certains, le processus entier était désorganisé, voire même « *chaotique* » (P 4). Ce manque de structure inquiétait beaucoup les soignants, qui ne se sentaient pas « *rassurés* » (P 4). Dans l'extrait suivant, un participant explique comment cette désorganisation lui faisait perdre sa confiance :

*Par contre, je dirais que ça m'a fait réaliser que le travail n'était pas organisé. [...] Les gens n'ont pas une seule ligne franche ou directive avec une façon de communiquer qui est efficace. Et je pense que ça a diminué un peu ma confiance en l'aspect organisationnel du milieu de travail. (P 5)*

De surcroît, parmi les 20 participants, nul ne connaissait le nombre exact d'ICS-PCI au Québec et les réactions se situaient entre le choc et l'incrédulité en entendant le nombre exact de ces effectifs. L'extrait suivant en témoigne :

*Ça fait dur [...] puis je trouve que ça renforce le « est-ce qu'on est faible dans la prévention? » [...] Puis on passe à côté de la couture, là. C'est fou. Oui, des fois, c'est ça, mais malheureusement, tu dis « ceci explique cela ». (P 14)*

En se référant aux mesures en PCI, certains travailleurs considéraient certaines d'entre elles excessives. Le témoignage suivant vient l'illustrer :

*De fois, je pense que c'est un petit peu exagéré. Si, par exemple, nos cheveux touchaient un rideau, il fallait aller prendre notre douche dans l'hôpital. Moi, je trouvais que c'était un peu intense. (P 12)*

D'autres mesures étaient également jugées excessives, comme, par exemple, l'interdiction de s'alimenter ou de s'hydrater sur les départements. On peut voir un exemple dans l'extrait suivant :

*Moi, je me suis fait avertir plusieurs fois parce que je mangeais une barre tendre au poste. Puis, ça venait me chercher. [...] Puis j'ai soif, tu sais, je veux boire de l'eau. C'était oppressant, c'était stressant. J'avais beaucoup de frustration. (P 2)*

Une autre mesure en PCI jugée excessive était représentée par les fréquents dépistages des travailleurs. Les paroles suivantes viennent étayer cette observation :

*[...] c'était vraiment dérangent de se faire dépister trois fois par semaine. [...] On ne veut plus l'avoir dans le nez. C'est pratiquement un traumatisme. (P 10)*

Cependant, les participants déploraient surtout les mesures excessives qui touchaient aux patients. Un exemple est donné dans l'extrait du verbatim suivant, appartenant à une infirmière d'urgence qui percevait les mesures en PCI comme un obstacle à la rapidité des soins :

*Si la personne est à coder, ce n'est pas vrai qu'on va prendre notre temps à mettre la jaquette. [...] Mais entre la vie et la mort, bien, on décidait d'essayer d'aider les patients à la place. (P 10)*

Pour d'autres participants, les mesures excessives en PCI enlevaient le côté humain des soins, en interdisant aux patients mourants d'être accompagnés par leurs proches. L'extrait ci-dessous en est une illustration :

*Ça a été très difficile, je trouve, pas de droit de visite pour les familles, entre autres, d'accompagner quelqu'un qui allait décéder avec un iPad et qui parle à sa famille via Teams ou Messenger. (P 11)*

Pour certains travailleurs, c'est la manière dont la vaccination avait été imposée qui les indignait profondément. L'extrait suivant en témoigne :

*Tu sais, je trouvais ça vraiment oppressant, là, d'être obligée d'aller me faire vacciner. Puis je ne suis pas contre la vaccination. (P 2)*

En fin de compte, les mesures administratives et organisationnelles en PCI ne se ressemblaient pas d'un hôpital à l'autre, et même d'un milieu de soins à l'autre, et n'avaient aucune uniformité. Ce point est appuyé par le verbatim suivant :

*Pas dans mon hôpital. Je ne l'ai pas vu [cette pratique] dans mon hôpital. J'en ai entendu parler [...] mais dans mon hôpital à l'intérieur, non, je n'avais pas vu. (P 18)*

***L'insuffisance des équipements de protection individuelle.*** Les directives et les mesures par rapport aux ÉPI se situent au top de la pyramide en PCI. D'entrée de jeu, les ÉPI manquaient ou étaient distribués avec parcimonie aux travailleurs. Ces aspects ont été, peut-être, les plus stressants pour les infirmières ouvrant en milieu hospitalier, et cet extrait le témoigne :

*Mais un sentiment d'abandon, un sentiment de... [...] Quand on regardait les médias, parce que ça commençait pas mal en Asie, on les voyait comment ils étaient habillés, de la tête aux pieds. [...] On n'avait aucun équipement à ce moment. (P 9)*

Cependant, le plus difficile était le manque des masques de procédure et des respirateurs N95. Comme les respirateurs N95 devraient se conformer à la morphologie du visage, il arrivait souvent que certains modèles ou tailles étaient indisponibles et les

infirmières étaient obligées de s'exposer au risque d'être contaminées en travaillant avec des respirateurs inadéquats. Ce point est appuyé par le verbatim suivant :

*Ok, c'est correct pour tel type de masque avec tel numéro, telle grandeur, mais des fois, ce masque-là, il n'y en a pas en quantité suffisante, donc je dois porter un autre masque qui ne me convient pas pour me protéger. (P 6)*

Il est arrivé souvent que les ÉPI étaient désuets, inadéquats ou inconfortables, selon les propos de certains participants. Par exemple, en parlant des jaquettes, une infirmière s'est confiée :

*En tissu [...] on se demandait est-ce que c'est vraiment efficace? Ça va-tu nous protéger? [...] Est-ce qu'il y avait en plastique? C'est comme si on avait un sac de poubelle sur le corps et on suit notre vie, comme on dit. On a chaud. (P 1)*

Les respirateurs étaient souvent réutilisés pendant de très longues périodes, en perdant leur efficacité et en blessant le visage des travailleurs. Cette affirmation est corroborée par l'extrait suivant :

*Une semaine. Puis, là, on se plaignait parce qu'il n'était plus adhérent au niveau du... surtout, du nez ou de la bouche. C'est ça, c'était plus étanche. Et on avait aussi des bobos au niveau du visage. On est venu avec des plaies. Parce que tu le sais que ton matériel était désuet. (P 2)*

Par ailleurs, les consignes préconisaient une utilisation prolongée des respirateurs, allant jusqu'à un port continu dans certaines situations, ce qui n'était pas sans difficulté. Leur conservation entre les utilisations devait se faire dans des sacs en papier brun ou dans des bacs en plastique, comme le mentionne l'extrait suivant :

*Est-ce que ce rationnement de N95 était justifié? Je ne sais pas, mais j'espère, parce que de prendre un masque N95 plein de bactéries puis de virus, mettre ça dans une boîte, [...] puis qu'on manipule la boîte par après il y a des risques d'attraper la Covid juste avec cette étape-là, je ne sais pas, je trouve ça tellement ridicule. (P 15)*

D'autres participants affirmaient que, dans certains centres hospitaliers, les infirmières étaient forcées même de partager les respirateurs avec les collègues d'autres quarts de travail :

*Fais que, tu sais, pendant mon quart de travail, j'avais un masque à cartouches. Puis à la fin de mon quart de travail, je devais le désinfecter. [...] Et le remettre, mettons, pour l'équipe suivante [...]. Fais que ça nous écœurait. (P 14)*

Sans doute alors que ces façons de faire ont amené un sentiment de vulnérabilité due au manque de protection parmi les travailleurs et l'extrait suivant illustre ces propos :

*[...] on avait l'impression [...] qu'on n'était pas assez protégés. [...] Fait que là, tu sais, quand les premières personnes ont commencé à l'attraper, on se disait, bon, bien, c'est quand le prochain? (P 3)*

Cette peur de ne pas être assez protégé au travail incitait de nombreuses infirmières vers la confection artisanale d'ÉPI ou vers l'achat d'ÉPI à l'extérieur du réseau. Un exemple est présenté dans l'extrait suivant :

*[...] c'est à peu près partout quasiment dans la population qu'il y a des gens qui se mettaient à faire des chapeaux pour qu'on puisse se protéger nos cheveux. (P 14)*

### **Le risque d'infection**

L'analyse de ce sous-thème a été effectuée en tenant compte de la perception des infirmières par rapport au risque de se contaminer.

***L'augmentation des risques d'infection au travail.*** Selon les discours des participants, plusieurs facteurs dans le milieu hospitalier augmentaient les risques d'infection au travail. Parmi eux, notons le manque des solutions désinfectantes pour les

mains ou pour l'équipement. De plus, les endroits pour se laver manquaient aussi, comme l'illustre cet extrait :

*Puis, la seule chose que je trouvais qui était difficile, c'est qu'il y a juste une douche. [...] Ce n'est pas beaucoup une douche pour tout le personnel [de l'hôpital]. (P 15)*

Selon d'autres participants, les travaux d'entretien ménager étaient exécutés de manière inadéquate ou sans supervision. Cet aspect est témoigné dans l'extrait de verbatim suivant :

*Donc, c'est ça, ce n'était pas comme d'emblée que tout est disponible au niveau, comme, le lavabo, le savon et tout ça. [...] Je pense qu'il n'y avait pas de vérification non plus faite quotidiennement par les membres de [l'équipe de] l'entretien. (P 6)*

Selon la plupart des participants, un autre facteur qui augmentait le risque d'infection au travail était le manque du respect des mesures en PCI par certains membres du personnel. Voici un témoignage en ce sens :

*Pour le travail, je dois dire que ce n'était pas sécuritaire à 100%, parce que ce n'est pas tout le monde qui respecte les choses de la même façon non plus [...], mais il y a beaucoup de gens aussi qui souhaitait la facilité, là. (P 4)*

Le déclasserment des pratiques exemplaires en PCI inquiétait beaucoup les infirmières. Ce constat est corroboré par l'extrait suivant :

*Non, ça n'a pas été respecté. Ça a été adapté avec notre réalité du système. Ça fait qu'on a abaissé notre seuil PCI, justement, au niveau des meilleures pratiques pour s'adapter à ce qu'on avait. Sauf que tout ça était prévisible. Puis moi, je ne suis pas dans cette équipe-là de m'abaisser mes pratiques [...]. (P 16)*

Plusieurs infirmières se sont opposées à ce déclasserment des pratiques exemplaires et cet extrait l'illustre justement :

*[...] à un moment donné, une directive où c'était concernant, je crois, les Optiflows, les BIPAP, etc., où ils nous disaient que ça ne requérait pas le port d'un N95. C'est*

*ridicule, là. Je dirais, est-ce que c'est quelque chose qui produit plus d'IMGA, rendus là? [...] Nous, on n'adhère pas à ça. (P 14)*

Il ressort des discussions avec les participants que tous ces facteurs menaient à un sentiment de vulnérabilité, et le prochain extrait de verbatim le confirme :

*C'était vétuste au niveau du système d'aération, pas toutes les fenêtres ne s'ouvraient. Comme je vous dis, il n'y avait pas de mesure qui était comme stricte, c'était une vraie passoire. (P 16)*

La prévention déficitaire et tous les autres facteurs énumérés ci-haut avaient mené à des taux importants d'infection avec le Sars-Cov-2 du personnel infirmier. Parmi les participants à l'étude, très peu avaient réussi à ne pas contracter le virus et certains avaient fait même des formes plus graves de la maladie. On peut en voir un exemple dans l'extrait suivant :

*Oui, j'ai été en arrêt parce que j'avais contracté la Covid longue. [...] J'ai travaillé comme, peut-être un ou deux mois dans la Covid et puis, après, je suis allée en maladie. (P 9)*

### **Les manifestations du stress chez les infirmières**

Ce deuxième thème du modèle de Norful et al. (2021) s'est basé sur la latitude décisionnelle des travailleurs (*Job control*) du modèle de Karasek and Theorell (1990). Ce thème contient deux sous-thèmes reliés aux manifestations du stress comme l'anxiété et l'épuisement professionnel.

#### **L'anxiété**

Parmi les manifestations du stress les plus courantes mentionnées par les participants a été l'anxiété. Le plus souvent, l'anxiété s'est manifestée par des inquiétudes et des questionnements. L'extrait suivant le témoigne :

*Des questionnements. Physiquement, tu sais, je ne pourrais pas dire j'avais des tremblements, rien de ça. Physiquement, je n'avais rien, mais c'était plus dans ma tête. Je posais beaucoup de questions. (P 4)*

La peur devant l'inconnu se retrouvait également dans la plupart des discours, comme l'illustre le témoignage suivant :

*Bien, c'était l'incertitude, l'inquiétude. On ne savait pas vers quoi on s'en allait. Puis, on n'avait pas rien d'établi [...] on était devant l'inconnu, là. On ne savait pas vers quoi on s'en allait... (P 1)*

Plusieurs participants avaient parlé d'une adaptation stressante et difficile :

*Il y avait des nouvelles directives. Donc [...] c'était très rapide, on n'avait pas le temps de s'adapter. C'est sûr que c'était stressant. Le manque d'adaptation, ça nous augmentait le stress. Ça nous augmentait assez le stress. Du jour au jour. (P 17)*

De plus, certains participants avaient mentionné une multitude de moments de frustrations au travail :

*Ça, je trouvais ça difficile. Les collègues qui étaient vraiment fermés à rentrer dans les cubes de gens Covid positifs. Puis, c'est des gens que j'aimais beaucoup travailler avec eux. Puis là, tu essaies de ne pas te fâcher, d'être frustrée contre eux, tu sais, parce que c'est compréhensible d'avoir peur. (P 2)*

D'autres répondants mentionnaient la présence de divers dilemmes en lien avec le contexte de travail. Un bon exemple est présenté par cet extrait de verbatim :

*Maintenant, avec la pandémie, ils avaient autorisé à changer tous les niveaux de soins pour ne pas que ces personnes-là aillent à l'hôpital puis là, ça amenait à se questionner vraiment au niveau de l'éthique, qu'est-ce qu'on veut... (P 6)*

La méfiance envers les pairs et la culpabilité de transmettre le virus aux proches représentaient des sentiments de plus en plus accaparants pour les soignants, comme le démontrent les deux extraits suivants :

*Il y a aussi comme... on devient méfiant de l'un et l'autre parce que ça aussi, c'est... Est-ce qu'on devient méfiant entre nous parce qu'on a peur de se contaminer? (P 6)*

*On en a eu des familles qui ont dit « Ah, c'est moi qui l'ai donné à mon grand-père », puis leur grand-père décède de la Covid. Puis là, la culpabilité de ces personnes-là... (P 2)*

Par la suite s'est installée la peur de soigner ou d'être en contact direct avec les patients infectés, dans les cas de plusieurs infirmières :

*Sinon, par exemple, quand j'avais un patient qui n'était pas en isolement ou qui se mettait à tousser, je devenais tendue. Donc, j'avais des symptômes physiques. Je devenais tendue. (P 8)*

La peur de se contaminer au travail ou de contaminer ses proches se retrouvait dans l'esprit de tout le monde :

*Je n'avais pas envie de le ramener à la maison, de le donner à mon conjoint [...] ça a pris du temps avant qu'on ait accès à une protection individuelle adéquate. (P 15)*

Une infirmière avoue même avoir visité ses parents âgés munie d'un respirateur N95, par peur de ne pas les contaminer :

*À ce moment-là, mes parents, c'est des personnes qui sont âgées. [...] Puis, moi, j'ai arrêté de voir mes parents. [...] Je me rappelle que j'ai visité mes parents avec un N95 parce que je devais les voir. [...] Et je me disais, je ne peux pas faire moins qu'un N95. (P 5)*

La peur de se contaminer au travail était si vive, que les infirmières ne se demandaient plus si elles allaient développer la maladie, mais plutôt quand :

*[...] quand les premières personnes ont commencé à l'attraper, on se disait, bon, bien, c'est quand le prochain? C'est qui le prochain? C'est-tu moi le prochain? [...] On se demandait, tu sais, quand on allait l'attraper? (P 3)*

Pour certains, la peur s'est transformée en « angoisse » (P 9) qui pouvait aller jusqu'à la peur de mourir :

*Tout ça, là, ça fait que... Moi je trouve que... non, le sentiment... Comme c'est le même sentiment de crainte, de peur. Et puis, on a des familles aussi. On ne veut pas décéder. On ne veut pas travailler pour décéder. Donc, j'avais peur de la mort. C'est la mort. (P 9)*

Pour d'autres, l'anxiété amenait des symptômes physiques :

*Beaucoup de raideur musculaire. Moi, c'est comme si mes bras puis tout ça, je suis tellement rigide, tellement comme contractée que là, c'est dur de se détendre par la suite, puis tu développes des douleurs, tu développes une mauvaise posture, puis là, ça devient comme... des douleurs chroniques. (P 6)*

Dans certains cas, l'anxiété et le stress vécus de manière continuelle diminuaient la capacité du système immunitaire à lutter :

*Dès que je n'avais plus de maladie, j'en avais une autre, même que je consulté en cardio parce que mon pouls roulait à 140 tout le temps. Ce qui n'était pas normal, mais j'étais toujours malade. Tu sais, je n'en ai pas fait un lien, mais à un moment donné, quand tu es fatiguée, tu es épuisée, bien, le système immunitaire n'est pas fort. (P 10)*

Une infirmière s'est confiée sur son ressenti. La détresse et la peur qui la gagnaient lui donnaient une sensation de solitude, d'isolement :

*Est-ce qu'on devient méfiant entre nous parce qu'on a peur de se contaminer? Ça apportait beaucoup de détresse aussi, je trouve, psychologiquement. On était isolés. On était isolés à l'hôpital, isolés dans nos vies personnelles aussi. (P 6)*

### **L'épuisement professionnel**

Une autre manifestation psychologique du stress a été l'épuisement professionnel. Certains participants se sentaient fatigués et surmenés par les conditions de travail et le chaos des directives. Une mère, trop accaparée par le stress du travail, ne voyait aucune clémence, malgré son jeune bébé qui était encore allaité :

*Parce que justement, j'en pouvais plus, comme j'étais maman d'un bébé de... comme un an. J'allaitais encore. Fallait que je fasse du temps supplémentaire obligatoire les soirs parce qu'il y avait des manques de personnel. C'était vraiment difficile. [...] J'en pouvais plus. (P 7)*

Certains travailleurs se sentaient stigmatisés pour avoir eu la malchance d'avoir contracté la Covid :

*C'est ça, c'est vraiment le bon mot, stigmatisé. On n'avait pas cette attention, sinon on n'avait pas suivi les recommandations du ministère de la Santé, ça veut dire qu'on avait fréquenté des gens ailleurs qu'on ne devait pas, donc c'était comme très péjoratif d'avoir attrapé la Covid [...]. (P 6)*

D'autres travailleurs se sentaient stigmatisés pour leur refus de se faire vacciner :

*Tu sais, la seule chose, je crois, qui nous a plus divisé, en fait, ça a été en lien avec la vaccination obligatoire [...]. Puis, ça, je sais que ça a créé vraiment, là, des tensions que, je crois, encore aujourd'hui, là, tu sais, ont brisé, là, des relations, des amitiés ou des relations professionnelles [...] puis, tu sais, ces personnes-là, en fait, je pense que ça, ils étaient limite stigmatisés [...]. (P 14)*

Bon nombre d'infirmières avaient ressenti un manque d'énergie grandissant et un épuisement physique et mental à l'égard de leur travail :

*Je suis partie comme... en force. J'étais fière d'être au travail, puis de pouvoir aider dans la situation. Mais il y a comme une fatigue qui a fini par s'installer. Par rapport aux mesures, par rapport au fait que c'était que cette clientèle. [...] Ça fait presque un an que tu ne traites que de la Covid. Puis, ça ne me tentait plus de m'en occuper. (P 12)*

### **Les voies d'amélioration de la PCI**

Ce troisième thème vise à répondre à la deuxième question de la recherche. Trois sous-thèmes se dégagent de ce thème : les recommandations concernant les mesures en PCI, ceux concernant la communication et ceux concernant la formation en PCI.

#### **Recommandations concernant les mesures en PCI**

L'analyse de ce sous-thème s'est concentrée sur les trois grands éléments constituant la pyramide structurant la hiérarchie des mesures en PCI selon le cadre de références en PCI du (MSSS, 2017).

*Recommandations pour l'organisation des lieux physiques et d'ingénierie.* Ces mesures se situent à la base de la pyramide hiérarchique des mesures en PCI. Concernant ces mesures, certains participants avaient suggéré de désigner des hôpitaux spécialisés en maladies infectieuses dans chaque région de la province :

*Moi, je mettrais ça en ligne, en ligne de conduite, en premier. Tout de suite, désigner un centre. [...] Dédier des centres spécialement, admettons, s'il y a un autre épisode de Covid ou une autre épidémie, une autre pandémie qui ressemblerait à celle-ci, on dédie ce centre uniquement pour ça. (P 17)*

D'autres répondants avaient suggéré d'avoir des chambres attitrées aux maladies infectieuses, et non pas des départements au complet, comme c'était le cas pendant la récente pandémie :

*Avoir des chambres attitrées à la Covid, je pense que ça, ça serait une bonne façon, au lieu d'avoir un département. (P 1)*

Par la suite, plusieurs avaient considéré la révision des lieux physiques et des mesures d'ingénierie, en commençant par une séparation adéquate des salles d'urgence :

*[...] l'espace physique des hôpitaux, il n'est pas conçu pour ça, pour une raison que je ne m'explique pas [...]. Il y a des zones, je suis d'accord, là. [...] Mais tous ces patients-là utilisent les mêmes salles de bain, utilisent la même cafétéria. (P 15)*

Des suggestions pour les aires communes et les espaces pour les travailleurs avaient également été apportées :

*[...] ce qu'on peut refaire, admettons, si la pandémie survient, c'est de créer un espace dédié, spécialement pour les personnes qui sont en jaune ou rouge. Admettons, ils rentrent la journée, ils sortent qu'à la fin du quart, vous créez un corridor spécialement pour eux, sans aller dans les zones froides. (P 17)*

Les travaux pour améliorer la ventilation et les espaces pour le lavage des mains devraient représenter une priorité :

*Et puis, préparer d'avance, comment on appelle, réparer déjà les ventilations, comme si demain, on allait avoir une autre pandémie. Donc, on se prépare d'avance. (P 17)*

Des suggestions pour la rapidité des travaux d'entretien des équipements essentiels avaient également été données par certains participants :

*Tu sais, quand on demande quelque chose, surtout dans le temps d'une pandémie, c'est grave, c'est maintenant. Quand j'ai besoin de faire une réparation en lien avec quelque chose de PCI, bien, je ne veux pas attendre 3 - 4 jours avant que ce soit fait. (P 10)*

**Recommandations pour les mesures administratives et organisationnelles.** Ces mesures se situent au centre de la pyramide hiérarchique des mesures en PCI. Concernant ces mesures, la plupart des participants avaient suggéré d'augmenter le nombre des infirmières spécialisées en PCI (ICS-PCI) au Québec, afin d'avoir au moins un spécialiste par centre hospitalier :

*[...] une infirmière spécialisée, elle a fait la formation, elle a fait pas juste des formations, c'est sa spécialité, les infections. Qu'ils n'aient pas suffisamment pour chaque CIUSSS, je trouve ça dangereux. (P 13)*

De plus, plusieurs répondants avaient suggéré d'augmenter le nombre d'infirmières cliniciennes conseillères en PCI dans les hôpitaux et d'attitrer une conseillère par département :

*Ils ont mis des aides de service, un petit peu plus de préposés, mais ça aurait pu être un autre levier qu'on aurait pu avoir plus de PCI. [...] Tu sais, une attitrée à l'urgence, une attitrée, par exemple, on va dire comme un ou deux départements. (P 8)*

Une autre suggestion a été de revoir les horaires du département PCI afin d'avoir des infirmières cliniciennes conseillères en PCI disponibles sur tous les quarts de travail (jour, soir, nuit et fin de semaine) :

*Les quarts défavorables contiennent beaucoup de jeunes pratiquants, donc s'il y a un quart où on doit s'assurer de mettre en place des façons de faire qui sont idéales, ce serait de miser sur ces quarts-là. Donc, je pense que distribuer l'horaire de présence de la PCI est absolument quelque chose à revoir dans le milieu hospitalier. (P 5)*

D'autres suggestions ont été faites par rapport aux politiques en PCI. Avoir des « politiques stables » (P 1), sans changements trop rapides et des pratiques uniformisées devrait être la norme en PCI :

*Le conseil, je pense que ce serait d'uniformiser ses pratiques, d'être plus communicatif, je pense, puis d'être, de veiller à avoir l'impact, je pense, de certaines mesures. (P 5)*

Les dernières suggestions ont été par rapport à la préparation d'un plan d'urgence pour une prochaine crise sanitaire. Tous les participants avaient suggéré que la préparation

pour la prochaine pandémie devrait être déjà en cours. Voici un extrait de verbatim qui souligne ces propos :

*Puis, d'essayer de développer, si je peux dire, la prévention, parce qu'on est toujours en réaction. Donc, je trouve qu'on devrait comme toujours être prêts à avoir une pandémie. (P 6)*

**Recommandations pour les équipements de protection individuelle.** Ces mesures se situent au top de la pyramide hiérarchique des mesures en PCI. Concernant ces mesures, certains participants avaient suggéré le port de masque obligatoire pour tous les patients ou visiteurs arrivant à l'hôpital :

*Les masques obligatoires dans les hôpitaux, je ne comprends pas pourquoi on a fait tomber ça. [...] Donc, ça serait le fun qu'on le réintègre parce qu'il y a beaucoup de maladies contagieuses où tu es contagieux avant d'avoir des symptômes. Le port du masque obligatoire dans les hôpitaux, ça devrait juste toujours être de mise. (P 15)*

La plupart des participants avaient cependant mentionné l'importance de commencer à faire déjà des réserves d'ÉPI, autant au niveau local que régional et provincial, afin de s'assurer d'avoir en tout temps des quantités suffisantes d'ÉPI :

*Là, la prochaine pandémie, de quel équipement on va avoir besoin? [...] Mais, je pense qu'on est capable d'acheter d'avance, puis suffisamment pour pas que ça ré arrive. (P 4)*

Une infirmière avait même suggéré l'emploi des ÉPI réutilisables :

*Est-ce que de penser, au moment qu'on se parle, de déjà commencer à penser à de l'équipement durable et non, mettons, jetable? (P 4)*

D'autres avaient suggéré d'avoir de l'ÉPI adéquat et conforme en tout temps, afin de ne plus déclasser ou « ajuster » les pratiques exemplaires en PCI en fonction des stocks :

*Ils se sont ajustés par rapport à la disponibilité du matériel. Donc, c'est eux qui n'ont pas vraiment respecté leurs mesures. Mais après, je ne pouvais pas commander moi-même mon masque. (P 8)*

Enfin, les dernières suggestions par rapport à l'ÉPI étaient de faire régulièrement une rotation des stocks dans les réserves, afin de ne plus se retrouver avec du matériel expiré et désuet :

*Fais que je pense que ça serait bien qu'aux 5 ans, ils regardent les entrepôts puis qu'ils disent, OK, on a du matériel si jamais il y a une nouvelle pandémie, tu sais, puis que, si jamais ils sont proches de l'expiration, bien, on va les utiliser à d'autres choses. (P 2)*

### **Recommandations pour la communication et la formation en PCI**

Par la suite, les suggestions des participants pour améliorer la communication et la formation en PCI ont été explorées.

***Recommandations pour la communication en PCI.*** Tout d'abord, la majorité des participants avait suggéré l'amélioration de la communication entre les équipes de terrain et les équipes PCI, en ouvrant des canaux de communications directes, stables, faciles et connus par tous :

*Il faut devenir un outil de référence accessible, développer des façons de communiquer avec les équipes qui sont directes et faciles, et de venir concrètement, se présenter aux équipes et offrir un canal de communication qui est facile pour pouvoir faire les modifications, répondre aux questions. (P 5)*

De plus, l'information provenant de la PCI devrait être claire, concise et arriver directement aux équipes, sans passer par de tierces entités :

*Mais vraiment de tenir tout le monde à jour, en tout temps, pas juste de passer par des petites feuilles de communiqué ou par la gestionnaire qui doit transmettre les messages à quelques personnes, puis qu'après, eux, transmettent les autres messages à d'autres gens. (P 4)*

Une autre suggestion de la part des infirmières a été de ne pas banaliser les questions des travailleurs et d'expliquer autant que possible les raisons derrière les changements des directives :

*Puis mieux informer les gens aussi. C'est quoi cette maladie qui est là ? Ça peut être la Covid, ça peut être n'importe quoi qui va peut-être arriver. [...] Mais, il faut que les gens soient au courant. Parce qu'on ne connaît pas toutes les maladies. [...] Des fois, je sentais qu'il y avait de la banalisation des questions. (P 9)*

Une autre suggestion a été de porter une grande attention à l'harmonisation et à l'uniformisation de l'information donnée :

*[...] quand ils donnent une directive, qu'elle soit maintenue, parce que, tu sais, quand ça change aussi fréquemment, on se questionne sur, coudonc, la fois d'avant, c'était-tu la bonne chose? (P 14)*

Un autre aspect à prendre en considération, selon les recommandations des participants, a été la fiabilité de l'information.

*On ne te cache pas l'information. J'avais l'impression qu'il y avait des informations qui étaient cachées. [...] C'est aux médias, quand il y a plus de matériel, qu'on va vous dire que... La PCI a ce devoir aussi, d'informer qu'il manque de stock, qu'il manque ceci par rapport à la protection. (P 9)*

Par rapport aux moyens de communication avec la PCI, certains participants avaient suggéré de mettre en place, sur chaque département, un outil de référence complet et à jour (cartable ou tableau PCI) :

*Mais tu sais, ce n'est pas vraiment d'avoir des PCI, mais c'est de mettre en place, d'avoir autant d'informations, au pire avoir un tableau PCI, mais l'information à tout le monde, puis qu'on s'assure qu'ils ont eu bien l'information. (P 10)*

**Recommandations pour la formation en PCI.** Par la suite, la majorité des participants avait suggéré l'amélioration de la formation des infirmières en PCI. Ainsi, une première suggestion a été d'améliorer autant le contenu que la forme de ces formations. Une partie des participants penchaient vers les formations en ligne, sous forme de capsules vidéo :

*On aurait pu avoir des capsules vidéo de PCI, [...] puis avoir des exemples de comment s'habiller, tu sais, vraiment comme visuels, comme quand on était au cégep, carrément en laboratoire, tu sais, il pourrait y avoir vraiment amélioration sur les capsules formatives. (P 2)*

D'autres participants optaient pour les formations sur le terrain. Une infirmière donnait en exemple une formation pour l'Ébola, formation très appréciée par les infirmières de son centre hospitalier, selon ses propos :

*Je m'en souviens, là, exemple, Ebola. Quand on a eu Ebola, moi, j'étais en CH, puis on avait [...] des formations de comment s'habiller, puis on était suivis, là, avec une personne à chaque semaine qui me chronométrait comment je m'habillais, puis qui me disait toutes mes erreurs. (P 6)*

D'ailleurs, avoir du coaching terrain faisait partie des recommandations de plusieurs participants. Certains participants avaient même proposé des exercices de simulation sur le terrain :

*Puis il y aurait même pu avoir des simulations. Bien, c'est, pendant un quart de travail, il y aurait pu avoir des simulations, la personne se présente, elle a ça, puis l'équipe est là, puis qu'est-ce qu'on fait? (P 2)*

Un des aspects les plus importants de la formation en PCI, selon les recommandations des participants, a été de s'assurer que les concepts soient bien compris par tous, et de suivre sur le terrain l'application des éléments appris :

*[...] aujourd'hui, [...] on donne tellement de formations aux gens, mais de fois, on ne s'assure pas que c'est compris ou que, tu sais, ça a bien été fait, mettons que ça c'était à recommencer, là, tu sais, la formation qu'on donnerait, ben, il faudrait comme un suivi sur le terrain. (P 3)*

### **Le renforcement de la résilience**

Ce dernier thème vise à répondre à la troisième question de la recherche. Dans cette section, les participants ont partagé leurs perceptions concernant les initiatives organisationnelles relatives à l'environnement de travail, en mettant en lumière les lacunes, mais aussi les réussites attribuées à l'employeur. Par la suite, les propos des participants ont mis en évidence diverses stratégies individuelles et collectives d'adaptation, telles que la gestion personnelle du stress, la solidarité et l'entraide professionnelle, le développement de la résilience ainsi que l'appui social.

#### **Les efforts organisationnels par rapport à l'environnement de travail**

*Les lacunes.* D'entrée de jeu, les équipes de travail étaient souvent incomplètes, ou manquaient de personnel adéquatement formé, comme l'illustrent ces deux passages :

*Il manquait beaucoup d'effectifs. Ça, je trouvais qu'on n'était pas assez pour tout ce qu'il y avait à suivre et les recommandations et les mesures en place. (P 6)  
Mais c'était des gens qui n'avaient presque pas fait d'urgence ou jamais. Ça ne l'aidait pas tant. (P 2)*

Un des participants déplorait le manque d'humanité de l'employeur :

*Je comprends la pandémie, je comprends le risque de contamination et tout ça, mais de respecter aussi, d'humaniser les soins, parce que là, il n'y avait plus d'humanité du tout. (P 6)*

D'autres infirmières déploraient les mesures coercitives :

*Je me suis sentie beaucoup emprisonnée dans mon travail par les mesures coercitives qui étaient utilisées par le gouvernement et mon employeur. (P 15)*

La plupart des participants avaient critiqué vivement les promesses du gouvernement pour des primes qui comportaient des critères de qualification jugés inatteignables :

*Tout le monde pensait que j'étais millionnaire, parce que le gouvernement n'arrêtait pas de dire qu'on donnait des primes aux infirmières, mais c'était impossible d'obtenir ces primes-là. (P 15)*

Le climat de travail en milieu hospitalier durant la pandémie était tendu et conflictuel, marqué par une charge accrue et des tensions entre collègues liées à la répartition des tâches :

*Vu que la charge était plus complexe, ça pouvait amener des petits débordements par rapport à l'égalité dans les tâches, dans les divisions de sections, ça pouvait amener des frictions. (P 13)*

Quant à la surcharge de travail, selon les participants, elle se manifestait par des ratios patients-infirmières qui ne tenaient pas compte des nouvelles mesures en PCI, mesures qui prenaient davantage du temps pour les mettre en application :

*Mais j'ai dit, moi, six patients, à m'habiller, déshabiller, comme ça, c'est vraiment lourd, là. [...] Ça fait que ça a été un peu mal fait, selon moi, puis c'était une très grosse surcharge de travail. (P 2)*

À cela s'ajoutaient les déplacements involontaires et les coupures dans le personnel :

*On réduisait le personnel, on déplaçait le personnel. On demandait la même charge de travail, le même volume de patients avec moins de personnel. (P 5)*

Selon les participants, le temps supplémentaire obligatoire (TSO) était appliqué sans discernement, ne tenant aucunement compte des contraintes familiales des infirmières. Voici un extrait de verbatim d'une jeune mère :

*J'allaitais encore. Fallait que je fasse du temps supplémentaire obligatoire les soirs parce qu'il y avait des manques de personnel. C'était vraiment difficile. (P 7)*

Le temps plein obligatoire était, selon les répondants, une autre modalité contraignante employée par le gouvernement :

*Puis il y avait aussi le temps plein obligatoire. Je veux dire, à un moment donné, moi, mon poste c'était deux jours par semaine, puis j'ai fini par travailler à temps plein pendant quasi un an. C'était du temps plein obligatoire, c'était du travail forcé. (P 15)*

Pour certains participants, le temps pour se reposer, s'hydrater ou s'alimenter était quasi inexistant :

*Puis les infirmières, bien, la réalité, c'est qu'on n'a pas tout le temps de prendre nos pauses repas. (P 2)*

Ensuite, le manque de support des gestionnaires représentait un sujet abordé par une majorité de participants :

*Les gestionnaires nous ont envoyés là un peu comme à l'aveuglette. Alors, le gestionnaire, il ne sortait pas vraiment de son bureau. (P 2)*

Par la suite, plusieurs participants reprochaient le manque de valorisation des infirmières pendant la pandémie :

*Ce que j'ai trouvé le plus difficile, c'est que je me suis sentie, comme infirmière, utilisée...utilisée. [...] Je ne sentais pas que je n'étais ni valorisée ni remerciée par mon employeur. (P 15)*

Également, plusieurs déplorait le manque d'interventions pour sécuriser le personnel :

*Je ne me rappelle pas, de souvenance, d'avoir eu au début, là, une rencontre pour nous sécuriser. (P 1)*

Finalement, le support psychologique était insuffisant, selon les propos d'une multitude de participants et le programme d'aide aux employés (PAE) n'était pas satisfaisant ou très peu connu par les travailleurs :

*Moi, j'ai su après cinq ans d'ancienneté qu'on avait un programme d'aide aux employés (PAE) [...]. Mais ce n'est pas quelque chose qui est affiché dans les salles de diner, par exemple. [...] Mes employeurs ne m'en ont jamais mentionné. [...] Il y a beaucoup de gens qui en auraient eu besoin pendant justement la pandémie. S'ils avaient déjà connu le service, ça les aurait aidés. (P 8)*

D'ailleurs, ce programme (le PAE) n'était même pas offert aux infirmières qui arrivaient en renfort et provenaient des agences de placement en main-d'œuvre indépendante (MOI) :

*Il y a toujours encore le programme des employés quand on est des employés de l'hôpital ou du public. Mais si tu es une agence... (P 6)*

Certains participants avaient cependant remarqué des variations importantes concernant le support psychologique offert aux employés dans divers centres hospitaliers à travers la province. Dans la plupart des centres, il y avait seulement le programme d'aide aux employés (PAE), tandis que dans d'autres centres, le support avait été bonifié, comme le démontrent cet exemple :

*J'ai des collègues à Québec qui ont eu chaque semaine, il y avait un débriefing avec un travailleur social, psychologue, je ne sais pas trop c'était quoi le titre, mais nous, ici, il n'y a pas eu grand-chose. (P 11)*

**Les réussites.** D'entrée de jeu, aucune infirmière n'avait oublié le fameux syntagme « les anges gardiens » véhiculé par le gouvernement. Sûrement, certains trouvaient cette expression paternaliste et un peu déplacée, mais il reste qu'à l'époque, une bonne partie d'infirmières se sentaient valorisées en l'entendant :

*C'est sûr que le gouvernement, c'était un peu flatteur. Ils nous appelaient les anges gardiens. (P 2)*

Certains participants avaient toutefois apprécié les efforts du gouvernement pendant la pandémie :

*Finalemnt, j'ai trouvé quand même que le système de santé s'est bien débrouillé. Tu sais, ça n'a pas été comme en Italie, on va dire ça comme ça. (P 2)*

Certains répondants avaient apprécié le support de leurs gestionnaires, comme le confirme cet extrait :

*Il y avait la gestionnaire qui était quand même pas mal présente, qui supportait les équipes, qui donnait... on faisait quand même des réunions de temps en temps, pour dire, de verbaliser, de nous exprimer que l'équipe est là pour nous. (P 18)*

Une participante avait mentionné le fait que le programme d'aide aux employés (PAE) avait été bonifiée pendant la crise sanitaire, afin de mieux répondre aux besoins psychologiques des employés :

*L'aide aux employés [...] ça a été augmenté de 6 à 9 [séances] durant la pandémie. Donc, on a rajouté trois séances de plus par demande annuelle que l'employé pouvait faire. (P 5)*

Selon une partie des participants, certains centres hospitaliers avaient réussi à mettre en place des filets de sécurité importants, afin de bien supporter psychologiquement leur personnel affecté par la pandémie :

*Et pour juste vous donner une idée à quel point je faisais confiance à ce qui a été fait et tout ça, on avait eu à un moment donné, dans l'équipe, des psychologues qui étaient dédiés pour venir nous rencontrer. (P 18)*

### **Les stratégies personnelles d'atténuation du stress**

Chaque participant avait dévoilé ses stratégies d'adaptation au stress, utilisées pendant la pandémie. Ces stratégies ont été par la suite classifiées en deux groupes : les stratégies efficaces et les stratégies inefficaces, voire nuisibles.

Parmi les stratégies efficaces, notons la lecture, l'écoute de la musique et le visionnement des émissions, les loisirs créatifs ou le temps passé avec les animaux de compagnie. Voici deux exemples tirés des verbatim :

*Puis tu essaies de faire des choses que, tu sais, justement, tu ne penses pas à job, tu fais des activités qui t'intéressent. Je sais, écouter de la musique, moi, ça me détend. (P 10)*

*J'ai utilisé mon hobby à la maison pour... pour me changer les idées, puis décompresser, là, c'est... s'occuper de mes animaux. (P 3)*

Pour d'autres, les stratégies étaient la socialisation, l'humour et le rire et le temps passé en famille. Voici un extrait :

*Si on parlait un peu avec mes enfants, rire de la situation tout en sachant que c'est quelque chose de grave. Oui, c'est le rire. (P 9)*

D'autres répondants trouvaient que fuir les nouvelles alarmistes et se détendre en réfléchissant les aidaient :

*Il y a eu un moment où j'ai juste arrêté de regarder les nouvelles, d'arrêter d'écouter tout ce qui passait à la télé parce que ça, j'en retirais une grande frustration. (P 14)*

La majorité des participants n'avait jamais perdu l'espoir dans un avenir plus clément, d'autres se sentaient soutenus par leurs croyances religieuses :

*Je pense que je crois aussi en Dieu. Je priais tout le temps avant d'aller au travail. Et chaque fois que j'étais vivante, chaque fois que je n'avais rien, je disais merci, Seigneur. (P 9)*

Bon nombre de participants combattaient le stress par une hygiène de vie rigoureuse, en mettant en pratique leurs connaissances sur les bonnes habitudes de vie. Voici un exemple :

*J'ai essayé de bien me reposer aussi, de bien manger, pour essayer d'avoir un bon support psychologique, là, si tu es en santé aussi physiquement. (P 6)*

Pour certains, le fait de se tenir informés les aidait à combattre l'anxiété :

*C'était stimulant d'être confronté à une maladie qui était complètement différente, puis de lire les dernières directives, les nouvelles recherches. (P 15)*

Pour d'autres participants c'était tout simplement la passion pour le métier qui les aidait à rester forts :

*Je suis quelqu'un de résilient, mais l'élément le plus fondamental, c'est le fait que j'aime ce que je fais. (P 18)*

Les plus spectaculaires, cependant, étaient ceux qui avaient réussi à transformer leur peur en levier pour aller de l'avant :

*Et moi, comme je vous ai dit, ne faut pas que je me fie à cette peur-là, faut que ça soit un levier parce que, sinon, je vais rester dans une peur toute ma vie. (P 16)*

Parmi les stratégies inefficaces, voire nuisibles, notons l'alimentation excessive pour aider à réduire l'anxiété :

*Tu prends du poids parce que tu manges de la cochonnerie, parce que tu essaies de faire passer ton stress. [...] Fais que la Covid m'a fait prendre du poids, ça aussi, parce que, psychologiquement, il aurait fallu qu'il y ait de l'aide. (P10)*

Une participante avait mentionné d'autres stratégies nuisibles, comme le tabagisme, la consommation excessive d'alcool et la consommation des substances psychoactives :

*[...] il y en a beaucoup qui se sont mis à boire plus, qui se sont mis à fumer plus, à prendre la drogue aussi, ce qui n'est pas normal non plus. De fois, ça arrivait le lendemain, c'était gommé parce qu'il avait pris, il avait bu la soirée d'avant pour oublier, pour se calmer de tout ça. (P 10)*

### **La solidarité et l'entraide au travail**

La majorité des participants mentionnait avoir constaté une augmentation importante de la solidarité pendant la pandémie :

*Ça a été le moment le plus épique de ma pratique. Toute mon équipe de médecins et d'infirmières [...] c'est tout ça qu'on s'est dit. (P 16)*

L'empathie pour les infirmières en PCI avait augmenté aussi, tout comme la compassion pour les personnes malades. Voici un exemple :

*Je pense qu'elles [les infirmières en PCI] ont fait le mieux qu'elles pouvaient. Tu sais, je n'aurais pas aimé ça être à leur place à ce moment-là. (P 12)*

Au final, c'était la fierté d'avoir passé à travers la crise sanitaire qui l'emportait pour la majorité des infirmières :

*Mais, tu sais, je suis fière quand même d'avoir passé au travers, puis d'avoir fait face à ça. (P 10)*

**Le développement de la résilience (les opportunités et les apprentissages de la pandémie)**

Pour la majorité, la pandémie a représenté une opportunité pour se développer professionnellement et pour faire avancer la recherche dans les sciences de la santé, dont les sciences infirmières font partie. Deux extraits de verbatim confirment ces constats :

*Je me sens beaucoup plus prête, plus outillée pour ce qui arrive, puis je pense que ça te fait grandir aussi en tant qu'infirmière, en tant que travail, ça fait vraiment avancer. (P 10)*

*Bien, peut-être pour vous, les équipes de recherche, justement, il va y avoir des trucs qui vont sortir de ça. Je suis convaincue. (P 16)*

En ce sens, des leçons importantes ont été apprises à travers la crise sanitaire, note une infirmière :

*Si c'était à recommencer, justement, on connaît les bons coups et les mauvais coups. Je pense que l'adaptation serait plus rapide et ça serait plus facile. (P 13)*

### **Le soutien social**

Tout d'abord, la plupart des infirmières avaient mentionné avoir ressenti, malgré tout, le soutien de la population, surtout à travers les médias du pays :

*Je pense que, un peu, tout le monde, tout le Québec était avec nous, de ce que je pouvais voir, mettons, à la télé, là. [...] Mais, je pense que le Québec, au complet, soutenait les travailleurs essentiels. (P 4)*

Certains avaient mentionné avoir ressenti ce support sur les réseaux sociaux :

*Par la suite, c'est sûr que, de fois, sur les réseaux sociaux et tout ça, de fois, je trouvais plus de support. (P 6)*

Les témoignages du support reçu de la part de l'entourage (voisins, amis, connaissances) sont nombreux. Voici un exemple :

*Mais, tout mon monde que j'aime était là pour m'encourager, me féliciter. [...] Ça fait que j'étais encouragée, supportée. (P 16)*

Par la suite, la plupart de participants avaient mentionné le support des collègues et des familles :

*C'est beaucoup avec la famille, avec mon entourage, que j'ai pu passer au travers. Ça m'a aidée. À part ça, les collègues aussi, le fait de vivre la même chose, c'est sûr qu'on peut avoir du support s'entraider... puis, psychologiquement... (P 1)*

### **Synthèse des résultats**

L'analyse des résultats a permis de dégager plusieurs facteurs liés à la PCI qui ont contribué au stress vécu par les infirmières. Ces facteurs ont été examinés à partir des thèmes et sous-thèmes proposés par Norful et al. (2021), ainsi qu'à la lumière des différents niveaux de mesures définis dans le cadre de référence en PCI (MSSS, 2017). Par la suite, l'attention a porté sur les manifestations psychologiques de ce stress, telles que l'anxiété et l'épuisement professionnel.

L'analyse s'est ensuite poursuivie avec l'examen des recommandations formulées par les participantes, concernant autant les niveaux hiérarchiques des mesures en PCI que les besoins d'amélioration en matière de communication et de formation.

En dépit de la détresse psychologique et des contraintes, une forme de résilience s'est développée grâce au soutien reçu, de même qu'à travers la solidarité et l'entraide entre collègues. Les participants ont par ailleurs décrit les stratégies d'adaptation qu'ils ont mobilisés face au stress, tout en soulignant les apprentissages et les opportunités générés par la pandémie.

## **Discussion**

Ce chapitre présente une discussion à l'égard des résultats obtenus. La présente étude qualitative rétrospective à visée exploratoire avait pour but l'exploration des répercussions des politiques en PCI sur les manifestations du stress ressenties par les infirmières œuvrant en milieu hospitalier pendant la pandémie de Covid-19 au Québec, en vue de répondre aux questions par rapport aux: i) enjeux en PCI qui ont générés le stress durant la pandémie et leurs répercussions chez les infirmières ; ii) recommandations en PCI en vue d'avoir des politiques plus adéquates et moins stressogènes durant les crises sanitaires; iii) ajustements qui pourront être apportés aux politiques institutionnelles afin d'améliorer la résilience des infirmières lors des futurs événements sanitaires d'envergure, tel que les pandémies. Cette section met l'emphase sur l'analyse des attributs descriptifs provenant des données sociodémographiques, ainsi que sur l'analyse des trois thèmes émergents selon les composantes du cadre conceptuel de Norful et al. (2021), cadre basé sur les travaux de Karasek and Theorell (1990). Les retombées sur les cinq axes de la discipline infirmière, de même que les forces et les limites de l'étude sont abordées en fin de chapitre.

### **Analyse des attributs descriptifs**

D'entrée de jeu, les attributs descriptifs provenant du questionnaire sociodémographique ont été analysés. En ce sens, l'influence des caractéristiques sociodémographiques sur le stress des infirmières en ce contexte pandémique, ainsi que la satisfaction des infirmières selon le milieu (le type d'organisation) ont été explorées. Cet exercice exploratoire s'est effectué en tenant compte de plusieurs facteurs, comme la

disponibilité des équipes en PCI sur le terrain, la communication, la formation, la disponibilité des ÉPI, le soutien des gestionnaires et le support psychologique offert aux infirmières, afin de vérifier l'existence des disparités entre les centres durant la pandémie de Covid-19.

### **L'influence des caractéristiques sociodémographiques des infirmières sur le stress en contexte pandémique**

D'entrée de jeu, les caractéristiques comme l'âge, le sexe, l'expérience de travail, le type de poste et la situation familiale ont été examinées en lien avec le stress vécu par les infirmières œuvrant en milieu hospitalier pendant la pandémie de Covid-19. Les résultats ont permis d'identifier plusieurs facteurs susceptibles de jouer un rôle protecteur face au stress en milieu de travail. D'abord, l'expérience professionnelle s'est avérée déterminante. Les participants ayant plus de dix ans d'ancienneté ont rapporté peu ou pas de stress. Ce constat peut suggérer que l'accumulation d'expérience permet de mieux faire face aux exigences du travail et de développer des stratégies d'adaptation plus efficaces. Ce constat va dans le même sens que les résultats de l'étude de Pace et al. (2023), qui soulignaient le fait que les soignants ayant plus d'ancienneté développent davantage une stratégie d'ajustement authentique de l'expression émotionnelle, associée à une meilleure qualité de vie professionnelle. Cette adaptation est facilitée par l'autonomie, le pouvoir acquis avec l'ancienneté, et un allègement des attentes émotionnelles organisationnelles. Ensuite, la situation familiale s'est présentée également comme un facteur protecteur. Les personnes vivant en couple ou avec leurs parents ont présenté des niveaux de stress moindres, ce qui laisse entendre que le soutien affectif et social a contribué à atténuer les

tensions psychologiques. Cela va dans le même sens que les résultats de l'étude d'Alyahya et al. (2023) qui suggéraient que le soutien familial, notamment la présence d'enfants, pouvait contribuer à améliorer la qualité de vie au travail des professionnels de la santé pendant des périodes de stress élevé, comme la pandémie de Covid-19. Enfin, le type de poste a joué également un rôle non négligeable : bien que le stress fût toujours présent pendant la crise sanitaire, les travailleurs à temps plein semblaient légèrement moins stressés. Cette différence pourrait s'expliquer par une plus grande stabilité d'emploi, un meilleur accès aux ressources institutionnelles ou un sentiment accru d'appartenance à l'équipe de travail. Il est également possible que les travailleurs à temps partiel étaient davantage exposés aux réorganisations du travail pendant la pandémie, comme l'illustre le témoignage d'une participante occupant habituellement un poste de deux jours par semaine, mais qui mentionnait avoir été obligée à travailler à temps plein pendant une certaine période. Ces observations vont dans le même sens que les études d'Alyahya et al. (2023); Pelly et al. (2022), où les professionnels de la santé travaillant à temps plein ont rapporté une meilleure qualité de vie au travail par rapport à ceux travaillant à temps partiel.

### **L'inadéquation de la disponibilité des équipes en PCI**

Ensuite, la disponibilité des équipes en PCI selon le quart de travail a été explorée. Les participants du quart de jour se sont montrés globalement satisfaits, alors que ceux des équipes de nuit et ceux travaillant en rotation se sont déclaré majoritairement insatisfaites. Cette variation s'explique possiblement par l'horaire de travail des équipes en prévention et contrôle des infections, qui a limité l'accessibilité des soignants à leur

support. En contexte de pandémie, où les besoins en information, en encadrement et en soutien étaient accrus, cette organisation du travail a pu créer un sentiment d'exclusion ou de manque de reconnaissance chez le personnel travaillant en dehors des heures habituelles. Ces résultats mettent en lumière l'importance d'une présence en PCI plus équitable et adaptée à l'ensemble des quarts de travail, particulièrement en période de crise sanitaire, afin d'assurer une cohésion des pratiques et un sentiment de soutien partagé par toutes les équipes. Les articles de la littérature scientifique consultés ne mentionnent pas explicitement si le soutien en prévention et contrôle des infections variait en fonction du quart de travail (jour, soir, nuit). Cependant, Robinson et al. (2023) ont souligné le fait que la visibilité des équipes en PCI représente un élément clé pour assurer des services de qualité et cela pourrait impliquer la nécessité d'assurer une couverture et un soutien constants, quel que soit le moment de la journée.

### **L'incohérence de la communication**

Par la suite, sur le plan de la communication, les CISSS représentés dans l'étude se sont démarqués par un taux d'insatisfaction élevé (43%), traduisant un potentiel déficit de communication avec les équipes en PCI de ces établissements. Les CIUSSS ont présenté un équilibre relatif, tandis que les hôpitaux spécialisés ont révélé une polarisation entre satisfaction et insatisfaction, suggérant des pratiques hétérogènes à l'intérieur même de ces structures. Toutefois, ces observations doivent être interprétées avec prudence, puisqu'elles reposent sur un nombre limité d'établissements et ne peuvent pas être généralisées à l'ensemble des centres hospitaliers du Québec. Le cas d'une infirmière provenant d'une agence de main-d'œuvre indépendante (MOI), qui se dit moyennement

satisfaite, illustre, dans ce témoignage particulier, une certaine distance par rapport aux ressources institutionnelles. En ce sens, Alami et al. (2021) ont également mis en évidence des disparités importantes entre les centres de santé au Québec pendant la pandémie de Covid-19, notamment par rapport aux informations fiables et aux données harmonisées. Bien que leur étude ne distingue pas spécifiquement les catégories d'établissements utilisées dans cette recherche (CISSS, CIUSSS et centres hospitaliers spécialisés), leurs résultats soulignent toutefois l'existence de variations importantes entre les divers milieux.

### **Les disparités dans la formation en PCI**

Pour continuer, en ce qui concerne la formation en PCI, les différences ont été encore plus marquées. Les hôpitaux spécialisés se sont distingués par une satisfaction unanime, ce qui témoigne probablement d'un meilleur encadrement et de ressources pédagogiques plus robustes. À l'inverse, les CISSS avaient enregistré des taux d'insatisfaction préoccupants, tandis que les CIUSSS occupaient une position moyenne. L'insatisfaction de l'infirmière issue de l'agence MOI a illustré à nouveau l'exclusion des travailleurs contractuels des dispositifs de formation standardisés. Cela va dans le même sens que l'étude d'Alami et al. (2021), qui mettait en évidence des variations par rapport à la formation des travailleurs, parmi les centres de santé au Québec. En ce sens, les auteurs mentionnaient le fait que les formations étaient développées rapidement au niveau local, mais que cette approche avait entraîné des variations dans la qualité des pratiques, ce qui a pu affecter la sécurité des patients et des professionnels.

### **La pénurie des équipements de protection individuelle**

Par la suite, la disponibilité de l'ÉPI a globalement été perçue comme inadéquate, en dépit d'une certaine résilience logistique. Toutefois, la prédominance de l'insatisfaction dans les CISSS et les CIUSSS, comparée à des taux de satisfaction globalement plus élevés dans les hôpitaux spécialisés, suggère que la qualité de la gestion matérielle a été inégale. Toutefois, il est important de se rappeler que la disponibilité de l'ÉPI a évolué au cours de la pandémie, les situations de pénurie étant beaucoup plus marquées lors de la première année de la crise sanitaire. Le fait qu'aucun répondant ne s'était dit complètement insatisfait a laissé penser que les solutions de contournement (comme la réutilisation ou l'utilisation prolongée des ÉPI) ont atténué les effets des ruptures, mais sans effacer les incertitudes vécues sur le terrain. Alami et al. (2021) mentionnent également cette inégalité, en mettant en évidence l'existence des disparités géographiques au Québec. Ainsi, selon ces chercheurs, les centres situés dans les régions rurales ou éloignées avaient rencontré plus de difficultés à obtenir des ÉPI en temps opportuns, comparés aux centres urbains mieux connectés aux chaînes d'approvisionnement, toutefois la situation étant critique à l'ensemble de la province.

### **L'insuffisance du soutien des gestionnaires**

De plus, le soutien des gestionnaires a constitué un autre point de fracture. Dans les CISSS, la majorité des infirmières se sont dit insatisfaites, traduisant possiblement une absence de leadership de proximité ou de reconnaissance du vécu professionnel en contexte de crise. Toutefois, il est important de préciser qu'une grande proportion des participants provenait d'un même CISSS. À l'opposé, les CIUSSS et surtout les hôpitaux spécialisés ont témoigné d'une gestion perçue comme plus soutenante. L'infirmière de

l'agence MOI, elle aussi insatisfaite, a renforcé l'idée d'un manque d'intégration et d'appui institutionnel pour ces travailleuses souvent en périphérie du système. Cela va dans le même sens que l'étude effectuée par Wood et al. (2022) qui soulignaient un manque de soutien perçu de la part des gestionnaires, ce qui a contribué au stress et à l'insatisfaction des infirmières.

### **L'inadaptation du support psychologique**

Enfin, le soutien psychologique, en dehors du programme d'aide aux employés (PAE), a constitué le domaine où les différences étaient les plus criantes. Les CISSS ont présenté une déficience dans la réponse aux besoins psychosociaux du personnel, tandis que les CIUSSS et les hôpitaux spécialisés ont apparu mieux outillés pour offrir une forme d'accompagnement émotionnel. L'exclusion des infirmières issues des agences MOI, ne bénéficiant même pas du PAE, a souligné de façon préoccupante une inégalité d'accès aux ressources de santé mentale en période de forte détresse professionnelle. Cela va dans le même sens que les résultats de l'étude de Ball et al. (2023), qui soulignaient un manque de soutien psychologique pour les infirmiers pendant la pandémie de Covid-19. Selon ces auteurs, le manque de soutien psychologique a contribué à une détérioration de la santé mentale du personnel, augmentant le stress et le risque de burnout.

En résumé, ces résultats ont révélé une fragmentation de la réponse institutionnelle à la pandémie de la Covid-19 selon les types d'établissements, et les hôpitaux spécialisés semblaient avoir mieux protégé et soutenu leur personnel infirmier. Cette analyse met en lumière la nécessité d'une standardisation des pratiques de soutien, d'un renforcement du

leadership de proximité et d'une reconnaissance pleine et entière du rôle des travailleuses externes en situation de crise sanitaire.

### **Les enjeux générateurs de stress pendant la pandémie et leurs répercussions chez les infirmières**

Afin de répondre à la première question de recherche « Comment les enjeux en PCI ont-ils influencé le stress des infirmières et quelles en ont été les manifestations? », cette section est organisée en deux volets: d'une part, l'identification des enjeux en PCI générateurs de stress et, d'autre part, l'analyse des manifestations de ce stress chez les infirmières dans le contexte pandémique.

#### **Enjeux en PCI qui ont générés le stress chez les infirmières**

*Inégalité dans l'implantation des mesures hiérarchiques en PCI.* Les résultats de ce thème exposent des difficultés rencontrées par les infirmières du milieu hospitalier en matière de prévention et contrôle des infections (PCI) durant la crise de la Covid-19 au Québec. L'implémentation des trois niveaux de la pyramide en PCI du cadre de référence en PCI du (MSSS, 2017) (figure 2) a été inégale, mettant en lumière des lacunes structurelles.

Pour le premier niveau de la pyramide, on se réfère principalement aux mesures techniques et d'ingénierie. Les infrastructures hospitalières se sont avérées inadéquates. Des zones de contamination mal délimitées, des lavabos insuffisants ou non fonctionnels et une ventilation improvisée ont accru les risques de transmission. La lenteur des travaux d'adaptation des installations et le manque d'espace aux postes des infirmières ont

exacerbé cette problématique. En ce sens, Credland et al. (2024) insistait sur le fait que la réponse aux crises doit garantir que les ressources et le soutien sont fournis en temps opportun pour réduire l'impact psychologique sur le personnel. Plusieurs études, comme celles d'Alami et al. (2021) et Credland et al. (2024) confirment l'insuffisance des ressources physiques et leur impact sur la santé mentale du personnel. Le manque de points de lavage des mains et de ventilation sécuritaire a également compromis la sécurité des soins. Ces conditions ont généré du stress et une exposition accrue aux agents pathogènes. Ce constat va dans le même sens que ce que Fisher et al. (2021) et El-Hage et al. (2020) ont démontré dans leurs études.

Pour le deuxième niveau de la pyramide, on se réfère principalement aux mesures administratives et organisationnelles. Les témoignages ont indiqué une organisation parfois perçue comme chaotique dans la gestion de la PCI, marquée par l'absence de directives jugées suffisamment claires, un manque de coordination et une gestion inefficace des ressources. Ces propos renvoient principalement aux directives appliquées dans les milieux de soins, qu'elles soient émises au niveau ministériel par le MSSS ou adaptées localement par les centres hospitaliers. Cela pourrait s'expliquer par d'importants écarts entre les données communiquées par le gouvernement et la situation réelle sur le terrain, écarts ayant retardé ou compliqué la capacité de planifier et d'organiser les soins et d'adapter les stratégies en fonction des besoins, selon Alami et al. (2021). L'organisation de la PCI a été marquée par des directives floues, une coordination déficiente et un leadership insuffisant, en partie en raison du faible nombre d'infirmières spécialisées en PCI (ICS-PCI). L'infirmière spécialisée en PCI est une infirmière dont les

mandats s'inscrivent au cœur de la pratique infirmière avancée (PIA). Décrite dans le cadre pancanadien sur les soins infirmiers en pratique avancée (AIIC, 2019), la PIA repose sur un ensemble de compétences distinctes : les soins directs et indirects, l'optimisation du système de santé, l'éducation et le coaching, la recherche, le leadership, la consultation et la collaboration interprofessionnelle, ainsi que l'éthique (AIIC, 2019; Hamric, 2014). Dans le contexte d'une pandémie, ces compétences peuvent être considérées comme des leviers potentiels pour renforcer la coordination des mesures en PCI, soutenir la formation continue du personnel, favoriser l'harmonisation des pratiques entre les unités de soins et améliorer la communication entre les équipes cliniques et les instances décisionnelles. La présence d'un plus grand nombre d'ICS-PCI aurait ainsi pu constituer un facteur facilitant pour l'implantation cohérente des mesures en PCI et soutenir davantage les équipes soignantes confrontées à des changements organisationnels rapides. Par ailleurs, en 2020 - 2021, le Québec comptait seulement 35 ICS-PCI (OIIQ, 2021) et cette situation ne s'est pas améliorée depuis, malgré les leçons tirées de cette crise sanitaire. Bien que les équipes de PCI soient composées d'infirmières cliniciennes qualifiées et expérimentées, le nombre limité d'infirmières spécialisées en PCI ayant une formation en PIA peut être envisagé comme un élément ayant hypothétiquement influencé la capacité du système à coordonner les interventions le plus complexes et à harmoniser les pratiques à l'échelle des établissements. Des protocoles perçus comme excessifs, comme les restrictions sur l'alimentation et sur l'hydratation et les dépistages fréquents des travailleurs, ont généré frustration et fatigue. Ces mesures faisaient généralement référence aux directives en PCI appliquées dans les milieux de soins, qu'elles soient issues des orientations ministérielles

ou adaptées localement par les centres hospitaliers. La désorganisation interne, le flou dans les responsabilités et le manque de soutien ont réduit la résilience des équipes, comme l'ont aussi observé Dubois et al. (2022) et Brophy et al. (2021). Les soignants ont dû souvent improviser, affectant ainsi la qualité des soins.

Pour le dernier niveau de la pyramide, on se réfère principalement aux équipements de protection individuelle. L'inadéquation des stocks, la mauvaise qualité de certains équipements et l'inconfort des ÉPI ont constitué un fardeau constant pour les infirmières. La pénurie, la mauvaise qualité et l'inconfort des ÉPI ont été source de stress, particulièrement durant les premières vagues de la pandémie. Les respirateurs N95 étaient souvent mal ajustés, périmés ou réutilisés au-delà des normes sécuritaires. Cette situation, relevée dans plus de 20 études, ex. : (Ball et al., 2023; Wang et al., 2024), a mené à des pratiques de fortune (masques artisanaux, visières imprimées en 3D) et à un sentiment de vulnérabilité généralisée. Toutefois, il faut se rappeler le fait que la gestion des ÉPI a évolué au fil des vagues pandémiques, plusieurs établissements ayant progressivement stabilisé leurs stocks. Cependant, le rationnement des ÉPI et les retards dans leur distribution ont nourri la méfiance envers le système. Perron et al. (2020) rapportent qu'au début de la crise sanitaire, 84 % des infirmières manquaient d'équipement adéquat, certaines devant partager ou fabriquer leur propre matériel. Franklin and Gkiouleka (2021) insistent sur le fait que l'utilisation prolongée d'ÉPI était associée à des risques importants d'inconfort physique comme des irritations cutanées, d'hypoxies ou d'hypoglycémies. En parlant toujours de la réutilisation ou de l'utilisation prolongée de respirateurs N95, une étude de cohorte effectuée par Wang et al. (2024) avait constaté des

taux élevés d'échec d'ajustement des respirateurs après un seul quart de travail, avec des taux d'échec de 92,8 % après cinq quarts de travail.

***Risque accru de contamination au travail.*** Mis à part les failles dans l'implémentation des trois niveaux de la pyramide en PCI, plusieurs enjeux transversaux ont été décelés. En effet, un aspect préoccupant a été le risque accru de contamination au travail, lié à des manquements dans les mesures de PCI et à une gestion inadéquate des ressources. Le manque de matériel, comme les solutions désinfectantes pour les mains et l'équipement, a entravé les efforts pour maintenir une hygiène adéquate au sein de l'hôpital. Birihane et al. (2020) mentionnait le fait qu'une diminution d'accessibilité aux installations de lavage des mains représentait un important obstacle au respect de l'hygiène des mains. Le manque de désinfectant, de savon, et la réduction des normes de sécurité ont multiplié les risques. Des mesures essentielles, comme la distanciation sociale, n'étaient pas toujours respectées, en raison de la configuration des postes de travail. Ces contraintes organisationnelles ont pu favoriser la transmission du virus dans certains milieux, entraînant un nombre élevé de contaminations et de congés prolongés chez le personnel. D'ailleurs, selon Darwish et al. (2022), les travailleurs de la santé étaient neuf fois plus susceptibles d'être infectés que la population générale. Ce risque accru peut s'expliquer partiellement par une exposition professionnelle directe au virus, mais aussi par une application parfois non optimale des mesures en PCI.

***Déclassement des pratiques exemplaires en PCI.*** La modulation de certaines mesures de PCI, parfois en décalage avec les pratiques exemplaires reconnues, a contribué au sentiment d'insécurité exprimé par plusieurs professionnelles de la santé. Comme en

témoignent les extraits, certaines pratiques jugées inadéquates, telles que le relâchement des exigences en matière de port du masque ou l'adaptation des pratiques exemplaires en PCI aux contraintes du système, ont été perçues comme des reculs inacceptables. Ce déclassement des normes, bien que justifié par des réalités logistiques, a été contesté par plusieurs infirmières, qui y voyaient un risque accru d'exposition, notamment dans le contexte des procédures générant des aérosols. Cette conclusion va dans le même sens que celle de l'étude de Hill et al. (2022) qui remarquait que les travailleurs de la santé étaient souvent conseillés de modifier l'utilisation normale de l'ÉPI, ce qui contrevenait aux pratiques exemplaires de protection. D'ailleurs, une des pratiques les plus appréhendées par les travailleurs de la santé au Québec était la réutilisation de respirateurs à usage unique N95. Le manque de cohérence dans l'application des mesures, combiné à certaines contraintes physiques dans les milieux de soins, comme une ventilation parfois inadéquate ou des espaces de travail restreints, a contribué à alimenter une perception de vulnérabilité. Ce climat a non seulement miné la confiance envers les directives officielles, mais a aussi mis en lumière les tensions entre exigences cliniques et impératifs de sécurité.

***Incohérence des directives et protocoles en PCI.*** Par ailleurs, les politiques et protocoles en PCI étaient souvent perçus comme incohérents et contradictoires. Selon Alyahya et al. (2023) le manque de satisfaction à l'égard des politiques et des mesures en termes de rigueur, ponctualité et transparence étaient négativement lié à la qualité de vie au travail. Certains soignants rapportent que, face à l'incertitude, ils avaient choisi d'adopter leurs propres « protocoles » de protection, parfois en toute bonne foi, mais sans certitude quant à leur efficacité. Cela va dans le même sens que les conclusions de la

recherche de Gonzalez et al. (2022), où les participants avaient souligné qu'ils s'appuient sur leur solide base de formation pour improviser et prendre des décisions face à l'incertitude clinique, en créant leurs propres protocoles. Les infirmières avaient parfois été sanctionnées pour avoir adopté des mesures plus strictes que celles en vigueur, comme l'utilisation des N95 dans des contextes jugés incertains. Ces contradictions ont nui à la crédibilité des autorités et miné la confiance des soignants. Dubois et al. (2022) et Gonzalez et al. (2022) soulignent ce phénomène d'improvisation fondée sur l'expérience clinique personnelle.

*Préparation pré-pandémique et formations insuffisantes.* Le manque de préparation, en particulier en ce qui concerne la formation en PCI, a également été un facteur déterminant dans l'efficacité de la réponse initiale à la pandémie. La préparation à la crise avait été jugée largement insuffisante au début de la pandémie. Peu de formations spécifiques avaient été proposées avant la pandémie, malgré des alertes précoces sur la menace virale. Bien que des formations ont été progressivement mises en place au cours de la pandémie, plusieurs participants ont indiqué le fait que les lacunes initiales en matière de préparation avaient influencé la capacité des équipes à répondre efficacement lors des premières vagues pandémiques. Selon l'étude de Brophy et al. (2021) effectuée en Ontario, la date d'apparition des symptômes du premier cas de Covid-19 au Canada remonte au 15 janvier 2020, à Toronto. Les auteurs indiquent que les mesures de contrôle n'ont pas été mises en place que plusieurs semaines plus tard. Cette observation reflète la situation observée en Ontario et illustre des délais qui ont pu exister dans l'implantation initiale des mesures de contrôle au début de la pandémie. Cette lacune a contribué à

l'anxiété, à l'épuisement professionnel et à une baisse de performance. Brophy et al. (2021) et Alyahya et al. (2023) relèvent un lien direct entre la préparation déficiente et la détresse psychologique.

***Communication et coordination inefficaces.*** La communication entre les départements de PCI et les soignants a aussi constitué un point de friction majeur. Selon Alami et al. (2021), de nombreux cliniciens pensaient que les autorités étaient loin de savoir ce qui se passait réellement sur le terrain, notamment en ce qui concerne le manque de lits, du matériel médical et des médicaments. D'autres soignants avaient signalé qu'il était inacceptable que les médias soient la principale source d'information sur la Covid-19. La communication entre les départements PCI et les soignants était fragmentée, irrégulière et parfois absente. Une infirmière affirmait même n'avoir jamais eu contact avec l'équipe PCI pendant les deux premières années de la pandémie. Les informations provenaient souvent des médias plutôt que des gestionnaires, ce qui augmentait la confusion. Le manque de coordination entre les instances a entraîné des décisions mal informées, affectant la planification et la réponse aux besoins réels du terrain (Alami et al., 2021). Corradi-Dell'Acqua et al. (2024) souligne que la clarté des communications diminue la détresse des travailleurs.

***Rythme déstabilisant des changements des directives.*** Le rythme effréné du changement des directives a également été une source importante de confusion et de frustration. Ce constat corrobore les observations de Franklin and Gkiouleka (2021), qui affirment que les changements fréquents des pratiques et le manque d'informations claires se sont révélés stressants pour les travailleurs de la santé. De semaine en semaine, parfois

d'un jour à l'autre, les recommandations et les politiques évoluaient, créant une atmosphère d'incertitude. Les infirmières étaient régulièrement confrontées à des informations contradictoires : un jour, l'utilisation du N95 était obligatoire, le lendemain, elle ne l'était plus. Le rythme effréné des changements de protocoles, parfois contradictoires, a nourri une incertitude constante. Les infirmières ne savaient plus à quoi s'en tenir, ce qui a accentué le stress et la méfiance. Cette instabilité a été signalée comme l'un des facteurs les plus déstabilisants par plusieurs études (Alami et al., 2021; Brophy et al., 2021; Franklin & Gkiouleka, 2021).

En résumé, au Québec, la pandémie de Covid-19 a mis en évidence d'importants défis en matière de prévention et contrôle des infections (PCI), exacerbant le stress des infirmières en milieu hospitalier. Les disparités dans l'application des mesures hiérarchiques en PCI ont engendré un sentiment d'iniquité, tandis que le risque accru de contamination, pour soi et pour les proches, a alimenté une anxiété durable. Le déclasserment des pratiques exemplaires et l'incohérence des directives institutionnelles ont fragilisé les repères cliniques et accentué l'incertitude. À cela se sont ajoutées une préparation et une formation insuffisantes, de même qu'une communication organisationnelle déficiente, complexifiant l'application des mesures. Enfin, la fréquence et la rapidité des changements de protocoles ont contribué à un climat professionnel instable et hautement exigeant.

**Les répercussions des politiques en PCI sur les manifestations du stress chez les infirmières**

À travers les témoignages recueillis dans ce texte, on constate une pluralité de manifestations du stress chez les infirmières. La discussion qui suit explore les répercussions de la pandémie à travers les prismes de l'anxiété et de l'épuisement professionnel, sous l'impact des mesures en PCI.

***Imprévisibilité, inconnu et incertitude comme facteur de crise collective durant la pandémie.*** Premièrement, une adaptation stressante dans un contexte des défis organisationnels a été constatée. Les participants ont décrit une adaptation marquée par l'inconnu et l'imprévisibilité, illustrant la crise existentielle collective vécue lors des débuts de la pandémie. Pour les soignants, cette incertitude s'est traduite par une surcharge cognitive et émotionnelle, exacerbée par les ruptures organisationnelles (fermetures de services, réaffectations, manque d'ÉPI). Toutefois, selon El-Hage et al. (2020), les soignants ont démontré une grande capacité d'adaptation et de flexibilité, malgré les difficultés. Par contre, selon les mêmes auteurs, cette adaptation a été très coûteuse sur le plan personnel et psychique. L'absence de préparation systémique renforce les conclusions d'études post-SRAS et grippe aviaire, montrant que les crises sanitaires révèlent les failles des systèmes de santé. En ce sens, Alami et al. (2021) mentionnait le fait qu'en 2007, dans un rapport réalisé après la grippe aviaire (H5N1) et l'épidémie de SRAS, l'INSPQ avait déjà alerté sur la pénurie de masques, en soulignant que le Québec était fortement dépendant des masques fabriqués à l'étranger.

***Tension éthique comme facteur d'épuisement moral.*** Par la suite, les dilemmes éthiques et la perte de confiance des infirmières ont été examinés. La tension éthique évoquée par l'affirmation « tu te questionnes si toi aussi, tu devais rester ou sauver ta peau

» illustre le dilemme entre devoir professionnel et préservation de soi. Cette dualité renvoie aux principes de l'éthique du soin selon Tronto et al. (2009), où le soignant doit équilibrer l'aide aux autres et sa propre survie. Les récits soulignent un épuisement moral, concept central dans la recherche de Figley et al. (2013) sur le syndrome d'épuisement compassionnel. D'ailleurs, Franklin and Gkiouleka (2021) mentionnaient le fait que l'utilisation des ÉPI avait été associée à des dilemmes moraux (par exemple, devoir s'occuper d'un patient suspecté de Covid-19 sans avoir l'ÉPI approprié ; ou être incapable d'offrir un soutien émotionnel à travers des expressions faciales). La « méfiance » entre collègues révèle une fragmentation des solidarités professionnelles, phénomène observé dans les crises à haute tension comme les traumatismes relationnels (Herman, 2015). Cela met en lumière la nécessité d'un soutien psychologique institutionnalisé, insuffisant selon les participants, et rappelle les recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sur la prise en charge psychosociale des travailleurs de la santé (OMS, 2022b).

*Anxiété et épuisement professionnel.* Parmi les manifestations du stress décrites par les infirmières, l'anxiété était la plus fréquemment évoquée. Elle se manifestait d'abord par un sentiment de peur devant l'inconnu et par une incertitude paralysante face à des directives changeantes et à un environnement instable. D'ailleurs, l'anxiété a été retrouvée dans plus de vingt études parmi celles recensées : ex. (Alnazly et al., 2021; Alyahya et al., 2023; Bellemare et al., 2024; Butun, 2024; Corradi-Dell'Acqua et al., 2024). Les témoignages démontrent que cette anxiété n'était pas simplement une inquiétude passagère, mais un état chronique, engendrant hypervigilance, symptômes physiques (tensions, douleurs musculaires) et questionnements éthiques complexes. Il a été frappant

de voir comment la peur de contaminer ses proches, évoquée à plusieurs reprises, a engendré des comportements protecteurs extrêmes, comme le port d'un N95 lors de visites familiales. En ce sens, Corradi-Dell'Acqua et al. (2024), avait repéré des preuves convergentes selon lesquelles les inquiétudes des soignants concernant la contamination avec la Covid-19 au travail étaient des puissants prédicteurs de la dépression, de l'anxiété et d'une faible résilience. Entre autres, l'anxiété était aussi liée à une rupture du sentiment de sécurité, tant dans la sphère professionnelle que personnelle.

Les témoignages mettent aussi en évidence un épuisement professionnel généralisé (burnout), nourri par plusieurs facteurs : surcharge de travail, manque de personnel, sentiment d'être abandonné par l'administration et perte de contrôle sur son environnement de travail. D'ailleurs, dans la recension des écrits, 16 références ont été trouvées en lien avec l'épuisement professionnel : ex. (Bellemare et al., 2024; Boucher et al., 2023; Butun, 2024; Laurent et al., 2021). Une usure liée à la concentration exclusive sur des patients atteints de la Covid-19 créant une forme de lassitude et de désengagement émotionnel a également été observée. Selon Gonzalez et al. (2022), les facteurs contribuant à l'épuisement professionnel comprenaient les traumatismes liés à la mort massive et à la morbidité, et à la manière de fonctionner dans un système aux ressources limitées. Certaines infirmières, initialement motivées par un sentiment de devoir ou de solidarité, finissent par ressentir de la désillusion face à l'inefficacité des structures de soutien. Dans ce contexte, l'épuisement n'était plus seulement physique, mais existentiel.

En résumé, plusieurs solutions peuvent répondre aux enjeux en prévention et contrôle des infections (PCI) et aux effets du stress chez les soignants. Une standardisation

des mesures et des protocoles élaborés avec les équipes cliniques réduirait les disparités et favoriserait l'adhésion. Des formations continues, appuyées par une communication claire et cohérente, renforceraient la confiance et la préparation des équipes. Parallèlement, un soutien psychosocial accru, avec un accès simplifié aux services de santé mentale, groupes de soutien et programmes de prévention de l'épuisement, aiderait à atténuer le stress. Enfin, la reconnaissance institutionnelle et la valorisation du rôle infirmier demeurent essentielles pour soutenir la motivation et la rétention du personnel.

### **Recommandations pour l'amélioration de la prévention et contrôle des infections**

Afin de répondre à la deuxième question de recherche « Quels sont les ajustements qui pourront être apportés au niveau de la PCI pour rédiger des politiques, des directives et des protocoles plus adéquats, afin de diminuer l'anxiété et l'épuisement professionnel des infirmières lors des futures crises sanitaires? », cette section a été divisée en deux parties : une se concentrant sur les améliorations suggérées par rapport à la hiérarchie des mesures en PCI et une se concentrant sur les suggestions visant la communication et la formation en PCI.

#### **Recommandations visant la hiérarchie des mesures en PCI**

L'analyse des recommandations émises par les participants concernant les mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) a révélé une volonté claire d'optimiser les pratiques en fonction des apprentissages tirés de la pandémie de Covid-19. La structure hiérarchique du cadre de référence en PCI du (MSSS, 2017) a servi de guide pour orienter

les réflexions. Chacune de ces catégories a fait l'objet de propositions concrètes, illustrant la richesse des expériences vécues sur le terrain.

*L'importance de l'infrastructure hospitalière dans la gestion des maladies infectieuses.* À la base de la pyramide, les recommandations sur l'organisation des lieux physiques et d'ingénierie mettent en lumière l'importance de l'infrastructure hospitalière dans la gestion des maladies infectieuses. Selon les lignes directrices sur les principales composantes des programmes de prévention et de contrôle des infections au niveau national et au niveau des établissements de soins de courte durée de l'Organisation mondiale de la Santé, (OMS, 2016, p. 79), « afin de promouvoir une pratique clinique efficace et normalisée conforme aux lignes directrices acceptées, il convient de mettre l'accent sur l'optimisation de l'environnement de soins afin de garantir un système de travail propice à la bonne mise en œuvre des pratiques de prévention et de contrôle des infections ». La suggestion de désigner des centres spécialisés par région pour traiter les patients infectieux montre une volonté de centraliser les soins tout en assurant un environnement sécuritaire, tant pour les patients que pour le personnel. Un point innovant soulevé sera de créer un corridor dédié pour les patients et les travailleurs en zone rouge, idée qui pourrait être étendue à la gestion des flux logistiques. Cela évoque des modèles de conception hospitalière axés sur la prévention des contaminations, comme ceux observés dans certains hôpitaux de guerre mobiles (Hospenthal et al., 2011). De plus, l'idée d'avoir des chambres attitrées aux infections spécifiques plutôt que de réserver des départements entiers pourrait, dans certains contextes, refléter une gestion plus efficiente de l'espace et des ressources. Bien que le cohortage des patients atteints d'une même

infection sur une même unité soit souvent recommandé lors d'un grand nombre de cas afin de limiter les risques de transmission, la réservation d'un département complet peut devenir moins efficace lorsque le nombre de cas diminue, comme ce fut le cas entre les vagues pandémiques. Dans ces situations, plusieurs chambres peuvent rester inoccupées alors que d'autres départements se retrouvent en surcharge. La séparation adéquate des salles d'urgence et la création de circuits distincts pour les patients contagieux illustrent une compréhension fine des enjeux de transmission. Il en va de même pour l'aménagement d'aires réservées aux travailleurs exposés, l'amélioration de la ventilation, et la rapidité d'exécution des travaux essentiels, tous jugés cruciaux pour une réponse PCI efficace.

*L'harmonisation des mesures administratives et organisationnelles en PCI.* Au centre de la pyramide, les mesures administratives et organisationnelles sont perçues comme un levier indispensable pour structurer la prévention. Selon Fisher et al. (2021), les travailleurs de la santé recommandent une plus grande efficacité de la PCI, ainsi qu'une amélioration de l'approvisionnement en matériaux nécessaires pour prévenir les infections, afin d'éviter les pénuries. Les participants soulignent l'importance d'un renforcement des effectifs en PCI, par l'ajout des conseillères dans les milieux. De surcroît, dans les hôpitaux, le manque de conseillères cliniques en PCI semble avoir constitué un obstacle important pendant la pandémie. Plusieurs participants avaient mentionné des difficultés à obtenir rapidement des réponses à leurs questions concernant l'application des mesures en PCI, surtout lors de situations cliniques complexes ou changeantes. Cette absence de soutien immédiat a parfois conduit à un certain degré

d'incertitude dans l'interprétation des directives, ou à des pratiques variables d'une unité à l'autre, d'où l'appel à ce que chaque département hospitalier dispose de son propre personnel en PCI. En parallèle, la disponibilité de ces conseillères sur tous les quarts de travail est jugée essentielle, particulièrement lors des quarts défavorables (soir, nuit, fin de semaine), où l'accès aux ressources spécialisées est plus limité. Également, l'ajout des infirmières cliniciennes spécialisées en PCI (ICS-PCI) pourrait avoir des effets bénéfiques, surtout dans les contextes ayant un niveau de complexité élevée, comme ceux d'une crise sanitaire. Cependant, cette solution est limitée par la pénurie d'infirmières spécialisées en PCI au Québec, telle que rapportée par Binta Diallo et al. (2024). À cela s'ajoutent des demandes pour des politiques PCI plus stables, uniformes et claires, permettant une meilleure cohérence dans l'application des mesures. Cette stabilité est perçue comme fondamentale pour assurer une réponse cohérente en temps de crise. Enfin, les participants insistent sur la nécessité d'une meilleure planification, avec la mise en place proactive de plans d'urgence afin de ne pas rester dans une logique purement réactive. En ce sens, une enquête effectuée par Greene et al. (2023) avait révélé que les plans existants en cas de pandémie ne suffisaient pas à préparer les services PCI à la taille et à la complexité de la réponse requise pendant la pandémie de Covid-19. Ainsi, certaines organisations ne détenaient même pas de plan de préparation et celles qui en possédaient un, manquaient d'implication des équipes PCI dans les exercices théoriques, n'ayant pas profité de l'expertise des spécialistes en prévention et contrôle des infections.

*L'adéquation des équipements de protection individuelle.* Au sommet de la pyramide, les ÉPI, bien qu'étant les mesures de dernier recours selon la hiérarchie PCI,

ont suscité une réflexion approfondie. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (2016, p. 81), « tous les établissements devraient disposer d'appareils de protection respiratoire et de tabliers imperméables en quantité suffisante ». Le port obligatoire du masque dans les établissements de santé est largement appuyé, notamment en raison du caractère asymptomatique de nombreuses maladies infectieuses. Plus largement, la gestion des stocks d'ÉPI s'est avérée problématique pendant la pandémie. C'est pourquoi plusieurs répondants recommandent de constituer des réserves stratégiques à tous les niveaux (local, régional, provincial et national). De plus, certains recommandent de privilégier les équipements réutilisables et durables. Cependant, cette approche soulève des questions pratiques : la lavabilité des ÉPI nécessite des protocoles rigoureux pour éviter la contamination croisée. Les participants n'ont pas abordé ce détail, ce qui pourrait être un point de vigilance pour les politiques futures. De plus, l'utilisation d'ÉPI réutilisable pourrait être critiquée en contexte d'urgence, où la rapidité d'approvisionnement prime. Une solution intermédiaire pourrait être d'associer stocks de dispositifs jetables et réutilisables, selon les risques perçus. Ces suggestions visent à garantir l'accessibilité et la qualité du matériel, sans compromettre les pratiques exemplaires en PCI en période de pénurie. Une autre suggestion a été d'effectuer une rotation régulière des stocks afin d'éviter les pertes dues à l'expiration des produits. En ce sens, Laing and Westervelt (2020) affirmaient que la gestion des fournitures périmées génère un gaspillage substantiel d'argent et de matériel. La nécessité d'un approvisionnement stratégique est renforcée par les participants, qui insistent sur la nécessité de commencer dès maintenant à anticiper les

crises futures. Cela rappelle les recommandations de Laing and Westervelt (2020) qui affirmaient que le Canada doit agir maintenant pour mieux se préparer à la prochaine crise.

### **Recommandations visant l'amélioration de la communication et de la formation en PCI**

La suite de l'analyse aborde les suggestions émises par des infirmières en lien avec l'amélioration de la communication et de la formation en PCI. Les participants mettent en lumière des lacunes importantes relevées durant la pandémie, notamment en ce qui concerne la transmission de l'information et la préparation du personnel.

*La standardisation de la communication en PCI.* Tout d'abord, les participantes soulignent l'importance d'un canal de communication direct entre les équipes de terrain et celles responsables de la PCI. Cette demande traduit une frustration envers une chaîne de communication jugée inefficace, fragmentée et parfois opaque. L'exemple de la communication passant par plusieurs intermédiaires, au risque de déformer ou retarder le message, illustre un problème structurel. Cela s'inscrit dans les observations de la littérature sur la gestion des crises, où les systèmes de communication centralisés et transparents sont reconnus comme des piliers de la résilience organisationnelle (Weick & Sutcliffe, 2007).

De plus, le fait que les soignants aient appris des pénuries de matériel via les médias, et non via le service de la PCI, illustre une rupture de confiance majeure. Cette situation érode non seulement la crédibilité des instances dirigeantes, mais crée aussi un environnement anxigène. Cette constatation rappelle aussi les conclusions des

chercheurs québécois qui soutenaient qu'une communication déficiente peut générer une diminution de la confiance des travailleurs envers leurs organisations (Alami et al., 2021).

L'uniformisation et la stabilité des directives seraient aussi des éléments clés. La fréquence des changements de protocoles et l'absence de justification claire ont semé la confusion. Cela révèle un autre enjeu de crédibilité : si les directives changent sans explication, la confiance envers les instances responsables s'érode. Le manque de concertation ou d'alignement entre les différents niveaux hiérarchiques est perçu comme une source d'incohérence nuisible à l'efficacité de la PCI. D'ailleurs, Cai et al. (2020) affirmait que l'indisponibilité des directives claires en PCI représente un des principaux facteurs de stress chez les travailleurs en santé. En réponse, plusieurs proposent des moyens concrets, comme des outils de référence (ex. cartables PCI ou tableaux d'affichage à jour) dans chaque département.

***Le besoin de formation en PCI.*** Pour la formation, les infirmières expriment un besoin d'outils pédagogiques mieux adaptés à leur réalité. Des chercheurs européens affirmaient d'ailleurs que la formation obligatoire pour le personnel est une mesure essentielle pour soutenir le respect des règles de sécurité (Franklin & Gkiouleka, 2021). La suggestion d'utiliser des capsules vidéo, simples et visuelles, permettrait une diffusion large, rapide et flexible de l'information. De plus, plusieurs participantes ont insisté également sur l'importance de formations pratiques, interactives et continues. L'exemple de la formation sur l'Ebola, avec des suivis personnalisés et des objectifs clairs, est perçu comme un modèle à suivre. Les exercices de simulation, les rétroactions en temps réel et les entraînements répétés ont été perçus comme des outils essentiels pour maîtriser les

protocoles complexes, comme le port des ÉPI ou la gestion des patients infectieux. Ces observations confirment les conclusions de chercheurs en éducation clinique, qui soulignent que les simulations améliorent la confiance et la performance, surtout en situations stressantes (Motola et al., 2013). Le fait de distribuer de l'information ne suffirait pas, il faudrait vérifier son appropriation par le personnel. Cela implique un suivi de l'apprentissage et de l'application des consignes, ce qui est souvent négligé dans les formations actuelles.

En résumé, quelques pistes de solution se dégagent. Pour renforcer l'efficacité des mesures en PCI et le soutien aux soignants, il est essentiel d'investir dans les structures organisationnelles et la transmission des savoirs. L'uniformisation des pratiques administratives et la gestion rigoureuse des équipements de protection assureraient la cohérence et la sécurité du personnel. Enfin, des communications claires et des formations continues actualisées contribueraient à renforcer les compétences et la résilience des infirmières lors des crises sanitaires.

### **Analyse des facteurs pouvant contribuer à l'amélioration de la résilience**

Afin de répondre à la troisième question de recherche « Quels sont les ajustements qui pourront être apportés aux politiques institutionnelles afin d'améliorer la résilience des infirmières lors des futures crises sanitaires? », cette section a été divisée en deux parties : une se concentrant sur les améliorations suggérées par les participants par rapport à l'environnement de travail et une se concentrant sur les effets positifs de la récente pandémie.

### **Recommandations pour améliorer l'environnement des soins**

L'analyse des recommandations émises par les participants concernant les problématiques liées à l'environnement du travail a révélé une volonté claire d'optimiser les pratiques en fonction des apprentissages tirés de la pandémie de Covid-19.

*L'importance de la communication bidirectionnelle et de la valorisation des soignants.* Des témoignages des participants en ressort une critique explicite du déficit de communication bidirectionnelle dans les institutions. Selon Washington et al. (2023), la communication bidirectionnelle aide à affiner les messages, à mieux répondre aux besoins en ressources et à prendre des décisions plus éclairées. Les soignants expriment le besoin non seulement d'être informés, mais aussi d'être reconnus et valorisés pour leurs efforts. La reconnaissance passe autant par des gestes symboliques (félicitations, rétroactions) que par la présence physique et l'engagement des gestionnaires sur le terrain. Cela rappelle l'étude effectuée en Ontario par Brophy et al. (2021), qui mentionnait également le manque de reconnaissance envers les travailleurs de la santé. L'absence perçue de cette dernière durant la crise a contribué à un sentiment d'abandon, générateur de détresse morale.

*Les effets nocifs de la surcharge de travail sur la qualité des soins.* La surcharge de travail, autre point central, compromet non seulement la qualité des soins, mais aussi la santé mentale des professionnels. La surcharge de travail avait également été mentionnée dans l'étude de Perron et al. (2020), qui déterminait comme causes de ce phénomène la complexification des soins et le manque de ressources pendant la pandémie. La mise en place de mesures organisationnelles, telles que l'affectation d'un personnel

volant pour offrir des pauses, est perçue comme une solution simple, mais jamais concrétisée. Ce constat dénote un écart entre les besoins exprimés par les soignants et les réponses institutionnelles apportées.

En ce sens, les participants ont formulé des recommandations visant l'amélioration de l'environnement des soins. Ils ont souligné l'importance de favoriser une communication bidirectionnelle, permettant aux soignants de faire remonter leurs préoccupations et leurs suggestions, tout en valorisant leur rôle au sein de l'équipe. Par ailleurs, ils ont insisté sur les effets néfastes de la surcharge de travail sur la qualité des soins, mettant en évidence la nécessité de mesures organisationnelles visant à équilibrer les charges de travail, à prévenir l'épuisement professionnel et à maintenir un environnement propice à la sécurité et au bien-être tant des patients que du personnel soignant.

*La restructuration du Programme d'aide aux employés (PAE).* Les propos rapportés convergent vers une critique du modèle de soutien alors en place, principalement articulé autour du PAE (Programme d'aide aux employés), jugé insuffisant tant en termes de fréquence que de pertinence. Ces initiatives devraient être couplées à une communication proactive des autorités, comme le suggère le témoignage d'un participant, qui avait trouvé un soutien significatif via les réseaux sociaux. Le modèle *Anticiper, Planifier, Dissuader* (APD) proposé par El-Hage et al. (2020) vise à entraîner les soignants à la résistance au stress, dans le contexte d'une crise sanitaire. Par exemple, ces chercheurs français donnent en exemple une étude effectuée par Schreiber et al. (2019) sur l'épidémie d'Ebola survenue en Afrique, en 2014. Les résultats de l'étude de Schreiber

et al. (2019) illustrent le fait que le personnel préalablement formé dans le programme APD, n'avait pas développé des troubles de stress post-traumatique (TSPT) cliniquement significatif. Toutefois, il faut mentionner le fait que le contexte de cette épidémie d'Ebola diffère de celui de la Covid-19, surtout par rapport à l'ampleur. Cependant, cet exemple renforce l'idée que la préparation psychologique des soignants pourrait contribuer au renforcement de la résilience en contexte d'urgences sanitaires. Finalement, les participants appellent à des formes de soutien plus incarnées, en présentiel, avec des professionnels qualifiés, disponibles et intégrés au quotidien du personnel.

*L'ouverture à des alternatives en soutien psychologique.* L'ouverture à des alternatives, telles que la formation de pairs repérant la détresse ou le recours à des travailleurs sociaux, démontre la créativité et la proactivité des soignants face aux lacunes institutionnelles. Enfin, la proposition d'intégrer les soins spirituels dans le dispositif de soutien souligne la nécessité d'une approche holistique, reconnaissant l'ensemble des dimensions de la souffrance vécue.

### **Les effets positifs de la pandémie**

L'analyse des témoignages recueillis a mis en lumière les dimensions inattendues, mais constructives de la crise sanitaire liée à la Covid-19. Bien que la pandémie ait exacerbé les pressions sur le personnel infirmier, elle aurait aussi favorisé l'émergence de dynamiques positives, telles que le soutien social, les stratégies d'adaptation au stress, la solidarité interprofessionnelle et le développement professionnel.

*Le soutien social* a constitué une ressource essentielle. Il s'est exprimé de manière plurielle : à travers les médias, les réseaux sociaux, les collègues et les proches, et surtout

les familles. Les participants ont souligné notamment l'impact des messages de reconnaissance reçus via les réseaux sociaux, phénomène qui renforce l'effet de validation sociale décrit par Dovidio and Gaertner (2004). La reconnaissance publique, bien que parfois perçue comme paternaliste, notamment par l'usage du terme « anges gardiens » (Credland et al., 2024), a été globalement reçue comme une valorisation du rôle infirmier. Toutefois, ce soutien informel n'a pas suffi à pallier les carences structurelles du système. À l'échelle institutionnelle, certains centres hospitaliers ont réussi à améliorer la distribution des ÉPI et mis en place des services psychologiques pour le personnel. Ces mesures rappellent l'importance des politiques centrées sur les besoins concrets des travailleurs, comme le recommande le guide d'élaboration et de mise en œuvre de programmes de santé et de sécurité au travail pour les agents de santé (OMS, 2022b). Toutefois, l'inégalité dans l'accès à ces ressources entre les établissements soulève des inégalités structurelles nécessitant une régulation provinciale.

*Les stratégies d'adaptation au stress* mises en œuvre par les infirmières ont révélé une forte capacité de résilience. Ces stratégies variaient selon les individus : loisirs, relations sociales, activité physique, foi religieuse ou passion pour le métier. Cela va dans le même sens que les travaux de Gonzalez et al. (2022), qui avaient trouvé des stratégies qui comprenaient la méditation, l'exercice, l'alimentation saine, le soutien social et l'utilisation des réseaux sociaux. La plupart des participants ont exprimé une capacité à maintenir l'espoir malgré les défis, phénomène souvent lié à des croyances religieuses ou à une hygiène de vie rigoureuse. Ces résultats rappellent les travaux de Bonanno (2004), qui soulignent que la résilience peut émerger des pratiques de régulation émotionnelle et

de croyances en l'avenir. Les participants qui combattaient le stress par des habitudes saines illustrent également l'importance des comportements de précaution pour maintenir le bien-être mental (OMS, 2022a). Le sentiment d'utilité sociale et le lien au sens du travail semblent avoir été des vecteurs particulièrement puissants de stabilité émotionnelle. Néanmoins, certains comportements compensatoires à risque, tels que l'alimentation excessive ou la consommation de substances, ont également émergé, signalant une vulnérabilité accrue face à l'épuisement professionnel et un besoin d'accompagnement psychologique plus structuré. Cependant, l'absence de mentions sur des stratégies spécifiques pour gérer l'épuisement professionnel ou l'anxiété suggère un besoin accru de formations en santé mentale pour les travailleurs de la santé (Croghan et al., 2021).

*La solidarité interprofessionnelle* a également été fortement présente. Cela va dans le même sens que les conclusions de l'étude de Norful et al. (2021). Les propos recueillis témoignent d'une augmentation marquée de la collaboration, de l'entraide et de l'empathie au sein des équipes. Cette cohésion semble avoir été déterminante pour faire face collectivement à une situation de crise inédite. Elle a également contribué à renforcer la confiance entre les différents niveaux hiérarchiques et à valoriser le rôle de certains leaders cliniques, comme l'ICS-PCI.

*Le développement professionnel.* Enfin, la pandémie a été perçue par plusieurs participants comme levier de développement professionnel. Ainsi, cette crise sanitaire a également stimulé un développement professionnel inattendu, avec des participants mentionnant l'acquisition de compétences en gestion de crise et l'innovation organisationnelle : ex. optimisation des stocks d'ÉPI. Ces constats illustrent ce que

Rosenbäck and Eriksson (2024) nomment « la catalyse de la transformation » dans les contextes de crise. L'urgence de la situation a mis en évidence des compétences cliniques, organisationnelles et humaines jusqu'alors peu sollicitées. Elle a également suscité des réflexions sur l'amélioration des pratiques, l'importance de la recherche en sciences infirmières et les besoins d'adaptabilité du système de santé. Cependant, la durabilité de ces apprentissages dépendra de l'intégration de ces pratiques dans les normes institutionnelles postpandémiques.

En résumé, cette analyse met en évidence plusieurs leviers institutionnels pour renforcer la résilience des infirmières en contexte de crise. Une communication bidirectionnelle, l'écoute et la reconnaissance du personnel apparaissent essentielles pour contrer la surcharge de travail, principale source d'épuisement. Le Programme d'aide aux employés (PAE), jugé insuffisant dans certains milieux, devrait être repensé afin d'offrir un soutien psychologique plus accessible et intégré au quotidien. Malgré les défis, la pandémie a aussi généré des retombées positives : le soutien social et la solidarité interprofessionnelle ont favorisé la cohésion, tandis que de nombreuses infirmières ont développé des stratégies d'adaptation ancrées dans la spiritualité, l'activité physique et l'espoir, renforçant leur sentiment d'utilité et leur engagement. Cette période a également stimulé le développement professionnel et la capacité d'innovation organisationnelle. En somme, la résilience infirmière repose sur une interaction entre soutien institutionnel, valorisation et cohésion humaine, appelant à des politiques durables centrées sur le bien-être et la participation active des soignants.

## **Retombées de l'étude dans la pratique clinique, la formation, la recherche la gestion et la politique**

Les retombées du projet ont été examinées selon les cinq axes constituant la discipline infirmière (Pepin et al., 2017) : la pratique clinique, la formation, la recherche, la gestion et la politique.

### **L'axe clinique**

Pour l'axe clinique, cette recherche a permis d'exposer les liens existants entre certaines politiques en PCI qui ne tenaient pas compte des pratiques exemplaires basées sur des résultats probants et les conséquences directes sur la pratique clinique des infirmières. Trop souvent, à cause de la pénurie d'ÉPI, les directives étaient ajustées en discordance avec les pratiques exemplaires et les résultats probants. Cela a mené à une perte de confiance majeure des travailleurs de la santé et, par la suite, à des cas de résistance et d'insubordination, où les infirmières suivaient leurs propres « protocoles », comme le souligne Gonzalez et al. (2022). Entre autres, une des pratiques les plus appréhendées par les travailleurs de la santé au Québec était la réutilisation de respirateurs à usage unique N95. En effet, les pratiques exemplaires en PCI recommandent de jeter un N95 après un seul contact étroit avec un seul patient (Wang et al., 2024). En effet, l'utilisation prolongée ou la réutilisation de ces respirateurs peuvent entraîner une diminution de leur efficacité (Wang et al., 2024). Dans un contexte de pénurie d'ÉPI au début de la pandémie, l'INSPQ a toutefois émis des recommandations visant à encadrer l'application de ces mesures d'exception afin d'assurer une mise en œuvre plus sécuritaire dans les milieux de soins (INSPQ, 2020a). En parallèle, l'Organisation mondiale de la

Santé (OMS) avait annoncé, depuis le 7 juillet 2020, que le SARS-Cov-2 se transmettait par voie aérienne (Morawska et al., 2023). Toutefois, l'interprétation et l'intégration de cette information dans les recommandations ont fait l'objet de débats scientifiques et d'une évolution progressive au Québec (INSPQ, 2020b). En mars 2021, le Tribunal administratif du travail (TAT) impose le port obligatoire des respirateurs N95 pour les travailleurs de la santé (CEST, 2023). Cette décision s'inscrit dans l'évolution des mesures de protection respiratoire dans les milieux de soins, dans un contexte où les recommandations et leur interprétation continuaient d'évoluer au fil de la pandémie. Dans ce contexte, l'une des leçons pour la pratique clinique est l'importance d'intégrer le principe de précaution dans l'élaboration des protocoles en PCI lorsque les données scientifiques sont incertaines ou incomplètes. L'application de ce principe ne renvoie pas à une mesure spécifique, mais à une approche globale visant à adapter les interventions en fonction du niveau d'incertitude et du risque perçu. Elle doit ainsi s'appuyer sur les connaissances scientifiques disponibles et être réévaluée à mesure que de nouvelles données émergent. De plus, les pratiques exemplaires en PCI ne devraient plus être malléables, pouvant être ajustées au gré des décideurs, mais, bien au contraire, les décideurs devraient préparer le système de la santé afin que les pratiques exemplaires soient applicables adéquatement en tout temps.

### **La formation**

Concernant l'axe de la formation, les résultats de la présente étude soulignent l'importance de sensibiliser le milieu de la santé à la nécessité d'offrir aux soignants des formations adaptées en PCI, afin de mieux les outiller et les préparer. En ce sens, le

curriculum de formation de base en sciences infirmières devrait être repensé, afin d'introduire davantage des notions liées à la PCI, sur une base régulière et non pas à titre de formation optionnelle, comme c'est le cas présentement. Quant à la formation continue des infirmières, elle devrait être bonifiée, en initiant les infirmières aux protocoles en PCI applicables en situation d'éclotions, d'épidémies ou de crises sanitaires majeures, en intégrant des modules de simulation mettant l'accent sur les erreurs critiques et les scénarios stressants et en formant les cadres à la gestion des crises et à l'écoute active des équipes de terrain. Un autre aspect très important de la formation se réfère à l'éducation des infirmières cliniciennes spécialisées en PCI (ICS-PCI). Au Québec, l'offre de formation universitaire spécialisée dans ce domaine demeure limitée. Actuellement, certaines universités (l'Université de Sherbrooke et l'Université de Montréal), offrent des programmes de formation postuniversitaire en PCI, bien que l'accessibilité à ces programmes puisse varier selon les périodes. Cependant, l'attrait pour cette formation est extrêmement mince, ce qui a comme conséquence un effectif bas de ces spécialistes dans l'ensemble de la province : seulement 32 ICS-PCI, selon les dernières données statistiques de l'OIIQ, 2023). La présence d'un nombre suffisant d'infirmières spécialisées en prévention et contrôle des infections (ICS-PCI) au Québec pourrait contribuer de manière significative au développement et au maintien de services en PCI solides et professionnels dans les différentes installations de santé, bien que d'autres facteurs organisationnels et contextuels doivent également être pris en compte.

### **La recherche**

Pour la recherche, cette étude vise à compléter la littérature scientifique existante par rapport aux manifestations du stress des infirmières en lien avec les politiques et les protocoles appliqués en prévention et contrôle des infections durant la pandémie de la Covid-19, en milieu hospitalier du Québec. De plus, cette étude met en lumière la nécessité d'effectuer des ajustements à tous les niveaux de la pyramide des mesures en PCI (MSSS, 2017), afin de correspondre aux réalités actuelles. En ce sens, le cadre de référence à l'intention des établissements de santé et de services sociaux du Québec, qui a été conçu en 2006, ayant une mise à jour trois ans avant la pandémie de la Covid-19 (MSSS, 2017), devrait être actualisé, afin d'inclure les planifications et les protocoles applicables en cas de crises sanitaires majeures et les réalités épidémiologiques et socioéconomiques actuelles. De surcroît, le développement d'un modèle conceptuel en PCI pour permettre de redessiner des services en PCI optimaux et congrus avec les réalités postpandémiques du XXI<sup>e</sup> siècle devrait être pris en considération. Après la pandémie, une équipe de chercheurs britanniques était arrivée à la même conclusion, en soutenant le développement d'un modèle conceptuel pour concevoir un système optimal de prévention des infections au Royaume-Uni, capable de faire face aux défis contemporains (Robinson et al., 2023).

### **La gestion**

Quant à la gestion, cette étude permettra aux administrateurs d'identifier des pistes de solution favorisant un meilleur arrimage entre les équipes de terrain et les équipes en PCI, en fluidisant la communication et en décelant plus rapidement les besoins en soutien psychologique. Dans un premier temps, il est pertinent de réfléchir à la disponibilité des travailleurs du service en PCI en milieu hospitalier. Les témoignages recueillis dans cette

étude suggèrent qu'au moment de la pandémie, plusieurs participants percevaient une accessibilité limitée aux équipes PCI lors des quarts de travail défavorables (soir, nuit et fin des semaines). Selon les participantes, ces quarts étaient souvent assurés par des infirmières moins expérimentées, ayant un besoin de support accru. Par la suite, assurer une communication structurée et transparente en créant un canal unique et accessible (intranet, application mobile) pour diffuser les mises à jour de la PCI est essentiel. De plus, une culture de collaboration, en organisant des comités PCI incluant des membres des équipes de terrain pour valider les protocoles et en évaluant régulièrement le climat organisationnel via des enquêtes anonymes et des groupes de discussion, sont tous des aspects à prendre en considération. Une gouvernance transparente et inclusive, impliquant les infirmières dans la prise de décision, afin de mettre au profit leur expertise et de reconstruire la confiance est plus nécessaire que jamais, dans ce contexte postpandémique. Dernièrement, mais pas au dernier plan, il est essentiel de renforcer la santé mentale des travailleurs, en mettant en place des programmes de prévention de l'épuisement professionnel et de consommation associant accompagnement psychologique et formations en gestion du stress. Il est primordial de repenser le support psychosocial offert aux travailleurs de la santé en contexte de crise sanitaire, en augmentant le personnel de soutien (psychologues, travailleurs sociaux, conseillers en soins spirituels), en planifiant l'activation des équipes de soutien psychologique préétablies lors du déclenchement des phénomènes de grande envergure, comme les pandémies et en constituant des équipes volantes pour offrir des moments de répit, d'hydratation et d'alimentation aux travailleurs essentiels lors des pics des crises sanitaires.

### **L'axe politique**

Au niveau administratif et politique, cette étude vise à sensibiliser les décideurs d'investir davantage dans la formation en PCI, autant dans les milieux de travail que dans les milieux académiques et de préparer et planifier des stratégies optimales en vue d'être toujours prêts pour les éclosions, les épidémies et les potentielles crises sanitaires. Ainsi, il est important de concevoir dès maintenant un plan de préparation pandémique (PPP), besoin identifié aussi par Greene et al. (2023), et préétablir les responsables nationaux, régionaux et locaux ainsi que les différentes cellules de crise. Par la suite, les résultats de cette étude amènent également à réfléchir à la place accordée aux infirmières cliniciennes spécialisées (ICS-PCI) dans le système de santé québécois. Certains éléments, comme les exigences de formation associées à cette spécialisation, qui incluent l'obtention d'un diplôme d'études postuniversitaires (DESS) et le passage d'un examen de spécialité à l'OIIQ (OIIQ, 2025), contrastent avec la reconnaissance organisationnelle et les conditions d'exercice actuellement observées. Cette situation soulève des questions quant à la valorisation et à la mobilisation de cette expertise dans le réseau de la santé. De plus, cette spécialisation reste peu connue par les participants. Les données recueillies mettent en évidence le fait que plusieurs d'entre eux avaient une connaissance limitée du rôle des ICS-PCI ou du nombre approximatif de ces professionnelles au Québec. Néanmoins, les besoins exprimés par les participantes, comme ceux en matière de soutien clinique, d'accompagnement dans l'application des mesures en PCI et d'accès à une expertise spécialisée, mettent en évidence l'importance de renforcer la présence et la visibilité de ces professionnels. Par ailleurs, les résultats de cette étude soulignent l'importance

d'accorder une attention particulière à la santé et au bien-être des infirmières lors des crises sanitaires. Les témoignages recueillis illustrent les répercussions importantes que ces situations peuvent avoir sur les soignants. Dans cette optique, il s'avère essentiel de réfléchir au développement et au renforcement de mécanismes de protection des travailleurs de la santé lors des crises sanitaires, en cohérence avec les dispositifs existants en santé au travail. De surcroît, une planification rigoureuse des ressources adaptées aux crises, effectuée autant au niveau national, régional et local, est fondamentale. Une telle planification devrait harmoniser certaines pratiques institutionnelles, en instaurant des protocoles pour la distribution des ÉPI et en assurant un soutien psychosocial plus équilibré, afin d'éviter les disparités entre les établissements. Pour arriver à ces fins, il est toutefois nécessaire de favoriser des espaces de dialogue entre les décideurs et les soignants, afin de profiter de l'expérience terrain et de l'expertise clinique de ces derniers. Dernièrement, il est également important d'investir dans des infrastructures hospitalières modernes et adaptées, permettant une séparation adéquate des zones de contamination. Dans le même sens, le renforcement de la capacité d'approvisionnement en équipements médicaux essentiels (ÉPI, systèmes de ventilation, etc.), tant au niveau provincial que national, est important, dans le but d'assurer un accès adéquat à ces ressources en contexte de crise sanitaire.

### **Forces et limites de l'étude**

Cette étude qualitative exploratoire présente des forces et des limites principalement méthodologiques. Les forces et les limites qui méritent d'être mentionnées sont présentées dans cette section.

### **Forces**

Une force majeure de cette étude réside dans sa capacité à générer des recommandations concrètes émanant directement des infirmières, permettant d'orienter les actions à entreprendre dans plusieurs domaines clés. Ces recommandations portent tant sur l'amélioration des pratiques en prévention et contrôle des infections (PCI) que sur la réduction de la détresse psychologique des soignants en situation de crise sanitaire. Elles visent également à optimiser l'environnement de travail et la qualité des soins, tout en favorisant un engagement plus soutenu de l'employeur dans le développement et la mise en œuvre de programmes de soutien psychologique adaptés aux besoins du personnel. Cette approche participative confère à l'étude une valeur pratique importante, en fournissant des pistes directement exploitables pour renforcer la sécurité, le bien-être et la rétention du personnel infirmier.

Une deuxième force de la présente étude réside dans la pertinence du sujet de recherche au niveau politique. Comme présentés précédemment, divers enjeux entourent la préparation du système de la santé au Québec pour les futures crises sanitaires, dont l'augmentation du nombre d'ICS-PCI par une revalorisation de la spécialisation et par la préparation d'un plan de préparation pandémique (PPP) dès maintenant, tout en incluant l'expertise clinique et de terrain des infirmières. Ce point constitue une force, car il aborde un enjeu politique actuel et crucial, ce qui renforce la pertinence et l'utilité de l'étude pour orienter les décisions en santé publique.

Une troisième force de l'étude reste dans l'utilisation d'un cadre de référence innovateur (Norful et al., 2021), cadre conceptuel découlant du modèle de Karasek and

Theorell (1990), mais formulé explicitement pour la recherche qualitative et déjà utilisé avec succès pour une recherche traitant des sujets comme les travailleurs de la santé et la récente pandémie de Covid-19. L'utilisation de ce cadre est très pertinente dans le contexte où le stress devrait être analysé dans ce même contexte pandémique, sous l'angle d'une recherche de type inductif.

Pour finir, une dernière force de la présente étude reste dans la composition de l'échantillon. Ainsi, afin d'obtenir une représentation aussi diversifiée que possible de la population infirmière, cette recherche a tenu compte des proportions hommes-femmes et infirmières techniciennes, cliniciennes et en pratique avancée, en se référant aux données statistiques publiées par l'Ordre professionnel des infirmiers et infirmières du Québec (2021). La diversification des milieux de provenance des infirmières a également représenté une force. Concrètement, les participants à cette recherche provenaient de trois CISSS de régions différentes (Laurentides, Lanaudière et Outaouais), de trois CIUSSS de l'Île de Montréal (Nord de l'Île, Est de l'Île et Centre-Sud), de deux hôpitaux spécialisés (CHUM et l'Institut Pinel) et d'une agence (MOI). Au total, les participants provenaient des neuf centres hospitaliers différents (l'hôpital de Saint-Jérôme, l'hôpital de Lachute, l'hôpital de Joliette, l'hôpital de Gatineau, l'hôpital Sacre-Cœur, l'hôpital Notre-Dame, l'hôpital Santa-Cabrini, CHUM et l'Institut Pinel). Bien que l'échantillon utilisé dans cette étude ne peut pas représenter l'ensemble de centres hospitaliers du Québec, cette diversité de milieux a permis de recueillir des perspectives variées sur la réalité hospitalière durant la pandémie.

### **Limites**

Quant aux limites de l'étude, il est important d'accentuer le fait que l'échantillon comprenait une proportion importante de participants provenant d'un même CISSS (onze participants sur 20). Cette concentration pourrait avoir influencé certains résultats, puisque les participants issus d'un même milieu étaient exposés à des conditions similaires lors de la pandémie.

D'ailleurs, bien que cette recherche qualitative ait privilégié un échantillonnage raisonné visant à recruter les participants les mieux placés pour répondre aux questions de recherche, et cela tout en suivant le portrait de l'effectif infirmier du Québec (OIIQ, 2021), le nombre de participants demeure limité et doit être interprété avec modération. Cependant, la taille de l'échantillon a été déterminée en tenant compte du principe de saturation des données, principe central dans la recherche qualitative.

De plus, la composition de l'échantillon doit être considérée à la lumière de la diversité des milieux hospitaliers québécois, milieux qui présentent des réalités hétérogènes en fonction de leur mission, de leur taille ou de leur spécialisation. En ce sens, bien que les participants proviennent de plusieurs établissements et régions du Québec, les résultats doivent être interprétés avec discernement et compris comme des exemples reflétant uniquement les expériences des milieux étudiés. Dans cette perspective, l'objectif de l'étude était de dégager des éléments susceptibles d'éclairer des contextes comparables, ce qui renvoie à la notion de transférabilité des résultats.

Une autre limite de l'étude a été représentée par le possible biais de mémoire lié au caractère rétrospectif de la collecte de données. Comme les événements de la première année de la pandémie de la Covid-19 ont eu lieu quatre ans avant les entrevues, les

participants, pouvaient avoir oublié certains détails, reconstruit partiellement leurs souvenirs ou été influencés par des événements ultérieurs. Cela pourrait nuire à la validité des données qualitatives et à l'exactitude des récits recueillis. Toutefois, le fait que la majorité des participants ait décrit les événements de façon similaire renforce la crédibilité des témoignages et permet de minimiser les effets potentiels du biais de mémoire.

Une dernière limite de l'étude a été représentée par certaines lacunes constatées dans les suggestions des participants. Bien que les recommandations formulées par les participants étaient riches en suggestions d'améliorations pratiques, certaines limites liées à leur applicabilité doivent être soulignées. D'une part, les contextes régionaux peuvent influencer la faisabilité de certaines propositions. Par exemple, la mise en place de centres dédiés pourrait s'avérer plus difficile dans des régions où les installations hospitalières sont éloignées géographiquement. D'autre part, certaines solutions pourraient soulever des enjeux éthiques ou organisationnels. À titre d'exemple, l'utilisation d'équipements de protection individuelle réutilisables pourrait être perçue par les soignants comme une pratique potentiellement stressogène. Pour cette raison, une recherche future pourrait explorer ces aspects, en associant les soignants à des études-action pour tester des modèles de gestion d'urgence.

## **Conclusion**

La pandémie de la Covid-19 a constitué une épreuve sans précédent pour les systèmes de santé partout dans le monde. Au Québec, comme ailleurs, les infirmières ont occupé une place centrale dans la réponse à la pandémie. Ainsi, elles ont dû faire face à une adaptation rapide aux nouvelles mesures en PCI, tout en essayant de gérer leurs propres émotions devant les incertitudes liées à ce phénomène disproportionné. Dans ce contexte, la présente recherche visait à mieux comprendre comment les enjeux liés à la PCI ont influencé le stress vécu par les infirmières hospitalières, ainsi qu'à identifier des solutions permettant de soutenir la préparation aux futures crises sanitaires.

Le premier objectif de la recherche visait à explorer les liens entre les politiques et les directives en PCI et les manifestations du stress chez les infirmières hospitalières au Québec. Les résultats obtenus mettent en évidence le fait que le stress ne peut pas être attribué à un seul facteur. Cependant, les témoignages recueillis montrent que les enjeux liés à la PCI ont constitué un facteur important dans l'expérience des infirmières durant la pandémie. Parmi les éléments les plus fréquemment évoqués par les participants figurent l'évolution rapide des directives en PCI, les difficultés liées à la communication, la disponibilité inégale des équipes en PCI ainsi que l'insuffisance dans l'offre de formations. À ces éléments s'ajoutent la pénurie initiale des ÉPI, les ambiguïtés entourant leur utilisation et les tensions éthiques générées par l'éloignement des pratiques exemplaires en PCI. Ces situations ont contribué à créer un climat d'incertitude qui a profondément marqué les infirmières. Dans ce contexte, elles ont dû constamment ajuster leurs pratiques, souvent dans un climat de pression et d'appréhension face aux risques de contamination. Les manifestations de ce stress se sont principalement traduites par des

symptômes d'anxiété, d'épuisement professionnel et, dans certains cas, par une forme d'épuisement moral liée aux tensions éthiques vécues. Ces résultats mettent en lumière la relation serrée entre l'organisation des mesures en PCI et la santé psychologique des infirmières.

Le deuxième objectif de la recherche portait sur les ajustements pouvant être apportés aux politiques et aux pratiques en PCI afin de réduire l'anxiété et l'épuisement professionnel des infirmières. Les résultats démontrent que plusieurs améliorations peuvent être envisagées à différents paliers du système de santé. D'une part, les participantes ont souligné l'importance de disposer d'infrastructures hospitalières mieux adaptées à la gestion des maladies infectieuses, notamment en ce qui concerne l'organisation des espaces, la ventilation et la capacité d'isolation des patients. D'autre part, les témoignages recueillis mettent en évidence la nécessité d'une meilleure harmonisation des mesures en PCI. L'amélioration de la gestion des ÉPI constitue également un élément clé pour renforcer la confiance du personnel soignant. La pandémie a démontré que la disponibilité matérielle ne suffit pas à elle seule : les participants ont également insisté sur l'importance d'une communication claire et cohérente concernant l'utilisation des ÉPI ainsi que sur la nécessité de formations continues.

Le troisième objectif de recherche portait sur les ajustements pouvant être apportés aux politiques institutionnelles afin de renforcer la résilience des infirmières lors de futures crises sanitaires. Les résultats montrent que la résilience ne repose pas uniquement sur les ressources individuelles, mais également sur l'environnement organisationnel. La gestion proactive des charges de travail constitue un enjeu majeur pour prévenir

l'épuisement professionnel dans les contextes de crise. En dépit du fait que le Programme d'aide aux employés (PAE) représente une ressource importante, les témoignages suggèrent que ce type de soutien pourrait être complété par d'autres approches, telles que le counseling ou les groupes de soutien. De surcroît, les résultats mettent également en évidence le rôle fondamental du soutien social, des stratégies individuelles d'adaptation au stress et de la solidarité dans le maintien de la résilience. De plus, plusieurs participants ont souligné l'importance du développement professionnel comme élément contribuant à renforcer leur capacité à faire face aux situations de crise.

Dans l'ensemble, les résultats de cette étude contribuent à une meilleure compréhension des liens entre les politiques en PCI, l'organisation du travail en milieu hospitalier et la santé psychologique du personnel infirmier en temps de crise. Ainsi, cette recherche invite à repenser les pratiques et les politiques en PCI non seulement sous l'angle de la prévention des infections, mais également comme un levier incontournable pour préserver la santé psychologique des infirmières lors des événements similaires.

## Références

- Alami, H., Lehoux, P., Fleet, R., Fortin, J.-P., Liu, J., Attieh, R., Cadeddu, S. B. M., Abdoulaye Samri, M., Savoldelli, M., & Ag Ahmed, M. A. (2021). How Can Health Systems Better Prepare for the Next Pandemic? Lessons Learned From the Management of COVID-19 in Quebec (Canada). *Frontiers in public health*, 9, 671833. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.671833>
- Alnazly, E., Khraisat, O. M., Al-Bashaireh, A. M., & Bryant, C. L. (2021). Anxiety, depression, stress, fear and social support during COVID-19 pandemic among Jordanian healthcare workers. *PloS one*, 16(3), e0247679. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247679>
- Alyahya, M. S., Momani, S., Alolayyan, M. N., & Khader, Y. S. (2023). Workplace policies and quality of working life (QoWL) during the COVID-19 pandemic in Jordanian hospitals. *The International journal of risk & safety in medicine*, 34(2), 101-119. <https://doi.org/10.3233/JRS-220039>
- Association canadienne de psychologie. (2021). *Qu'est-ce que l'épuisement professionnel (burnout)?* Association canadienne de psychologie. Consulté le 19 juin 2025. <https://cpa.ca/fr/psychology-works-fact-sheet-workplace-burnout/>
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2019). Les soins infirmiers en pratique avancée - Un cadre pancanadien. [https://hl-prod-ca-oc-download.s3-central-1.amazonaws.com/CNA/66561cd1-45c8-41be-92f6-e34b74e5ef99/UploadedImages/documents/nursing/Advanced\\_Practice\\_Nursing\\_framework\\_f.pdf](https://hl-prod-ca-oc-download.s3-central-1.amazonaws.com/CNA/66561cd1-45c8-41be-92f6-e34b74e5ef99/UploadedImages/documents/nursing/Advanced_Practice_Nursing_framework_f.pdf)
- Association des médecins psychiatres du Québec. (2023). *Anxiété. Qu'est-ce que c'est?* Association des médecins psychiatres du Québec. Consulté le 19 juin 2025. <https://ampq.org/info-maladie/anxiete/>
- Ball, J., Anstee, S., Couper, K., Maben, J., Blake, H., Anderson, J. E., Kelly, D., Harris, R., & Conolly, A. (2023). The impact of COVID-19 on nurses (ICON) survey: Nurses' accounts of what would have helped to improve their working lives. *Journal of advanced nursing*, 79(1), 343-357. <https://doi.org/10.1111/jan.15442>
- Baribeau, C. (2005). Le journal de bord. Recherches qualitatives. *Hors-série*, 2(98-113).
- Beaulieu, M., Roy, J., Rebolledo, C., & Landry, S. (2022). The management of personal protective equipment during the COVID-19 pandemic: The case of the province

- of Quebec. *Healthcare Management Forum*, 35(2), 48-52. <https://doi.org/10.1177/08404704211053996>
- Bellemare, F., Laguë, I., Arenzon, V., Khaldoun, L., & Geoffrion, S. (2024). Exploring the needs of healthcare workers receiving psychological first aid during the COVID19 pandemic. *Work*, 79(4), 1715-1727. <https://doi.org/10.3233/WOR-230116>
- Bergman, M. S., Viscusi, D. J., Zhuang, Z., Palmiero, A. J., Powell, J. B., & Shaffer, R. E. (2012). Impact of multiple consecutive donnings on filtering facepiece respirator fit. *American journal of infection control*, 40(4), 375-380. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2011.05.003>
- Binta Diallo, F., Dama, G., Pigeon, N., Desmarais-Trépanier, J., Hamelin, J., Charbonneau, S., & Rodrigues, R. (2024). Strategies to attract and retain infection prevention and control nurses in the era of nursing shortage. *Canadian Journal of Infection Control / Revue Canadienne de Prévention des Infections*, 39(3), 165-172. <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=91fc55f1-cc27-3890-83e4-79d0c32c8d7c>
- Birihane, B. M., Bayih, W. A., Alemu, A. Y., & Belay, D. M. (2020). Perceived Barriers and Preventive Measures of COVID-19 Among Healthcare Providers in Debretabor, North Central Ethiopia, 2020. *Risk management and healthcare policy*, 13, 2699-2706. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S287772>
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *Am Psychol*, 59(1), 20-28. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.59.1.20>
- Boucher, V. G., Haight, B. L., Léger, C., Deslauriers, F., Bacon, S. L., Lavoie, K. L., Puterman, E. M., & i, C. s. t. (2023). Canadian healthcare workers' mental health and health behaviours during the COVID-19 pandemic: results from nine representative samples between April 2020 and February 2022. *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique*, 114, 823-839. <https://doi.org/10.17269/s41997-023-00807-z>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Broom, J., & Broom, A. (2024). Qualitative research methods: powerful tools for understanding practice and informing change. *The Journal of hospital infection*, 149, 182-183. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2024.02.031>

- Brophy, J. T., Keith, M. M., Hurley, M., & McArthur, J. E. (2021). Sacrificed: Ontario Healthcare Workers in the Time of COVID-19. *New solutions : a journal of environmental and occupational health policy : NS*, 30(4), 267-281. <https://doi.org/10.1177/1048291120974358>
- Burnett, E., Cooper, T., Wares, K., Wigglesworth, N., Chiwera, L., Settle, C., & Robinson, J. (2023). Designing an optimal infection prevention service: Part 1. *Journal of infection prevention*, 24(1), 3-10. <https://doi.org/10.1177/17571774221127695>
- Butun, A. (2024). Healthcare staff experiences on the impact of COVID-19 on emergency departments: a qualitative study. *BMC health services research*, 24, 921. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11362-9>
- Cai, H., Tu, B., Ma, J., Chen, L., Fu, L., Jiang, Y., & Zhuang, Q. (2020). Psychological Impact and Coping Strategies of Frontline Medical Staff in Hunan Between January and March 2020 During the Outbreak of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Hubei, China. *Medical science monitor : international medical journal of experimental and clinical research*, 26, e924171. <https://doi.org/10.12659/MSM.924171>
- Camirand, H., & Nanhou, V. (2008). La détresse psychologique chez les Québécois en 2005 – Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/no-15-la-detresse-psychologique-chez-les-quebecois-en-2005-serie-enquete-sur-la-sante-dans-les-collectivites-canadiennes.pdf>
- Center for disease and control. (2021). *Implementing Filtering Facepiece Respirator (FFR) Reuse, Including Reuse after Decontamination, When There Are Known Shortages of N95 Respirators*. Center for disease and control. Consulté le 19 juin 2025. <https://www.ahrq.gov/nursing-home/resources/filtering-facepiece-respirator.html>
- Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail. (2025). Santé mentale - Épuisement professionnel. [https://www.cchst.ca/oshanswers/psychosocial/mh/mentalhealth\\_jobburnout.pdf](https://www.cchst.ca/oshanswers/psychosocial/mh/mentalhealth_jobburnout.pdf)
- Chapelle, F. (2018). *Risques psychosociaux et Qualité de Vie au Travail. en 36 notions*. Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.chape.2018.01>
- Chavan, M., Sharma, S., Chenchula, S., Rangari, G., Misra, A. K., & Saggurthi, P. (2024). Psychological and physical impact of wearing personal protective equipment among health care workers during the COVID-19 pandemic. *Bioinformation*, 20, 822-828. <https://doi.org/10.6026/973206300200822>

- Comission de l'éthique en science et en technologie. (2023). *Le principe de précaution : application et jugements en santé publique*. Commission de l'éthique en science et en technologie. Consulté le 19 juin 2025. <https://www.ethique.gouv.qc.ca/fr/actualites/ethique-hebdo/eh-2023-01-13/>
- Corradi-Dell'Acqua, C., Horisberger, G., Caillet-Bois, D., Toraldo, A., Christ, M., Santa, V. D., Frochoux, V., Mols, P., Penaloza, A., Rezzonico, S., Tagliabue, L., & Hugli, O. (2024). Perceived Hospital Preparedness Is Negatively Associated With Pandemic-Induced Psychological Vulnerability in Primary Care Employees: A Multicentre Cross-Sectional Observational Study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 31(2), 1-12. <https://doi.org/10.1002/cpp.2969>
- Credland, N., Griffin, M., Hamilton, P., Harness, O., & McMurray, R. (2024). The impact of COVID-19 on mental health and well-being in critical care nurses – a longitudinal, qualitative study. *Nursing in Critical Care*, 29(1), 32-39. <https://doi.org/10.1111/nicc.12930>
- Creswell, J. (1998). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. Sage.
- Croghan, I. T., Chesak, S. S., Adusumalli, J., Fischer, K. M., Beck, E. W., Patel, S. R., Ghosh, K., Schroeder, D. R., & Bhagra, A. (2021). Stress, Resilience, and Coping of Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic. *J Prim Care Community Health*, 12, 21501327211008448. <https://doi.org/10.1177/21501327211008448>
- Darwish, I., Harrison, L. B., Passos-Castilho, A. M., Labbé, A.-C., Barkati, S., Luong, M.-L., Kong, L. Y., Tutt-Guérrette, M.-A., Kierans, J., Rousseau, C., Benedetti, A., Azoulay, L., & Greenaway, C. (2022). In-hospital outcomes of SARS-CoV-2-infected health care workers in the COVID-19 pandemic first wave, Quebec, Canada. *PloS one*, 17(8), e0272953. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272953>
- Delgado, D., Wyss Quintana, F., Perez, G., Sosa Liprandi, A., Ponte-Negretti, C., Mendoza, I., & Baranchuk, A. (2020). Personal Safety during the COVID-19 Pandemic: Realities and Perspectives of Healthcare Workers in Latin America. *International journal of environmental research and public health*, 17(8). <https://doi.org/10.3390/ijerph17082798>
- Dovidio, J. F., & Gaertner, S. L. (2004). Aversive Racism. In *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. 36, pp. 1-52). Academic Press. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(04\)36001-6](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0065-2601(04)36001-6)
- Dubois, C.-A., Borgès Da Silva, R., & Prud'homme, A. (2022). *Expérience au travail du personnel des établissements de soins de longue durée lors de la première vague de la pandémie de COVID-19 au Québec (2022RP-13)*. (Rapports de projets, Issue. Cirano. <https://cirano.qc.ca/fr/sommaires/2022RP-13>

- El-Hage, W., Hingray, C., Lemogne, C., Yroni, A., Brunault, P., Bienvenu, T., Etain, B., Paquet, C., Gohier, B., Bennabi, D., Birmes, P., Sauvaget, A., Fakra, E., Prieto, N., Bulteau, S., Vidailhet, P., Camus, V., Leboyer, M., Krebs, M. O., & Auouizerate, B. (2020). [Health professionals facing the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: What are the mental health risks?]. *L'Encephale*, 46(3S), S73-S80. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.008>
- Figley, Huggard, & Rees. (2013). *First do no self harm : understanding and promoting physician stress resilience*. Oxford University Press. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=1201320>
- Fisher, D., & King, L. (2013). An integrative literature review on preparing nursing students through simulation to recognize and respond to the deteriorating patient. *Journal of advanced nursing*, 69(11), 2375-2388. <https://doi.org/10.1111/jan.12174>
- Fisher, E., Cárdenas, L., Kieffer, E., & Larson, E. (2021). Reflections from the "Forgotten Front Line": A qualitative study of factors affecting wellbeing among long-term care workers in New York City during the COVID-19 pandemic. *Geriatric nursing (New York, N.Y.)*, 42(6), 1408-1414. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.09.002>
- Folkman, S. (2013). Stress: Appraisal and Coping. In M. D. Gellman & J. R. Turner (Eds.), *Encyclopedia of Behavioral Medicine* (pp. 1913-1915). Springer New York. [https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9\\_215](https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_215)
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2022). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (4e édition. ed.). Chenelière éducation.
- Franklin, P., & Gkiouleka, A. (2021). A Scoping Review of Psychosocial Risks to Health Workers during the Covid-19 Pandemic. *International journal of environmental research and public health*, 18(5). <https://doi.org/10.3390/ijerph18052453>
- Gonzalez, C. M., Hossain, O., & Peek, M. E. (2022). Frontline Physician Perspectives on Their Experiences Working During the First Wave of the COVID-19 Pandemic. *JGIM: Journal of General Internal Medicine*, 37(16), 4233-4240. <https://doi.org/10.1007/s11606-022-07792-y>
- Greene, C., Wilson, J., Griffin, H., Tingle, A., Cooper, T., Semple, M. G., Enoch, D., Lee, A., & Loveday, H. (2023). The role of pandemic planning in the management of COVID-19 in England from an infection prevention and control perspective: results of a national survey. *Public health*, 217, 89-94. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2023.01.028>

- Groupe en éthique de la recherche. (2022). *Énoncé de politique des trois conseils: Éthique de la recherche avec des êtres humains – EPTC 2* Groupe en éthique de la recherche. Consulté le 19 juin 2025. [https://ethics.gc.ca/fra/policy-politique\\_teps2-eptc2\\_2022.html](https://ethics.gc.ca/fra/policy-politique_teps2-eptc2_2022.html)
- Haberey-Knuessi, V. (2011). [From requirements to resources, Demerouti's model in the service of nursing care]. *Recherche en soins infirmiers*(104), 23-29. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=21568115&lang=fr&site=ehost-live>
- Halbesleben, J. R. B., Wakefield, B. J., Wakefield, D. S., & Cooper, L. B. (2008). Nurse burnout and patient safety outcomes: nurse safety perception versus reporting behavior. *Western Journal of Nursing Research*, 30(5), 560-577. <https://doi.org/10.1177/0193945907311322>
- Hammer, L. B., Dimoff, J., Mohr, C. D., & Allen, S. J. (2024). A Framework for Protecting and Promoting Employee Mental Health through Supervisor Supportive Behaviors. *Occupational health science*, 8, 243-268. <https://doi.org/10.1007/s41542-023-00171-x>
- Hamric, A. B., Hanson, C. M., Tracy, M. F., & O'Grady, E. T. (2014). *Advanced practice nursing : an integrative approach (5th edition.)*.
- Hennink, M., & Kaiser, B. N. (2022). Sample sizes for saturation in qualitative research: A systematic review of empirical tests. *Social Science & Medicine*, 292, 114523. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114523>
- Herman, J. L. (2015). *Trauma and recovery : the aftermath of violence, from domestic abuse to political terror*. Basic Books.
- Hill, M., Smith, E., & Mills, B. (2022). Work-based concerns of Australian frontline healthcare workers during the first wave of the COVID-19 pandemic. *Australian and New Zealand journal of public health*, 46(1), 25-31. <https://doi.org/10.1111/1753-6405.13188>
- Hoernke, K., Djellouli, N., Andrews, L., Lewis-Jackson, S., Manby, L., Martin, S., Vanderslott, S., & Vindrola-Padros, C. (2021). Frontline healthcare workers' experiences with personal protective equipment during the COVID-19 pandemic in the UK: a rapid qualitative appraisal. *BMJ open*, 11(1), e046199. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046199>
- Hospenthal, D. R., Green, A. D., Crouch, H. K., English, J. F., Pool, J., Yun, H. C., Murray, C. K., & Prevention of Combat-Related Infections Guidelines, P. (2011). Infection prevention and control in deployed military medical treatment facilities.

*The Journal of trauma*, 71(2 Suppl 2), S290-S298.  
<https://doi.org/10.1097/TA.0b013e318227add8>

Institut national de la santé publique du Québec. (2020a). *Réutilisation des respirateurs N95 dans un contexte d'une pénurie réelle ou appréhendée lors de la pandémie de la COVID-19*. Institut national de la santé publique du Québec. Consulté le 19 juin 2025. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2918-reutilisation-respirateurs-n95-covid19>

Institut national de la santé publique du Québec. (2020b). Transmission du SRAS-CoV-2 : constats et proposition de terminologie. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3099-transmission-sras-cov-2-constats-terminologie-covid19.pdf>

Institut national de la santé publique du Québec. (2021). *Étude sur la détresse psychologique des travailleurs de la santé atteints de la Covid-19 au Québec durant la deuxième vague pandémique*. Institut national de la santé publique du Québec. Consulté le 19 juin 2025. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3135-detresse-psychologique-travailleurs-sante-atteints-covid-19-deuxieme-vague.pdf>

Johnson, J. V., & Hall, E. M. (1988). Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American journal of public health*, 78(10), 1336-1342. <https://doi.org/10.2105/ajph.78.10.1336>

Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work : stress, productivity, and the reconstruction of working life*. Basic Books.

Kobayashi, L. M., Marins, B. R., Costa, P., Perazzo, H., & Castro, R. (2020). Extended use or reuse of N95 respirators during COVID-19 pandemic: An overview of national regulatory authority recommendations. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 41(11), 1364-1366. <https://doi.org/10.1017/ice.2020.173>

Kohn, L., & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*, LIII(4), 67-82. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>

Laing, S., & Westervelt, E. (2020). Réserve nationale stratégique d'urgence du Canada : Une nouvelle stratégie à long terme s'impose. *Cmaj*, 192(47), E1609-e1611. <https://doi.org/10.1503/cmaj.200946-f>

Laurent, A., Fournier, A., Poujol, A.-L., Deltour, V., Lheureux, F., Meunier-Beillard, N., Loiseau, M., Ecarnot, F., Rigaud, J.-P., Binquet, C., & Quenot, J.-P. (2021). Impact psychologique de la pandémie de COVID-19 sur les soignants en

- réanimation. *Médecine Intensive Réanimation*, 30(Hors-série 1), 69–74. <https://doi.org/https://doi.org/10.37051/mir-00075>
- Lu, W., Wang, H., Lin, Y., & Li, L. (2020). Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Psychiatry research*, 288, 112936. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112936>
- Luchman, J. N., & González-Morales, M. G. (2013). Demands, control, and support: a meta-analytic review of work characteristics interrelationships. *J Occup Health Psychol*, 18(1), 37-52. <https://doi.org/10.1037/a0030541>
- Lukenchuk, A. (2013). *Paradigms of research for the 21st century : perspectives and examples from practice* (Vol. 436). P. Lang.
- Lupien, S. J., McEwen, B. S., Gunnar, M. R., & Heim, C. (2009). Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(6), 434-445. <https://doi.org/10.1038/nrn2639>
- Maina, M., Tosas-Auguet, O., English, M., Schultsz, C., & McKnight, J. (2020). Infection prevention and control during the COVID-19 pandemic: challenges and opportunities for Kenyan public hospitals. *Wellcome open research*, 5, 211. <https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.16222.1>
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic. Resilience processes in development. *Am Psychol*, 56(3), 227-238. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.56.3.227>
- McGarry, B. E., Grabowski, D. C., & Barnett, M. L. (2020). Severe Staffing And Personal Protective Equipment Shortages Faced By Nursing Homes During The COVID-19 Pandemic. *Health affairs (Project Hope)*, 39(10), 1812-1821. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2020.01269>
- Miles, D. (2017). Research Methods and Strategies Workshop: A Taxonomy of Research Gaps: Identifying and Defining the Seven Research Gaps. 1, 1. [https://www.academia.edu/35505149/ARTICLE\\_RESEARCH\\_A\\_Taxonomy\\_of\\_Research\\_Gaps\\_Identifying\\_and\\_Defining\\_the\\_Seven\\_Research\\_Gaps#loswp-work-container](https://www.academia.edu/35505149/ARTICLE_RESEARCH_A_Taxonomy_of_Research_Gaps_Identifying_and_Defining_the_Seven_Research_Gaps#loswp-work-container)
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. (2017). *La prévention et le contrôle des infections nosocomiales. Cadre de référence à l'intention des établissements de santé et de services sociaux du Québec*. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. Consulté le 15 juin 2025. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-209-01W.pdf>
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. (2020). *Diagnostic de la coordination des activités de santé publique et de prévention et contrôle des*

*infections lors de la première vague de la pandémie de la Covid-19 à Montréal. Constat et recommandations.* Ministère de la santé et de services sociaux du Québec. Consulté le 19 juin 2025.  
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-210-rapport-diagnostic-mtl.pdf>

- Morawska, L., Bahnfleth, W., Bluysen, P. M., Boerstra, A., Buonanno, G., Dancer, S. J., Floto, A., Franchimon, F., Haworth, C., Hogeling, J., Isaxon, C., Jimenez, J. L., Kurnitski, J., Li, Y., Loomans, M., Marks, G., Marr, L. C., Mazzarella, L., Melikov, A. K.,... Wierzbicka, A. (2023). Coronavirus Disease 2019 and Airborne Transmission: Science Rejected, Lives Lost. Can Society Do Better? *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America*, 76(10), 1854-1859. <https://doi.org/10.1093/cid/ciad068>
- Motola, I., Devine, L. A., Chung, H. S., Sullivan, J. E., & Issenberg, S. B. (2013). Simulation in healthcare education: a best evidence practical guide. *AMEE Guide No. 82. Med Teach*, 35(10), e1511-1530. <https://doi.org/10.3109/0142159x.2013.818632>
- Moyo, N., Bhappu, A. D., Bhebhe, M., & Ncube, F. (2022). Perceived Risk of COVID-19 and Employee Decision-Making: How Psychological Distress during the Pandemic Increases Negative Performance Outcomes among Healthcare Workers. *International journal of environmental research and public health*, 19(11). <https://doi.org/10.3390/ijerph19116762>
- Mucchielli, A. (1991). *Les Méthodes qualitatives* (1e éd. ed.). Presses universitaires de France. <http://catalogue.bnf.fr/ark:/12148/cb35462408b>
- Narapaka, P. K., Katikala, K., Ponnala, V. R., Meenakshi, S., Viswas, G., Singh, M., Venkateshan, R. G., & Dhingra, S. (2024). Psychological health among healthcare professionals during COVID-19 pandemic: An updated meta-analysis. *Indian Journal of Psychiatry*, 66(5), 413-420. [https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry\\_173\\_23](https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_173_23)
- Nofal, M., Subih, M., & Al-Kalaldeh, M. (2017). Factors influencing compliance to the infection control precautions among nurses and physicians in Jordan: A cross-sectional study. *J Infect Prev*, 18(4), 182-188. <https://doi.org/10.1177/1757177417693676>
- Norful, A. A., Rosenfeld, A., Schroeder, K., Travers, J. L., & Aliyu, S. (2021). Primary drivers and psychological manifestations of stress in frontline healthcare workforce during the initial COVID-19 outbreak in the United States. *General hospital psychiatry*, 69, 20-26. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2021.01.001>

- Öhrling, T. (2014). Increased Participation Among Cleaners as a Strategy to Improve Quality and Occupational Health. *Nordic Journal of Working Life Studies*, 4(3), 79-98. <https://doi.org/https://doi.org/10.19154/njwls.v4i3.4181>
- Ordre professionnel des infirmiers et infirmières du Québec. (2010). *Perspectives de l'exercice de la profession infirmière. Édition 2010*. Ordre professionnel des infirmiers et infirmières du Québec. Consulté le 19 juin 2025. <https://www.oiiq.org/perspectives-de-l-exercice-de-la-profession-d-infirmiere-edition-2010>
- Ordre professionnel des infirmiers et infirmières du Québec. (2021). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier et la relève infirmière du Québec 2020-2021*. Ordre professionnel des infirmiers et infirmières du Québec. Consulté le 19 juin 2025. <https://www.oiiq.org/documents/20147/9565847/Rapport-statistique-2019-2020.pdf>
- Ordre professionnel des infirmiers et infirmières du Québec. (2023). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier et la relève infirmière du Québec 2022-2023*. Ordre professionnel des infirmiers et infirmières du Québec. Consulté le 19 juin 2025. <https://www.oiiq.org/documents/20147/26586017/oiiq-rapport-statistique-23-VF.pdf/6f710838-6645-eef2-90f6-152b5400d34a>
- Ordre professionnel des infirmiers et infirmières du Québec. (2025). *Infirmière clinicienne spécialisée (ICS) en prévention et contrôle des infections*. Ordre professionnel des infirmiers et infirmières du Québec. Consulté le 19 juin 2025. <https://www.oiiq.org/pratique-professionnelle/pratique-avancee/ics-en-prevention-et-contrôle-des-infections>
- Organisation des Nations Unies. (1992). *Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement. Sommet Planète Terre, Rio de Janeiro*. Organisation des Nations Unies. Consulté le 19 juin 2025. <https://www.un.org/french/events/rio92/rio-fp.htm>
- Organisation mondiale de la Santé. (2016). *Lignes Directrices sur les Principales Composantes des Programmes de Prévention et de Contrôle des Infections au Niveau National et au Niveau des Etablissements de Soins de Courte Durée*. Organisation mondiale de la Santé. Consulté le 19 juin 2025. <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789241549929>
- Organisation mondiale de la Santé. (2022a). *Lignes directrices de l'OMS sur la santé mentale au travail : résumé d'orientation*. Organisation mondiale de la Santé. Consulté le 19 juin 2025. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/363208/9789240058323-fre.pdf>

- Organisation mondiale de la Santé. (2022b). *Prendre soin des soignants : guide d'élaboration et de mise en oeuvre de programmes de santé et de sécurité au travail pour les agents de santé*. Organisation Mondiale de la Santé. Consulté le 19 juin 2025. <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240040779>
- Organisation mondiale de la Santé. (2023). *Stress. Questions et réponses*. Organisation mondiale de la santé. Consulté le 19 juin 2025. <https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/stress>
- Pace, F., Sciotto, G., Randazzo, N. A., & Russo, L. (2023). The moderating role of age and seniority on nurses' emotional dissonance and perceived health. *Nursing & Health Sciences*, 25(4), 619-627. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/nhs.13053>
- Parlons Sciences. (2020). *Le stress et le cerveau. Quels sont les différents types de stress?* Parlons Sciences. Consulté le 19 juin 2025. <https://parlonssciences.ca/ressources-pedagogiques/documents-dinformation/le-stress-et-le-cerveau>
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* (2nd ed ed.). Sage.
- Pelly, D., Daly, M., Delaney, L., & Doyle, O. (2022). Worker Stress, Burnout, and Wellbeing Before and During the COVID-19 Restrictions in the United Kingdom. *Front Psychol*, 13, 823080. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.823080>
- Pepin, J., Ducharme, F., Kérouac, S., & Bourbonnais, A. (2017). *La pensée infirmière* (4e édition. ed.). Chenelière éducation.
- Perron, A., Dufour, C., Marcogliese, E., & Gagnon, M. (2020). La dénonciation infirmière en contexte de pandémie de COVID-19: une analyse de contenu de la plate-forme « Je dénonce ». *Aporia*, 12, 76-90. <https://doi.org/10.18192/aporia.v12i1.4840>
- Robinson, J., Price, L., Otter, J., & Burnett, E. (2023). Designing an optimal infection prevention service: Part 2. *Journal of infection prevention*, 24(1), 11-22. <https://doi.org/10.1177/17571774221127573>
- Robinson, K. A., Saldanha, I. J., & McKoy, N. A. (2011). Development of a framework to identify research gaps from systematic reviews. *J Clin Epidemiol*, 64(12), 1325-1330. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2011.06.009>
- Rosenbäck, R., & Eriksson, K. M. (2024). COVID-19 healthcare success or failure? Crisis management explained by dynamic capabilities. *BMC Health Serv Res*, 24(1), 759. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11201-x>
- Sarma, R., Vig, S., Rathore, P., Pushpam, D., Mishra, S., Gupta, N., Garg, R., Kumar, V., Bharati, S. J., & Bhatnagar, S. (2020). Concerns of Health Care Professionals

- Managing non-COVID Patients during The COVID-19 Pandemic: A Descriptive Cross- Sectional Study. *Indian journal of palliative care*, 26(Suppl 1), S21-S26. [https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC\\_155\\_20](https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_155_20)
- Schreiber, M., Cates, D. S., Formanski, S., & King, M. (2019). Maximizing the Resilience of Healthcare Workers in Multi-hazard Events: Lessons from the 2014–2015 Ebola Response in Africa. *Military Medicine*, 184(Supplement\_1), 114-120. <https://doi.org/10.1093/milmed/usy400>
- Selye, H. (1976). *The stress of life (rev. ed.)*. McGraw-Hill.
- Shah, M., Roggenkamp, M., Ferrer, L., Burger, V., & Brassil, K. J. (2021). Mental Health and COVID-19: The Psychological Implications of a Pandemic for Nurses. *Clinical journal of oncology nursing*, 25(1), 69-75. <https://doi.org/10.1188/21.CJON.69-75>
- Shahrour, G., & Dardas, L. A. (2020). Acute stress disorder, coping self-efficacy and subsequent psychological distress among nurses amid COVID-19. *Journal of nursing management*, 28(7), 1686-1695. <https://doi.org/10.1111/jonm.13124>
- Sharma, N., Hasan, Z., Velayudhan, A., M. A, E., Mangal, D. K., & Gupta, S. D. (2020). Personal Protective Equipment: Challenges and Strategies to Combat COVID-19 in India: A Narrative Review. *Journal of Health Management*, 22(2), 157-168. <https://doi.org/10.1177/0972063420935540>
- Squires, A., Clark-Cutaia, M., Henderson, M. D., Arneson, G., & Resnik, P. (2022). "Should I stay or should I go?" Nurses' perspectives about working during the Covid-19 pandemic's first wave in the United States: A summative content analysis combined with topic modeling. *International Journal of Nursing Studies*, 131, N.PAG-N.PAG. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104256>
- Stuijzand, S., Deforges, C., Sandoz, V., Sajin, C.-T., Jaques, C., Elmers, J., & Horsch, A. (2020). Psychological impact of an epidemic/pandemic on the mental health of healthcare professionals: a rapid review. *BMC Public Health*, 20(2), 1-18. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09322-z>
- Styra, R., Hawryluck, L., McGeer, A., Dimas, M., Lam, E., Giacobbe, P., Lorello, G., Dattani, N., Sheen, J., Rac, V. E., Francis, T., Wu, P. E., Luk, W.-S., Nadarajah, J., & Gold, W. L. (2022). Support for health care workers and psychological distress: thinking about now and beyond the COVID-19 pandemic. *Health promotion and chronic disease prevention in Canada : research, policy and practice*, 42(10), 421-430. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.42.10.01>
- Thekkumpurath, P., Venkateswaran, C., Kumar, M., & Bennett, M. I. (2008). Screening for psychological distress in palliative care: a systematic review. *Journal of pain*

and symptom management, 36(5), 520-528.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.11.010>

- Tronto, J. C., Maury, H., & Mozère, L. (2009). *Un monde vulnérable : pour une politique du care*. Éditions La Découverte.
- Wang, R. C., Degeysys, N. F., Fahimi, J., Jin, C., Rosenthal, E., Lazar, A. A., Yaffee, A. Q., Peterson, S., Rothmann, R. E., Jones, C. M. C., Tolia, V., Shah, M. N., Raven, M. C., & Group, R. N. (2024). Incidence of Fit Test Failure During N95 Respirator Reuse and Extended Use. *JAMA Network Open*, 7(1), e2353631-e2353631. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.53631>
- Washington, R., Weis, J. A., Monger, M., Burse, N., Melvin, S. C., Omondi, A. A., Lohr, A. M., Njeru, J. W., Compretta, C. E., Sia, I. G., & Wieland, M. L. (2023). Adaptation of a bidirectional crisis and emergency risk communication framework by community-engaged research partnerships in rural Mississippi during the COVID-19 pandemic. *J Clin Transl Sci*, 7(1), e79. <https://doi.org/10.1017/cts.2023.15>
- Weick, K. E., & Sutcliffe, K. M. (2007). *Managing the unexpected : resilient performance in an age of uncertainty* (2nd ed.). Jossey-Bass.
- Wood, E., King, R., Taylor, B., Robertson, S., Senek, M., Tod, A., & Ryan, T. (2022). Moral distress in advanced practice nurses during the COVID-19 pandemic. *Nursing Standard*, 37(11), 44-50. <https://doi.org/10.7748/ns.2022.e11885>

**Annexes**

## ANNEXE A Directives publiées pendant la pandémie de la Covid-19

### *Liste des directives en PCI du MSSS (2020 – 2023)*

<b>Directive</b>	<b>Date de publication</b>	<b>Source d'information</b>
Directives en soins intensifs	23 octobre 2020	<a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002946/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002946/</a>
Directives archivées en lien avec les services médicaux	23 octobre 2020	<a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002934/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002934/</a>
Guide de prévention et de gestion des éclosions en centres hospitaliers	5 novembre 2020	<a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002724/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002724/</a>
Algorithme sur les transferts des femmes enceintes dans la région de Montréal	19 novembre 2020	<a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002753/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002753/</a>

<b>Directive</b>	<b>Date de publication</b>	<b>Source d'information</b>
Directives en cancérologie	24 novembre 2020	<a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002770/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002770/</a>
Directive sur les tests de dépistage ÉVAQ	24 novembre 2020	<a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002766/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002766/</a>
INESS : documents et avis	26 novembre 2020	<a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002722/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002722/</a>
Directives en endoscopie	26 novembre 2020	<a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002757/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002757/</a>
Présentation clinique INESS	30 novembre 2020	<a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002721/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002721/</a>

<b>Directive</b>	<b>Date de publication</b>	<b>Source d'information</b>
Guide d'aide à la décision pour le délestage des activités cliniques	12 janvier 2021	<a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002858/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002858/</a>
Directive sur la ventilation des installations	15 janvier 2021	<a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002859/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002859/</a>
Directive sur les indications d'utilisation des analyses sérologiques pour la COVID-19	20 janvier 2021	<a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002877/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002877/</a>
Directive sur l'accès aux tests de détection rapide de la COVID-19	26 janvier 2021	<a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002886/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002886/</a>
Directive sur la surveillance des cas du Syndrome inflammatoire multisystémique des enfants (MIS-C) liés ou non à la maladie à coronavirus (COVID-19)	28 janvier 2021	<a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002884/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002884/</a>

<b>Directive</b>	<b>Date de publication</b>	<b>Source d'information</b>
Consignes en chirurgie cardiaque	8 février 2021	<a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002891/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002891/</a>
Consignes concernant le traitement de thrombectomie (AVC)	8 février 2021	<a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002890/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002890/</a>
Informations et consignes concernant les interventions hémodynamiques	8 février 2021	<a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002892/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002892/</a>
Lignes directrices hospitalières pour la 2e vague	9 février 2021	<a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002893/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002893/</a>
Directive sur la mise en œuvre de la gestion du risque d'exposition aux aérosols	10 février 2021	<a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002911/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002911/</a>

<b>Directive</b>	<b>Date de publication</b>	<b>Source d'information</b>
Guide de procédures techniques Soins intensifs et urgence SARS-CoV-2 (COVID-19)	10 février 2021	<a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002913/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002913/</a>
Directive sur la présence des médias dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux	10 février 2021	<a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002899/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002899/</a>
Directive sur l'application des protocoles de prévention et de contrôle des infections (PCI) en lien avec le port du masque médical dans les milieux de soins et autres milieux en contexte des soins de santé	19 février 2021	<a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002894/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002894/</a>
Directive sur la déclaration obligatoire de tous les cas de COVID-19 et des mutations détectées associées à des variants sous surveillance	9 mars 2021	<a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002959/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002959/</a>
Directive sur la fréquence de nettoyage et de désinfection dans un contexte de pandémie de COVID-19	9 avril 2021	<a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002968/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002968/</a>

<b>Directive</b>	<b>Date de publication</b>	<b>Source d'information</b>
Directive sur la stratégie d'écoulement de la réserve de pandémie	7 mai 2021	<a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003011/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003011/</a>
Guide aux cliniciens concernant la Thrombocytopénie immunitaire prothrombotique induite par le vaccin (TIPIV ou TTIV) en contexte de vaccination contre la COVID-19	12 mai 2021	<a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003016/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003016/</a>
Guide en contexte de pandémie sur les activités de soins infirmiers	12 mai 2021	<a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003030/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003030/</a>
ITSS : Interventions cliniques en période de pandémie de coronavirus COVID-19	27 mai 2021	<a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003038/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003038/</a>
Orientations ministérielles pour la mise en place des mécanismes attendus pour l'accompagnement de personnes vulnérables lors de l'application du protocole national de priorisation pour l'accès aux SI adultes	30 juin 2021	<a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003053/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003053/</a>

<b>Directive</b>	<b>Date de publication</b>	<b>Source d'information</b>
Plan 3e vague : Services mère-enfant	30 juin 2021	<a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002989/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002989/</a>
Transfert des patients entre les services préhospitaliers d'urgence et les salles d'urgence	14 juillet 2021	<a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003107/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003107/</a>
Directive sur le recours aux prélèvements salivaires et par gargarisme pour la détection du SARS-CoV-2	4 août 2021	<a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003122/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003122/</a>
Reprise des activités cliniques en première ligne	3 septembre 2021	<a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003132/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003132/</a>
Hémodialyse	10 novembre 2021	<a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003197/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003197/</a>

<b>Directive</b>	<b>Date de publication</b>	<b>Source d'information</b>
Priorisation pour l'accès aux soins intensifs (adultes) en contexte extrême de pandémie	23 décembre 2021	<a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003251/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003251/</a>
Algorithme sur les transferts des femmes enceintes	23 décembre 2021	<a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003249/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003249/</a>
Directives ministérielles en santé mentale et psychiatrie légale	12 janvier 2022	<a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003278/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003278/</a>
Directives sur les soins palliatifs et de fin de vie	20 janvier 2022	<a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003288/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003288/</a>
Plan de priorisation intégré des activités cliniques	27 janvier 2022	<a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003282/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003282/</a>

<b>Directive</b>	<b>Date de publication</b>	<b>Source d'information</b>
Comité directeur clinique COVID-19	4 février 2022	<a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002786/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002786/</a>
Organisation de l'accès à l'antiviral Paxlovid <sup>MC</sup> (nirmatrelvir et ritonavir) pour le traitement de la COVID-19	21 février 2022	<a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003321/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003321/</a>
Directives pour prévenir le déconditionnement chez la personne âgée en contexte de pandémie	1 mars 2022	<a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003328/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003328/</a>
Directive pour l'optimisation et la gestion des hospitalisations en soins de courte durée en contexte de pandémie de COVID-19	1 mars 2022	<a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003291/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003291/</a>
Directives relatives aux visites de proches aidants en centre hospitalier	1 mars 2022	<a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003338/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003338/</a>

<b>Directive</b>	<b>Date de publication</b>	<b>Source d'information</b>
Directives sur les zones tampons	2 mars 2022	<a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003247/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003247/</a>
Organisation de l'accès aux antiviraux	17 mars 2022	<a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003347/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003347/</a>
Directive pour l'utilisation judicieuse des APR N95 en lien avec la directive de la CNESST	22 avril 2022	<a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003368/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003368/</a>
Plan de suivi des centres hospitaliers en contexte de COVID-19	23 juin 2022	<a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003424/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003424/</a>
Directive sur la levée de l'isolement des travailleurs de la santé et des services sociaux	25 juillet 2022	<a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003446/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003446/</a>

<b>Directive</b>	<b>Date de publication</b>	<b>Source d'information</b>
Directives services d'urgence	28 juillet 2022	<a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003441/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003441/</a>
Directive sur la mise en place de cliniques de vaccination permanentes dans les centres hospitaliers	22 décembre 2022	<a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003514/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003514/</a>
Ajustement des mesures de prévention et contrôle des infections (PCI) COVID-19 en centre hospitalier	4 janvier 2023	<a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003529/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003529/</a>
Directive sur l'application des dépistages préventifs chez les travailleurs de la santé	14 février 2023	<a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003018/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003018/</a>
Directive pour la gestion d'éclosion COVID-19 à appliquer dans les milieux de soins de longue durée et de soins aigus	6 avril 2023	<a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003563/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003563/</a>

<b>Directive</b>	<b>Date de publication</b>	<b>Source d'information</b>
Directive sur la stratégie d'approvisionnement des équipements de protection individuelle	30 mai 2023	<a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003479/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003479/</a>

Source : Données tirées du site web du MSSS en juillet 2023. Mise à jour en octobre 2025.

Note : plusieurs de ces directives ont fait l'objet de mises à jour ou de révisions au cours de la pandémie. Le présent tableau vise principalement à documenter les principales directives publiées ainsi que leur date de diffusion initiale, sans retracer l'ensemble des modifications subséquentes apportées à chacune d'elles.

**ANNEXE B Résumé des articles retenus dans la recension des écrits**

<b>No</b>	<b>Auteurs, année, pays</b>	<b>But</b>	<b>Devis</b>	<b>Population Échantillon</b>	<b>Résultats</b>
<b>1</b>	Alami et al. (2021) Canada (Québec)	Passer en revue et discuter le succès et les échecs qui ont caractérisé la gestion de la première vague de COVID-19 au Québec	Devis qualitatif  Analyse narrative	P : La population québécoise  É : n/a  Seulement infirmières : non	L'étude a décelé plusieurs problèmes. Parmi eux, les plus intéressants pour notre but d'étude sont :  1. Absence de système fiable de suivi et d'information  2. Personnel insuffisant en santé  3. Formation insuffisante et/ou mal adaptée en sécurité et protection de la main-d'œuvre  4. Pénurie de matériel médical  5. Niveaux de confiance inégaux entre les prestataires de soins de santé, organisations et gouvernement.

No	Auteurs, année, pays	But	Devis	Population Échantillon	Résultats
2	Alnazly et al. (2021) Jordanie	Examiner les effets psychologiques de la COVID-19 sur les travailleurs de la santé en Jordanie	Devis quantitatif  Étude corrélationalle descriptive	P : Les travailleurs de la santé en Jordanie  É : 365 travailleurs de la santé de Jordanie  Seulement infirmières : non	Cette analyse a déterminé que les travailleurs de la santé en Jordanie ont des niveaux élevés de dépression, de l'anxiété, du stress et de la peur du COVID-19, mais qu'ils perçoivent également des niveaux élevés du soutien social.
3	Alyahya et al. (2023) Jordanie	Explorer l'impact des politiques et directives dans les hôpitaux jordaniens par rapport aux :  -Directives en PCI	Devis quantitatif  Étude transversale	P : Les travailleurs de la santé en milieu hospitalier en Jordanie	Les résultats ont mis en évidence le besoin vital de services de soutien à la qualité de la vie et au bien-être psychologique pour les soignants pendant les pandémies.  L'amélioration du volet PCI et les

No	Auteurs, année, pays	But	Devis	Population Échantillon	Résultats
		-Équipements de protection individuelle (ÉPI) -Mesures de précaution COVID-19 sur la qualité de vie des travailleurs de la santé pendant la pandémie.		É : 485 travailleurs de la santé de Jordanie  Seulement infirmières : non	autres mesures de précaution aux niveaux national et de la gestion hospitalière sont nécessaires pour aider à minimiser le stress et la peur que les travailleurs de la santé éprouvent.
4	Ball et al. (2022) Royaume-Uni	Utiliser les descriptions des infirmières de ce qui aurait pu améliorer leur vie professionnelle lors de la première vague de COVID-19 au Royaume-Uni.	Devis qualitatif  Étude descriptive exploratoire	P : Les infirmières et les sages-femmes du Royaume-Uni  É : 3299 infirmières et sages-femmes à travers le Royaume-Uni	Les 3 premiers facteurs qui ont ressorti sont :  1. Les EPI et la sécurité du personnel 2. Le soutien de la main d'œuvre 3. Une meilleure communication

No	Auteurs, année, pays	But	Devis	Population Échantillon	Résultats
5	Bellemare et al. (2024) Canada (Québec)	Évaluer si le PFA (Premiers secours psychologique) répondait aux besoins psychologiques des travailleurs de la santé à Montréal, Québec.	Devis qualitatif Étude descriptive exploratoire	<p>Seulement infirmières : oui</p> <p>P : Les travailleurs de la santé canadiens</p> <p>É : 15 travailleurs de la santé de la province du Québec</p> <p>Seulement infirmières : non</p>	<p>Les résultats décrivent quatre besoins psychosociaux satisfaits par l'intervention PFA : disposer de ressources/stratégies, être validé, mieux comprendre les réactions psychologiques qu'ils subissent et être guidé et soutenu dans leurs difficultés au travail. Dans l'ensemble, ces résultats illustrent comment la PFA va au-delà de la réduction des symptômes de détresse à la suite d'un événement potentiellement traumatisant.</p>

No	Auteurs, année, pays	But	Devis	Population Échantillon	Résultats
6	Birihane et al. (2020) Éthiopie	Évaluer les obstacles perçus et les mesures préventives contre la COVID-19 parmi les soignants de la ville de Debretabor en Éthiopie.	Devis quantitatif Étude transversale	P : Les travailleurs de la santé éthiopiens.  É : 183 travailleurs de la santé d'une même institution de santé de la ville de Debretabor  Seulement infirmières : non	Les 3 principaux obstacles perçus :  1. La surpopulation dans les salles d'urgence 2. Le manque de matériel de PCI 3. Une formation insuffisante sur les mesures de PCI
7	Boucher et al. (2023) Canada	Identifier les changements dans les résultats en matière de santé mentale et les comportements liés à la	Devis quantitatif	P : Les travailleurs de la santé canadiens	Les femmes travailleuses de la santé étaient plus susceptibles de se sentir anxieuses (OR = 2,68 [1,75, 4,12]), déprimées (OR = 1,63 [1,02, 2,59]) et

No	Auteurs, année, pays	But	Devis	Population Échantillon	Résultats
		santé observés chez les travailleurs de la santé canadiens tout au long de la pandémie de COVID-19.	Étude longitudinal e	É : 1615 travailleurs de la santé canadiens  Seulement infirmières : non	irritables (OR = 1,61 [1,08, 2,40]) que les hommes au cours des deux premières années de la pandémie. Les femmes travailleuses de la santé étaient plus susceptibles d'avoir une alimentation plus malsaine (OR = 1,54 [1,02, 2,31]) que leurs homologues masculins. Des différences significatives ont également été révélées selon l'âge, le niveau d'éducation, le revenu, le statut parental, l'état de santé et à travers le temps.
8	Brophy et al. (2021)	Explorer les conditions rencontrées par les travailleurs de la santé de	Devis qualitatif	P : Les travailleurs de la santé de la	Tous les travailleurs de la santé interrogés ont exprimé des sentiments d'anxiété, du stress, de la colère et la

No	Auteurs, année, pays	But	Devis	Population Échantillon	Résultats
Canada (Ontario)	l'Ontario pendant la première vague de la pandémie de COVID-19 et l'impact sur leur sécurité et leur sentiment de bien-être.	Étude descriptive exploratoire	province de l'Ontario  É : 10 travailleurs de la santé de la province de l'Ontario  Seulement infirmières : non	peur. Ils se sentaient méprisés, négligés et exploités.  L'une des conclusions centrales est la frustration des participants concernant le manque de préparation à la pandémie de la part du gouvernement. Les résultats sont organisés sous les thèmes :  1. détresse psychologique - insuffisance de protection 2. incohérences dans les politiques 3. défaillances du gouvernement – obstacles à la réalisation des changements nécessaires	

<b>No</b>	<b>Auteurs, année, pays</b>	<b>But</b>	<b>Devis</b>	<b>Population Échantillon</b>	<b>Résultats</b>
<b>9</b>	Burnett et al. (2023) Royaume-Uni	Identifier les composantes des services de PCI, les priorités, les indicateurs de succès, ainsi que les facilitateurs et les obstacles au succès.	Devis mixte	P : Les dirigeants et les chefs de service en PCI du Royaume-Uni  É : 70 dirigeants et chefs de service en PCI du Royaume-Uni  Seulement infirmières : non	Un service PCI optimal doit être en place pour s'assurer que les infections nosocomiales sont minimisées ou prévenues. Dans une époque postpandémique, c'est plus important que jamais. Ceci est également crucial pour la santé et le bien-être de ceux qui travaillent dans la PCI, et qui ont subi une demande pour leurs services sans précédent pendant la pandémie.
<b>10</b>	Butun (2024) Turquie	Explorer les expériences et les perspectives du personnel de santé des urgences de première ligne	Devis qualitatif	P : Les travailleurs de la santé en Turquie	L'épuisement professionnel menace la qualité des soins aux patients et la rétention du personnel et ces problématiques devront être abordés

No	Auteurs, année, pays	But	Devis	Population Échantillon	Résultats
		sur les services de soins d'urgence pendant la pandémie de COVID-19, fournissant ainsi des informations précieuses sur les défis, les adaptations et les leçons apprises dans la prestation de soins d'urgence.	Étude descriptive exploratoire	É : 30 travailleurs de la santé en Turquie  Seulement infirmières : non	par les questionnaires à l'urgence. Cette étude pourrait informer les parties prenantes concernées sur les leçons tirées de la COVID-19 afin de mieux gérer les futures pandémies. Tirer les leçons de ces expériences vécues et développer des interventions appropriées pour minimiser les difficultés rencontrées pendant la COVID-19 permettrait une meilleure gestion des futures pandémies.
11	Cai et al. (2020) Chine	Étudier l'impact psychologique et les stratégies d'adaptation du personnel médical de	Devis quantitatif	P : Les travailleurs de la santé œuvrant en première ligne	Les 5 principaux facteurs associés au stress des travailleurs de première ligne :

No	Auteurs, année, pays	But	Devis	Population Échantillon	Résultats
		première ligne dans la province de Hunan lors de l'épidémie de COVID-19 entre janvier et mars 2020.	Étude observationnelle transversale	dans la province de Hunan, Chine É : 534 travailleurs de la santé œuvrant en première ligne dans la province de Hunan, Chine  Seulement infirmières : non	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le risque perçu d'infection pour eux-mêmes et leurs familles</li> <li>2. La mortalité des patients</li> <li>3. La disponibilité de directives claires sur la PCI</li> <li>4. La disponibilité d'équipements de protection individuelle efficaces</li> <li>5. La reconnaissance de leur travail par les autorités hospitalières</li> </ol>
12	Chavan et al. (2024) Inde	Évaluer les effets psychologiques et physiques des équipements de protection individuelle (EPI) chez les travailleurs	Devis quantitatif  Étude transversale	P : Les travailleurs de la santé de l'Inde  É : 114 travailleurs de la santé de l'Inde	Parmi les personnes interrogées, 33 % ont signalé de l'anxiété, 23,1 % ont ressenti une appréhension après avoir enfilé un ÉPI et 68,1 % ont ressenti un inconfort. De plus, 46,2 %

No	Auteurs, année, pays	But	Devis	Population Échantillon	Résultats
		de la santé qui s'occupent de patients atteints de la COVID-19.		Seulement infirmières : non	ont eu besoin de jusqu'à 12 heures pour une restauration psychologique après un quart de travail lié au COVID-19, 17,6 % s'inquiétaient du risque d'infection et 28,6 % étaient extrêmement inquiets d'infecter des membres de leur famille pendant leur service. Les résultats mettent en évidence un inconfort, une anxiété et une appréhension importants parmi les travailleurs de la santé en raison de l'utilisation prolongée des EPI, reflétant l'immense fardeau psychologique du travail dans des environnements à haut risque pendant la pandémie.

No	Auteurs, année, pays	But	Devis	Population Échantillon	Résultats
13	Corradi- Dell’Aqua et al. (2024) Belgique, Italie et Suisse	Examiner les facteurs qui prédisent positivement la santé mentale du personnel de soins primaires pendant ces situations désastreuses.	Devis quantitatif Étude transversale	P : Les travailleurs de la santé de l’urgence de Belgique, Italie et Suisse  É : 702 de la santé de l’urgence de Belgique, Italie et Suisse  Seulement infirmières : non	Les conditions de travail difficiles pendant la pandémie ont eu un impact majeur sur le bien-être psychologique des soignants des services d’urgence, mais cet effet aurait pu être atténué s’ils avaient été informés des mesures adéquates pour minimiser le risque d’exposition.
14	Credland et al. (2024)	Explorer les défis en matière de santé mentale et de bien-être psychologique	Devis qualitatif	P : Les infirmières en soins critiques du Royaume-Uni	Alors que les éloges politiques du public peuvent conduire à une remontée à court terme du moral des

No	Auteurs, année, pays	But	Devis	Population Échantillon	Résultats
	Royaume- Uni	rencontrés par les infirmières en soins intensifs pendant la pandémie de COVID-19.	Étude descriptive exploratoire longitudinale	É : 54 infirmières en soins critiques du Royaume-Uni Seulement infirmières : oui	travailleurs de première ligne ; là où elle n'est pas accompagnée d'un soutien pratique en termes d'équipement approprié, de leadership, de soutien émotionnel et de rémunération, elle risque d'être préjudiciable à long terme.
15	Darwish et al. (2022) Canada (Québec)	Décrire les caractéristiques des travailleurs de la santé admis avec COVID-19, y compris le statut d'immigrant et l'origine ethnique de ceux-ci, ainsi que les facteurs de risque associés à l'admission aux soins intensifs ou au décès.	Devis quantitatif Étude de cohorte retrospective	P : Les travailleurs de la santé immigrants du Québec infectés avec la COVID-19 et hospitalisés  É : 150 travailleurs de la santé	Les travailleurs de la santé immigrants ont été particulièrement exposés à l'infection au COVID-19 lors de la première vague de pandémie au Québec. Bien qu'ils étaient jeunes et en bonne santé, un tiers de tous les travailleurs de la santé ont eu besoin d'être admis en USI, soulignant l'importance de

No	Auteurs, année, pays	But	Devis	Population Échantillon	Résultats
				immigrants du Québec infectés avec la COVID-19 et hospitalisés  Seulement infirmières : non	prévenir la transmission sur le lieu de travail grâce aux mesures de prévention et de contrôle des infections, y compris une couverture vaccinale élevée contre la COVID-19.
16	Delgado et al. (2020) Amérique Latine	Évaluer la réalité et les perceptions de la sécurité personnelle des travailleurs de la santé dans l'Amérique Latine.	Devis quantitatif  Étude transversale	P : Les travailleurs de la santé de l'Amérique Latine.  É : 936 travailleurs de la santé à travers l'Amérique Latine.	De nombreux professionnels de la santé ne disposaient pas du matériel requis (ÉPI) recommandé par l'OMS. Seulement 32,6 % des participants avaient accès à des écrans de protection faciale. Un bon nombre de travailleurs de la santé n'avaient pas

No	Auteurs, année, pays	But	Devis	Population Échantillon	Résultats
				Seulement infirmières : non	des politiques et de procédures de PCI dans leurs hôpitaux.  La perception des travailleurs de la santé sur le soutien limité des institutions médicales et autorités locales de santé publique en ce qui concerne leur propre sécurité montre qu'il y a beaucoup de travail à faire à cet égard.
17	Dubois et al. (2020) Canada (Québec)	Dresser un portrait de l'expérience de travail de la main-d'œuvre dans les établissements de soins de longue durée au cours de la première vague de la	Devis quantitatif  Étude corrélationn	P : l'ensemble du personnel ayant travaillé dans les établissements de soins de longue durée au cours de la	L'expérience sous-optimale des travailleurs de santé dans ce contexte de crise résulte de défaillances de divers systèmes. Parmi eux, notons : 1. le déficit de cadres intermédiaires

No	Auteurs, année, pays	But	Devis	Population Échantillon	Résultats
		pandémie de COVID-19 (de mars à juin 2020).	elle- descriptive	première vague de la pandémie au Québec  É : 2 365  travailleurs œuvrant dans les CHSLD publics du Québec  Seulement infirmières : non	2. les défaillances des systèmes organisationnels de santé et de sécurité du travail  3. le manque de préparation des organisations en matière de PCI.
18	El-Hage et al. (2020)	Faire le point sur les risques associés à l'exposition des soignants au COVID-19 pour leur santé mentale.	Devis qualitatif  Revue de littérature	P : Les professionnels de la santé du monde entier exposés à la	Des facteurs organisationnels peuvent être source de stress pour les soignant :

No	Auteurs, année, pays	But	Devis	Population Échantillon	Résultats
Étude internation ale			internationa le tenant compte des données des précédentes épidémies et des données concernant la Covid-19.	COVID-19 au travail  É : Les professionnels de la santé ayant participé aux études recensées par les auteurs  Seulement infirmières : non	1. déficit d'ÉPI réaffectation de postesmanque de communication. 2. manque de matériels de soins. 3. bouleversement de la vie quotidienne familiale et sociale.  D'autres facteurs de risque sont identifiés : 1. l'absence de soutien 2. la crainte de contaminer un proche 3. l'isolement 4. la stigmatisation sociale 5. le haut niveau de stress au travail

No	Auteurs, année, pays	But	Devis	Population Échantillon	Résultats
19	Fisher et al. (2021) États-Unis	Explorer les facteurs qui ont influencé la vie personnelle et le bien-être professionnel des prestataires de soins travaillant dans les établissements de longue durée de la ville de New York pendant la pandémie.	Devis qualitatif  Étude de type recherche action	P : Les professionnels de la santé œuvrant dans les résidences des soins de longue durée dans la ville de NY pendant la pandémie de COVID-19	<p>6. les patterns d'attachement insécurisés.</p> <p>Les soignants ont ainsi un risque augmenté d'anxiété, de dépression, d'épuisement, d'addiction et TSPT.</p> <p>Les travailleurs des établissements en SLD de New York pendant la pandémie de COVID-19 ont développé des troubles mentaux, des problèmes de santé et des difficultés dans leurs vies personnelles ou familiales en raison de leurs fonctions professionnelles.</p> <p>Les résultats suggèrent que certains impacts négatifs de la pandémie</p>

No	Auteurs, année, pays	But	Devis	Population Échantillon	Résultats
20	Franklin et Gkiouleka (2021) Étude internation ale	Donner un aperçu des facteurs de risques psychosociaux et de dangers affectant les soignants pendant la pandémie de COVID-19 et les recommandations de prévention.	Devis qualitatif  Examen de la portée	É : 14 travailleurs de la santé en soins de longue durée de la ville de NY  Seulement infirmières : non  P : Les travailleurs de la santé du monde entier  É : Les travailleurs de la santé ayant participé aux études recensées par les chercheurs	pourraient avoir été atténués par un soutien amélioré, y compris la mise en œuvre de plus des mesures concrètes pour soutenir et protéger le personnel et une plus grande transparence et communication au niveau organisationnel.  L'évolution constante des pratiques et le manque d'informations claires ont été jugés stressants pour les travailleurs de la santé. L'évolution de la situation épidémiologique et les mutations du virus SARS-Cov-2 en résultent dans l'évolution des pratiques et des politiques, et dans cette situation, une communication

No	Auteurs, année, pays	But	Devis	Population Échantillon	Résultats
				Seulement infirmières : non	<p>claire et efficace au sein des établissements de soins est cruciale.</p> <p>La formation obligatoire pour tout le personnel est une mesure importante pour soutenir le respect des règles de sécurité et l'utilisation d'EPI, et cela peut simultanément agir comme une mesure préventive à l'anxiété liée à l'utilisation d'EPI. La santé et la sécurité au travail représentent le premier niveau d'atténuation des risques psychosociaux.</p> <p>Le préjudice moral qui viole les attentes normatives des travailleurs de la santé est souvent le résultat de</p>

No	Auteurs, année, pays	But	Devis	Population Échantillon	Résultats
					manque de leadership au niveau de l'élaboration des politiques et de la gestion.
21	Gonzalez, Hossain et Peek (2022) États-Unis	Explorer les points de vue des médecins sur les effets des politiques et procédures ainsi que les leçons apprises lors de la prise en charge des patients au plus fort de la première vague pandémique, au printemps 2020.	Devis qualitatif  Analyse thématique	P : Les médecins de première ligne des É.-U. travaillant lors de la première vague pandémique  É : 55 médecins de première ligne américains œuvrant pendant la première vague de la pandémie de COVID-19	Le leadership pendant une crise est particulièrement difficile, mais crucial.  Le sentiment de sécurité et le bien-être physique et mental sont des priorités pour les travailleurs de la santé. Une communication efficace est le facteur sous le contrôle des dirigeants, qui peuvent renforcer ainsi la confiance des travailleurs.

No	Auteurs, année, pays	But	Devis	Population Échantillon	Résultats
22	Greene et al. (2023) Royaume-Uni	Explorer la manière dont les plans de préparation à la pandémie (PPP) - par rapport à la PCI - ont réellement fonctionné dans les milieux communautaires du Royaume-Uni lors de la première vague de la pandémie de COVID-19.	Devis quantitatif Étude transversale	<p>Seulement infirmières : non</p> <p>P : les établissements de santé du Royaume-Uni</p> <p>É : 50 établissements de santé du Royaume-Uni</p> <p>Seulement infirmières : non</p>	Les plans de lutte contre la pandémie doivent tenir compte de la capacité des équipes en PCI pour s'assurer qu'ils peuvent apporter leurs connaissances et leur expertise essentielles à la réponse à la pandémie. Cette enquête fournit une évaluation détaillée de la façon dont les équipes en PCI ont été touchées lors de la première vague de la pandémie et identifie les domaines clés qui doivent être inclus dans les futurs PPP afin de mieux gérer l'impact sur les équipes PCI.

No	Auteurs, année, pays	But	Devis	Population Échantillon	Résultats
23	Hammer et al. (2024) États-Unis et Canada	Comprendre les facteurs de risque pour la santé mentale au travail, ainsi que le rôle du lieu de travail dans la promotion et la protection de la santé mentale.	Devis qualitatif  Cadre théorique	L'étude de six théories comportementales du soutien en santé mentale (MHSSB)  Seulement infirmières : non	Ce manuscrit fournit un cadre fondé sur des données probantes pour comprendre comment les comportements de soutien des superviseurs peuvent servir à protéger les employés contre les facteurs de risque psychosociaux au travail et à promouvoir les facteurs de protection du lien social et de l'appartenance liés à la santé mentale des employés. Nous identifions six comportements théoriques de soutien en santé mentale des superviseurs (MHSSB ; c.-à-d. soutien émotionnel, soutien pratique, modèle de rôle, réduction de la stigmatisation, reconnaissance des

No	Auteurs, année, pays	But	Devis	Population Échantillon	Résultats
					signes d'avertissement, réponse aux signes d'avertissement) qui peuvent être adoptés et utilisés par les superviseurs et les gestionnaires pour protéger et promouvoir la santé mentale des salariés.
24	Hill, Smith et Mills (2022) Australie	Évaluer dans quelle mesure les médecins, les infirmières et les ambulanciers paramédicaux en Australie craignaient de contracter le SRAS-CoV-2 lors de la première vague de la pandémie en avril 2020.	Devis mixte	P : Les travailleurs de la santé en Australie  É : 735 travailleurs de la santé australiens  Seulement infirmières : non	2/3 des participants ont estimé qu'il était très probable qu'ils contracteraient la COVID-19 au travail.  1/2 des participants ont suggéré que les ÉPI étaient insuffisantes pour qu'ils puissent effectuer leur travail en toute sécurité.

No	Auteurs, année, pays	But	Devis	Population Échantillon	Résultats
					<p>2/3 suggèrent que la direction leur a conseillé de modifier l'utilisation normale des ÉPI.</p> <p>1/3 des participants ont suggéré qu'ils étaient mécontents de la communication par leur employeur des informations liées à la COVID-19.</p>
25	Hørnke et al. (2021) Royaume-Uni	<p>Explorer les expériences des travailleurs de la santé de première ligne avec les ÉPI pendant la pandémie de COVID-19 au Royaume-Uni.</p> <p>Comprendre les craintes et les préoccupations des</p>	<p>Devis qualitatif</p> <p>Étude d'évaluation qualitative rapide</p>	<p>P : Les travailleurs de la santé des départements de soins intensifs, d'urgence et pneumologie, ainsi que des travailleurs de la santé</p>	<p>Cette étude a révélé que les travailleurs de la santé étaient confrontés à de multiples défis lors de la prestation de soins, y compris les quantités inadéquates d'ÉPI, les directives PCI incohérentes et le manque de formation sur l'utilisation d'ÉPI. Les pénuries réelles et perçues</p>

No	Auteurs, année, pays	But	Devis	Population Échantillon	Résultats
		travailleurs de la santé concernant les ÉPI et comment ceux-ci ont affecté leur capacité perçue à prodiguer des soins.		redéployés de centres de soins primaires, secondaires et tertiaires à travers le Royaume-Uni.  É : 46 travailleurs de la santé provenant des milieux ciblés  Seulement infirmières : non	d'ÉPI étaient une source majeure d'anxiété pour les participants à cette étude. Les travailleurs étaient préoccupés par la déclassement des conseils par rapport à la recommandation des respirateurs conformes. Ils ont senti que ces changements étaient fondés sur l'approvisionnement plutôt que sur la sécurité les mesures.

No	Auteurs, année, pays	But	Devis	Population Échantillon	Résultats
26	Kobayashi et al. (2020) Brésil	Fournir des preuves des autorités du monde entier sur les réglementations pendant la pénurie d'EPI concernant spécifiquement l'utilisation prolongée et la réutilisation des respirateurs N95.	Aperçu des recommandations des autorités de régulation nationales	P : Les recommandations de tous les pays  É : Les recommandations des 27 pays	L'utilisation étendue et la réutilisation des respirateurs N95 représentent le dernier recours, car il est crucial de maintenir la protection du personnel de la santé pendant la pandémie de COVID-19.
27	Laurent et al. (2021) France	Faire une mise au point sur l'impact psychologique de cette crise sanitaire sur les soignants en réanimation et les possibles dispositifs d'accompagnement à partir des données récentes de la littérature.	Devis qualitatif  Revue narrative	P : Les soignants en réanimation en France  É : 85 soignants français en réanimation	Accentué par la crise sanitaire liée à la pandémie de COVID-19, le risque de souffrance psychologique chez les soignants de réanimation est une réalité, et lorsque la souffrance est présente, les effets peuvent se manifester de façon prolongée. De même, la durée et l'intensité de cette

No	Auteurs, année, pays	But	Devis	Population Échantillon	Résultats
				Seulement infirmières : non	pandémie soulignent la nécessité de penser dès à présent aux dispositifs de soutien et d'accompagnement psychologique des soignants.
28	Maina et al. (2020) Kenya	Déterminer si la menace de la COVID-19 a réussi à attirer plus d'attention sur la PCI, l'hygiène et l'assainissement de l'eau.	Devis qualitatif Étude descriptive exploratoire	P : Les leaders des centres hospitaliers de Kenya  É : 11 leaders sur les 14 existants  Seulement infirmières : non	Parmi les conclusions de l'étude notons le fait que la réduction de l'offre en ÉPI a suscité la peur et l'anxiété chez le personnel soignant. La sécurité du personnel doit être une priorité pour s'assurer qu'ils restent indemnes de maladie.
29	McGarry, Grabowski	Décrire l'accès aux ÉPI et la dotation en personnel des résidences des	Devis quantitatif	P : Les résidences des personnes âgées inscrites au	De nombreuses résidences des personnes âgées aux États-Unis sont mal préparées pour prévenir et gérer

No	Auteurs, année, pays	But	Devis	Population Échantillon	Résultats
et Barnett (2020)  États-Unis	personnes âgées aux États- Unis.	Étude descriptive exploratoire	programme Medicare aux É.-U.  É : 98% des résidences des personnes âgées inscrites au programme Medicare aux É.-U.	les éclosions de COVID-19, compte tenu du manque d'ÉPI et de personnel.  À moins que ces pénuries soient priorisées par les décideurs, à long terme, les résidents continueront d'être en désavantage pendant la pandémie.	
30	Moyo et al. (2021) Zimbabwe	Déterminer comment la pandémie de la COVID-19 a affecté la prise des décisions des travailleurs	Devis quantitatif	P : Les travailleurs de la santé des hôpitaux privés de Zimbabwe	Les intentions d'abandon sont amplifiées chez les travailleurs de la santé, en raison de leur risque perçu de contracter la COVID-19 et de la

No	Auteurs, année, pays	But	Devis	Population Échantillon	Résultats
		de la santé et quelle était leur performance pendant la pandémie.	Étude corrélationalle prédictive	É : 443 travailleurs de la santé des hôpitaux privés de Zimbabwe  Seulement infirmières : non	détresse psychologique qui en résulte. De même, le burnout devient prédominant à mesure que ces travailleurs craignent de contracter le coronavirus en raison des mauvaises conditions de travail auxquelles ils sont confrontés. Ainsi, cette recherche confirme que la pandémie a intensifié la précarité du travail et le défi de la gestion du rendement des employés, en particulier pour les travailleurs de la santé de première ligne.
31	Narapaka et al.	Décrire les résultats en matière de santé	Devis quantitatif	P : Les études sur la santé psychologique	Les résultats de la méta-analyse globale indiquent que 37 % et 39 %

No	Auteurs, année, pays	But	Devis	Population Échantillon	Résultats
(2024) Inde	psychologique de l'infection par le coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS-CoV-2) chez les travailleurs de la santé indiens.	Méta-analyse	des travailleurs de la santé pendant la pandémie de la COVID-19  É : 12 études sur la santé psychologique des travailleurs de la santé pendant la pandémie de la COVID-19	des travailleurs de la santé participant à cette étude souffraient respectivement de dépression et d'anxiété légères à sévères. Pendant la pandémie de COVID-19, un nombre important de travailleurs de la santé a développé des problèmes de santé mentale, avec une prévalence signalée de dépression (37 %) et d'anxiété (39 %). Conclusion : La santé mentale des travailleurs de la santé de première ligne devrait être pleinement prise en compte lors d'urgences de santé publique, le dépistage devrait être activement effectué et des mesures spécifiques	

No	Auteurs, année, pays	But	Devis	Population Échantillon	Résultats
					devraient être prises pour réduire la peur associée au risque d'infection.
32	Norful et al. (2021) États-Unis	Comprendre l'impact physique et psychologique d'un stress élevé en lien avec l'environnement clinique et d'identifier les facteurs contributifs de l'épuisement professionnel des professionnels de la santé pendant la première vague de la COVID-19.	Devis qualitatif Analyse thématique	P : Les travailleurs de la santé des États-Unis É : 55 travailleurs de la santé des États-Unis  Seulement infirmières : non	Les thèmes émergent de l'étude se sont regroupés autour de trois domaines principaux : la peur de l'incertitude, la peur physique et les manifestations psychologiques du stress et la résilience. Les directives changeantes, le manque d'ÉPI et la peur d'infecter les autres ont représenté les facteurs les plus stressants pour les travailleurs de la santé. Les participants ont signalé que le stress se manifestait plus psychologiquement que

No	Auteurs, année, pays	But	Devis	Population Échantillon	Résultats
					physiquement. Les efforts individualisés d'atténuer le stress, les médias sociaux et la transparence organisationnelle ont été signalés par les travailleurs de la santé comme étant des facteurs protecteurs contre le stress.
33	Perron et al. (2020) Canada (Québec)	Analyser les témoignages rendus publics sur la plateforme <i>Je dénonce</i> et déterminer dans quelle mesure cette plateforme de dénonciation pour les infirmiers et infirmières du Québec était efficace dans la mise au jour de	Devis qualitatif  Revue narrative	P : Les infirmières et infirmières auxiliaires de la province du Québec  É : 597 infirmières et les infirmières auxiliaires de la province du Québec	Tous les écrits recensés rapportent des conséquences émotionnelles graves : isolement; perte d'estime de soi; désengagement envers les patients; désir de quitter la profession; anxiété, dépression; et, dans des cas plus extrêmes, le suicide.

No	Auteurs, année, pays	But	Devis	Population Échantillon	Résultats
		problèmes critiques en contexte de pandémie.		ayant témoigné sur la plateforme <i>Je dénonce</i> entre 29 mars et 31 mai 2020  Seulement infirmières : oui	Les infirmières exposent des manques de communication, de formation et de cohérence dans les informations données. Les inf. et inf. auxiliaires vivent de surcroît un stress important dû au manque de consignes cohérentes et à la rapidité avec laquelle les informations changent. Une catégorie à forte fréquence est la contravention aux normes de prévention et de contrôle des infections, décrite dans 172 témoignages (29%). Ce thème reflète le non-respect des normes établies pour prévenir la propagation de la COVID-19 ainsi que le non-respect

No	Auteurs, année, pays	But	Devis	Population Échantillon	Résultats
34	Robinson et al. (2023) Royaume- Uni	Définir un service PCI optimal dans différents contextes et milieux au Royaume-Uni	Devis mixte	P : Les praticiens de la PCI membres de la Société nationale de prévention des infections (IPS) du Royaume-Uni  É : 53 praticiens de la PCI membres de la Société nationale de prévention des	des normes de l'INSPQ par les établissements de santé.  Les résultats de l'étude soutiennent la nécessité de développer un modèle conceptuel pour créer un service optimal de prévention et contrôle des infections, modèle qui pourra par la suite être utilisé dans le développement des services en PCI au niveau international, national, régional et local.

No	Auteurs, année, pays	But	Devis	Population Échantillon	Résultats
35	Sarma et al. (2020) Inde	Connaitre les préoccupations des professionnels de la santé travaillant dans des zones non COVID-19 pendant la pandémie.	Devis quantitatif Étude descriptive transversale	infections (IPS) du Royaume-Uni  Seulement infirmières : non  P : Les travailleurs de la santé en Inde  É : 110 travailleurs de la santé en Inde  Seulement infirmières : non	84,5 % des participants étaient préoccupés par le risque d'infection pour eux-mêmes et leur famille.  67,3 % étaient préoccupés par la perturbation de leurs activités quotidiennes.  56,4% des professionnels de la santé étaient frustrés par l'absence des protocoles concrets de prise en charge des patients : moins de

No	Auteurs, année, pays	But	Devis	Population Échantillon	Résultats
					<p>disponibilité du personnel, retard dans l'exercice de leurs fonctions envers leurs patients et augmentation de la charge de travail.</p> <p>68% des répondants ont étiquetés leur qualité de vie actuelle comme stressante.</p>
36	Shah et al. (2021) États-Unis	<p>Explorer les séquelles psychologiques potentielles pour les infirmières pendant une pandémie et de fournir des recommandations pour soutenir un milieu de</p>	<p>Devis qualitatif</p> <p>Revue de littérature</p>	<p>P : Les infirmières du monde entier</p> <p>É : Les infirmières ayant participé aux études recensées par les chercheurs</p>	<p>Déstigmatiser les besoins en santé mentale pour les infirmières leur permettent de rechercher soutien. Les administrateurs d'hôpitaux doivent développer des plans de bien-être proactifs pour le triage et la gestion des besoins de santé mentale et émotionnelle pendant une pandémie</p>

No	Auteurs, année, pays	But	Devis	Population Échantillon	Résultats
		travail psychologiquement sain.		Seulement infirmières : oui	qui privilégie une communication transparente, des ressources au-delà du cadre clinique et de la formation.
37	Shahrour et Dardas (2020) Jordanie	Établir la prévalence des troubles liés au stress et les facteurs prédictifs de la détresse psychologique chez les infirmières jordaniennes.	Devis quantitatif Étude descriptive transversale	P : Les infirmières jordaniennes É : 448 infirmières jordaniennes Seulement infirmières : oui	Les résultats montrent que la majorité des infirmières souffrent du stress aigu en raison de la pandémie de COVID-19, et sont donc à risque de prédisposition au PTSD. Plus d'un tiers des infirmières souffrent également de la détresse psychologique.
38	Sharma et al. (2020) Inde	Comprendre les défis pour assurer une disponibilité adéquate et une utilisation cohérente des ÉPI, dans le	Devis qualitatif Revue narrative rapide	P : Les études scientifiques sur le sujet publiées dans	Le <i>All India Institute of Medical Science</i> (AIIMS), New Delhi, avait publié des directives sur la réutilisation d'EPI, invoquant les stocks d'EPI limités. Les lignes

No	Auteurs, année, pays	But	Devis	Population Échantillon	Résultats
		contexte de rationalisation des ÉPI en Inde.		plusieurs bases des données  É : n/a  Seulement infirmières : non	directrices recommandaient alors la décontamination des ÉPI, malgré la dégradation des performances de protection des ceux-ci.
39	Squires et al. (2022) États-Unis	Saisir les points de vue des infirmières aux États-Unis travaillant en première ligne lors de la première vague de la pandémie de COVID-19 et examiner l'impact de la pandémie sur les rôles des infirmières, les relations	Devis qualitatif  Étude descriptive exploratoire	P : Les infirmières des É.-U. travaillant en première ligne pendant la première vague pandémique  É : 318 infirmières des É.-U. travaillant en première ligne	Les résultats suggèrent que la performance organisationnelle pendant la pandémie peut se refléter dans la rétention de la main-d'œuvre car le risque d'attrition de la main- d'œuvre semble élevé. Il ressort également le fait que les infirmières semblent avoir assumé des risques professionnels plus élevés pendant la

No	Auteurs, année, pays	But	Devis	Population Échantillon	Résultats
		professionnelles et les cultures organisationnelles de leurs employeurs.		pendant la première vague pandémique  Seulement infirmières : oui	pandémie par rapport à d'autres professionnels.  Les données de cette étude ont également offert un certain nombre de signaux sur les menaces potentielles pour la stabilité et la durabilité de la main-d'œuvre infirmière aux Etats-Unis.
40	Stuijtzand et al. (2020) Étude internationale	Examiner l'impact des pandémies/épidémies sur la santé psychologique des professionnels de la santé et déterminer les facteurs de protection et les	Devis quantitatif  Revue systématique rapide	P : Les études sur les travailleurs de la santé du monde pendant les épidémies/pandémies récentes (2003 à 2020)	Les professionnels de la santé exposés à travailler avec des patients pendant l'épidémie de COVID-19 peuvent présenter un risque accru de problèmes de santé mentale, en particulier, de la détresse psychologique, de l'insomnie, de

No	Auteurs, année, pays	But	Devis	Population Échantillon	Résultats
		stratégies d'intervention pour réduire ces impacts.		É : 50 études sur les travailleurs de la santé du monde pendant les épidémies/pandémies récentes (2003 à 2020)  Seulement infirmières : non	l'abus d'alcool ou/et de drogues et des symptômes du TSPT, de la dépression, de l'anxiété, de l'épuisement professionnel, de la colère et du stress.  Également, ces travailleurs sont plus susceptibles de s'engager dans des stratégies d'adaptation inadéquates.
41	Styra et al. (2022) Canada (Ontario)	Explorer la relation entre le soutien émotionnel, le risque perçu et les résultats en matière de santé mentale chez les travailleurs de la santé, qui	Devis quantitatif  Étude transversale	P : Les travailleurs de la santé canadiens	Les travailleurs de la santé qui avaient confiance en l'efficacité des mesures de lutte contre les infections, et particulièrement dans les politiques organisationnelles, ont fait état de moins de détresse générale.

No	Auteurs, année, pays	But	Devis	Population Échantillon	Résultats
		font face à des taux élevés d'épuisement professionnel et de détresse mentale depuis le début de la pandémie de COVID-19.		É : 3852 travailleurs de la santé de l'Ontario  Seulement infirmières : non	Chez les travailleurs de la santé qui se sentaient soutenus, les taux de prise de médicaments hypnotiques et de consommation d'alcool étaient plus faibles.
42	Wang et al. (2024) États-Unis	Mesurer l'incidence des échecs de test lors de la réutilisation du N95 et comparer l'incidence entre les types de N95.	Devis quantitatif  Étude de cohorte prospective	P : Les travailleurs de la santé de l'urgence aux États-Unis  É : 412 travailleurs de la santé de l'urgence aux États-Unis	Au cours de chaque quart de travail, les participants portaient un seul N95 pour plusieurs patients et il leur était demandé de limiter leur mise et leur retrait à 5 fois par quart de travail.  Après 1 changement de port, l'incidence cumulée globale des échecs d'ajustement était de 38,7 % (IC à 95 %, 35,4 % - 42,1 %). Après 5 changements de port, 92,8 % (IC à

No	Auteurs, année, pays	But	Devis	Population Échantillon	Résultats
				Seulement infirmières : non	95 %, 90,7 % à 94,4 %) des N95 étaient tombés en panne.
43	Wood et al. (2021) Royaume- Uni	Comprendre les expériences des infirmières en pratique avancée (IPA) dans le Royaume-Uni pendant la pandémie de COVID-19,	Devis mixte  Enquête transversale	P : Les IPA du Royaume-Uni œuvrant pendant la pandémie de COVID-19 (2020)	La pénurie d'EPI pendant une pandémie représente un facteur de développement de séquelles de santé mentale ainsi qu'un facteur de risque d'augmentation du roulement du personnel et des problèmes de

No	Auteurs, année, pays	But	Devis	Population Échantillon	Résultats
		en particulier en relation avec la sécurité au travail, la pénurie d'ÉPI et la rétention du personnel.		É : 124 IPA (51%) du Royaume-Uni œuvrant pendant la pandémie de Covid-19 (2020)  Seulement infirmières : oui	rétention. La moitié des IPA interrogés envisageaient de changer d'emploi.

## ANNEXE C Affiche et lettre de recrutement

### Affiche de recrutement

**Les répercussions des politiques en prévention et contrôle des infections sur les manifestations du stress chez les infirmières œuvrant en milieu hospitalier au Québec durant la pandémie de la Covid-19.**

**Pourquoi cette recherche?**  
 Cette recherche vise à offrir une meilleure compréhension du stress et de ses manifestations affectant les infirmier.e.s œuvrant en milieu hospitalier au Québec en lien avec les politiques en prévention et contrôle des infections (PCI), durant la pandémie de la Covid-19.

**Critères d'inclusion**  
 Infirmier.e technicien.ne  
 ou clinicien.ne  
 ayant travaillé en milieu hospitalier au Québec pendant la pandémie de la Covid-19 (entre 2020 et 2023).

**Collecte des données**  
 La collecte des données sera effectuée par des entrevues individuelles d'une durée de 60 minutes via la plateforme Zoom.  
 La participation est confidentielle.

**Contact**  
 Pour participer, contactez la chercheure, Véronica Livia Tavalica, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières à l'Université du Québec en Outaouais par courriel à [tavv01@uqo.ca](mailto:tavv01@uqo.ca).

Ce projet a reçu l'approbation du Comité d'éthique à la recherche de l'UQO le 21 mars 2024. Projet # 2024-3122




Image: Luke Jones  
Source: <https://www.shutterstock.com>

## Lettre de recrutement



## Lettre de recrutement

Nous sommes présentement à la recherche de participants pour prendre part à une recherche s'intitulant : *Les répercussions des politiques en prévention et contrôle des infections sur les manifestations du stress chez les infirmières œuvrant en milieu hospitalier au Québec durant la pandémie de la Covid-19*. Cette recherche vise à offrir une meilleure compréhension du stress et de ses manifestations affectant les infirmières ouvrant en milieu hospitalier au Québec en lien avec les politiques en prévention et contrôle des infections (PCI), durant la pandémie de Covid-19.

Les participants que nous cherchons doivent :

Critères d'inclusion :

1. Avoir obtenu le titre d'infirmier ou d'infirmière technicien.ne ou clinicien.ne avant mars 2020
2. Avoir travaillé en milieu hospitalier au Québec entre mars 2020 et mars 2023

Critères d'exclusion :

3. CÉPI et infirmiers/ infirmières sans aucune expérience en milieu hospitalier pendant la pandémie de la Covid-19

4. Infirmiers/infirmières gestionnaires, conseillers/conseillères cliniques ou tout autre titulaires qui ne comprenait pas un contact direct avec les patients en milieu hospitalier.

Ce projet est mené par Veronica-Livia Tavalica, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières, sous la supervision d'Éric Nguemeleu Tchouaket (directeur de recherche) et Ntanda Gisèle Mandiangu (co-directrice de recherche), professeurs au département des sciences infirmières de l'Université du Québec en Outaouais.

La collecte des données sera faite par entrevue individuelle sur la plateforme Zoom®. Un enregistrement en format audio sera fait lors de l'entrevue. La durée de la rencontre sera d'environ 60 minutes. Pour en savoir plus, veuillez contacter Veronica-Livia Tavalica au numéro suivant : [REDACTED] ou par courriel à l'adresse [REDACTED]

*La durée de la période de recrutement pour le présent projet est de 120 jours.*

\* Ce projet de recherche a été approuvé par le Comité d'éthique à la recherche de l'UQO. Projet # : 2024-3122.

**ANNEXE D Questionnaire sociodémographique**

Case postale 1250, succursale HULL, Gatineau (Québec) J8X 3X7

[www.uqo.ca/ethique](http://www.uqo.ca/ethique)

Comité d'éthique de la recherche

**Questionnaire sociodémographique**

*Les répercussions des politiques en prévention et contrôle des infections sur les manifestations du stress chez les infirmières œuvrant en milieu hospitalier au Québec durant la pandémie de la Covid-19*

Veronica Livia Tavalica – étudiante-chercheure

Département des sciences infirmières

Éric Tchouaket Nguemeleu – directeur de recherche

Gisèle Ntanda Mandiangu – co-directrice de recherche

Date : \_\_\_\_\_

Code alphanumérique du participant : \_\_\_\_\_

1. Quel est votre âge? \_\_\_\_\_
2. À quel genre vous vous identifiez?
3. Quelle était votre situation familiale en mars 2020 (vous viviez seul, en couple, avec les parents, etc.) ?
4. Quel était votre niveau de scolarité en mars 2020 ?

5. Quel était votre titre d'emploi en mars 2020 ?
6. Combien d'années d'expérience à titre d'infirmière aviez-vous en mars 2020 ?
7. Sur quel type de département travaillez-vous en mars 2020 et combien d'années d'expérience sur ce département aviez-vous au début de la pandémie de la Covid-19 ?
8. Quel type de poste aviez-vous en mars 2020 (à temps plein, à temps partiel) ?
9. Sur quel quart de travail étiez-vous en mars 2020 (jour, soir, nuit) ?
10. Dans quel type de centre hospitalier travaillez-vous en mars 2020 (CISSS, CIUSSS, hôpital spécialisé) ?

**ANNEXE E Guide d'entrevue**

Case postale 1250, succursale HULL, Gatineau (Québec) J8X 3X7

[www.uqo.ca/ethique](http://www.uqo.ca/ethique)

Comité d'éthique de la recherche

**Guide d'entrevue**

*Les répercussions des politiques en prévention et contrôle des infections sur les manifestations du stress chez les infirmières œuvrant en milieu hospitalier au Québec durant la pandémie de la Covid-19*

Veronica Livia Tavalica – étudiante-chercheure

Département des sciences infirmières

Éric Tchouaket Nguemeleu – directeur de recherche

Gisèle Ntanda Mandiangu – co-directrice de recherche

*Présentation verbale de l'entrevue par le chercheur*

Bienvenue et merci beaucoup d'avoir accepté de participer à cette recherche. Afin de pouvoir continuer la discussion, je dois vous expliquer le projet, votre rôle dans cette recherche, ainsi que les conditions et les éléments de confidentialité et d'utilisation des données.

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, prenez le temps de lire et de comprendre le formulaire de consentement. Si vous avez des questions, n'hésitez pas à me les poser. (Je présente le formulaire de consentement). Si l'étudiant accepte à participer, je continue :

Nous sollicitons votre participation au projet de recherche *en titre*, qui vise à mieux comprendre les répercussions des politiques en prévention et contrôle des infections (PCI) sur les manifestations du stress ressenties par les infirmières œuvrant en milieu hospitalier pendant la pandémie de Covid-19 au Québec. Ce projet n'est pas subventionné par aucun organisme. Les objectifs spécifiques de l'étude sont : 1) Identifier les enjeux en prévention et contrôle des infections qui ont généré le stress chez les infirmières et repérer les manifestations du stress chez ces dernières; 2) Explorer des voies d'amélioration de la PCI en vue de planifier et de rédiger des politiques plus adéquates pour les futures crises sanitaires; 3) Explorer des voies d'amélioration des politiques institutionnelles et de gestion en vue de diminuer la détresse psychologique des infirmières et d'augmenter le support psychologique de ces dernières lors des crises sanitaires.

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche qui consiste en une entrevue individuelle semi-dirigée d'une durée d'environ une heure. Avant de commencer le questionnaire, la chercheure fera un rappel à la personne participante :

- du début de l'enregistrement;
- de la possibilité, en tout temps, de retrait ou de ne pas répondre à une question;

- du fait que les renseignements confidentiels collectés le seront pour des raisons démographiques et ne seront pas utilisés dans le cadre de la recherche.

### 1. La peur de l'incertitude

a) la navigation dans le flux d'informations (communication, politiques, directives et formation en PCI)

b) le rythme du changement et l'ajustement à celui-ci

c) l'ÉPI facteur de stress (et les autres mesures de la pyramide à trois niveaux des mesures en PCI)

d) le risque d'infection (avec le SARS-CoV-2)

### 2. Les manifestations du stress

a) l'anxiété

b) l'épuisement professionnel

c) les autres manifestations du stress (dépression, idéation suicidaire, absentéisme, abandon de la profession)

### 3. Le renforcement de la résilience

a) les efforts organisationnels pour diminuer le stress des travailleurs

b) les stratégies personnelles d'atténuation du stress (coping)

c) la solidarité et l'entraide au travail

d) le support social (famille, amis, communauté)

**ANNEXE F Rapport post-entrevue**

Case postale 1250, succursale HULL, Gatineau (Québec) J8X 3X7

[www.uqo.ca/ethique](http://www.uqo.ca/ethique)

Comité d'éthique de la recherche

**Rapport post-entrevue**

*Les répercussions des politiques en prévention et contrôle des infections sur les manifestations du stress chez les infirmières œuvrant en milieu hospitalier au Québec durant la pandémie de la Covid-19*

Veronica Livia Tavalica – étudiante-chercheure

Département des sciences infirmières

Éric Tchouaket Nguemeleu – directeur de recherche

Gisèle Ntanda Mandiangu – co-directrice de recherche

**Immédiatement après l'entrevue :**

No de l'entrevue :

Date :

Lieu :

Heure :

**Prise de contact :**

Type :

Référence :

Commentaire :

Déroulement de l'entrevue :

Lieu (description des lieux) :

Climat :

Points forts :

Contenus de l'entrevue :

Thèmes forts :

Thèmes oubliés :

Information à privilégier :

Perception de la personne interviewée :

Langage corporel :

Attitudes :

Habitat, environnement :

Impressions générales tout au cours de l'entrevue :

**ANNEXE G Journal de bord**

Case postale 1250, succursale HULL, Gatineau (Québec) J8X 3X7

[www.uqo.ca/ethique](http://www.uqo.ca/ethique)

Comité d'éthique de la recherche

**Journal de bord**

*Les répercussions des politiques en prévention et contrôle des infections sur les manifestations du stress chez les infirmières œuvrant en milieu hospitalier au Québec durant la pandémie de la Covid-19*

Veronica Livia Tavalica – étudiante-chercheure

Département des sciences infirmières

Éric Tchouaket Nguemeleu – directeur de recherche

Gisèle Ntanda Mandiangu – co-directrice de recherche

Notes descriptives sur les données :

Notes théoriques sur les concepts/ idées :

Notes méthodologiques sur la conduite de la recherche :

Autres :

## **ANNEXE H Formulaire de consentement**



Case postale 1250, succursale HULL, Gatineau (Québec) J8X 3X7

[www.uqo.ca/ethique](http://www.uqo.ca/ethique)

Comité d'éthique de la recherche

### **Formulaire de consentement**

Les répercussions des politiques en prévention et contrôle des infections sur les manifestations du stress chez les infirmières œuvrant en milieu hospitalier au Québec durant la pandémie de la Covid-19

Veronica Livia Tavalica – étudiante-chercheure

Département des sciences infirmières

Éric Tchouaket Nguemeleu – directeur de recherche

Gisèle Ntanda Mandiangu – co-directrice de recherche

Nous sollicitons par la présente votre participation au projet de recherche en titre, qui vise à mieux comprendre les répercussions des politiques en prévention et contrôle des infections (PCI) sur les manifestations du stress ressenties par les infirmières œuvrant en milieu hospitalier pendant la pandémie de Covid-19 au Québec. Ce projet n'est pas subventionné par aucun organisme. Les objectifs spécifiques de l'étude sont : 1) investiguer quelles politiques en PCI ont affecté le plus le stress du personnel infirmier et comment cela s'est manifesté; 2) explorer des voies d'amélioration du programme PCI en

vue de planifier et de rédiger des politiques plus adéquates pour les futures crises sanitaires.

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche qui consiste en une entrevue individuelle semi-dirigée d'une durée d'environ une heure et qui aura lieu par l'intermédiaire de la plateforme Zoom®. La date et l'heure de l'entrevue seront choisies selon les disponibilités du participant et de l'étudiante-chercheure. *Avec l'accord du /de la participant(e), un enregistrement (en format audio seulement) sera effectué lors de la rencontre.*

La confidentialité des données recueillies dans le cadre de ce projet de recherche sera assurée conformément aux lois et règlements applicables dans la province de Québec et aux règlements et politiques de l'Université du Québec en Outaouais\*. Tant les données recueillies que les résultats de la recherche ne pourront en aucun cas mener à votre identification (votre nom sera substitué par un code alphanumérique).

Aucune utilisation secondaire des données n'est envisagée dans le cadre de ce projet de recherche.

Les résultats de l'étude seront diffusés par la publication d'une mémoire de maîtrise, d'un article scientifique et pourront également être présentés lors des diverses conférences dans le domaine des sciences infirmières. Des mesures très strictes seront prises pour protéger les données. Ainsi, les enregistrements audios, la clé de codage et des formulaires de consentement numériques signés seront conservés sur le serveur sécurisé de l'UQO, et ce, pendant toute la durée de leur conservation. Les verbatim codés et toutes notes dénominalisées seront conservés de façon sécuritaire sur l'ordinateur personnel de

l'étudiante-chercheure, lequel est muni d'un mot de passe, d'un pare-feu, d'un logiciel anti-virus et est en possession constante de celle-ci. Les documents papier seront également conservés au domicile personnel de l'étudiante-chercheure dans un cabinet verrouillé. À la conclusion de l'étude, l'ensemble des documents sera placé sous clé à l'Université du Québec en Outaouais (UQO) dans un classeur verrouillé dans le bureau du directeur de mémoire. Toutes les données seront conservées pour une durée minimale de 5 ans à partir de l'émission de la lettre de fermeture du dossier. Après cette période, les données seront dénominalisées de façon irrévocable (anonymisées). Les données anonymisées seront conservées pour 25 ans. Après la dénominalisation des données, les participant(e)s ne pourront plus avoir accès à celles-ci. Par la suite, les fichiers numériques sur un support informatique seront détruits définitivement en utilisant un logiciel de destruction de fichiers; les documents sur un support matériel tel que le papier (par ex., les copies de questionnaires ou de formulaires de consentement, etc.) seront détruits par déchiquetage; les documents enregistrés dans d'autres formats, tels que les CD, DVD ou cartes mémoires seront détruits par des entreprises spécialisées dans la destruction de données.

À sa demande, un participant peut avoir accès à ses propres données, sous forme écrite (verbatim). À ces fins, le/la participant(e) peut faire une demande par écrit, à l'étudiante-chercheure. Après la vérification de l'identité du /de la participant(e) faisant la demande, l'étudiante-chercheure peut lui envoyer les données collectées lors de son entrevue, par courriel, dans un fichier muni d'un mot de passe connu uniquement par la chercheure et le / la participant(e). Toutefois, après l'anonymisation des données (5 ans

après l'émission de la lettre de fermeture du dossier), la consultation des données par le participant(e)s ne sera plus possible.

Votre participation à ce projet de recherche se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, et de vous retirer en tout temps sans préjudice. Les risques associés à votre participation sont minimaux et l'étudiante-chercheuse s'engage, le cas échéant, à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour les réduire ou les pallier. À sa demande, un(e) participant(e) peut décider de retirer sa participation à l'étude. Il/elle peut le faire par écrit avant ou après l'entrevue, en écrivant un courriel à l'étudiante-chercheuse ou de vive voix pendant l'entretien. Si le demande est faite après l'entrevue, le/la participante sera demandé(e) s'il/elle désire ou non la destruction complète ou partielle ou la conservation des données recueillies pendant l'entrevue. L'étudiante-chercheuse s'assurera que la demande exprimée par le/la participant(e) soit respectée par rapport aux données récoltées. La contribution à l'avancement des connaissances en sciences infirmières est le bénéfice direct anticipé. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

Ce projet de recherche recevra l'approbation du comité d'éthique. Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, veuillez communiquer avec Veronica Livia Tavalica, étudiante-chercheuse au téléphone (██████████) Si vous avez des questions concernant les aspects éthiques de ce projet, veuillez communiquer avec André Durivage, président du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais : *Andre.durivage@uqo.ca et 819-595-3900 poste 1781*

\* Compte tenu du fait que l'étudiante-chercheure rencontrera les participant(e)s, leur anonymat ne peut pas être garanti. Toutefois, des mesures très strictes seront prises pour protéger les données (lire plus-haut). *Notamment à des fins de contrôle, et de vérification, vos données de recherche pourraient être consultées par le personnel autorisé de l'UQO, conformément au Règlement relatif à l'utilisation des ressources informatiques et des télécommunications.*

Votre signature atteste que vous avez clairement compris les renseignements concernant votre participation au projet de recherche et indique que vous acceptez d'y participer. Elle ne signifie pas que vous acceptez d'aliéner vos droits et de libérer les chercheurs ou les responsables de leurs responsabilités juridiques ou professionnelles. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps du projet de recherche sans préjudice. Votre participation devant être aussi éclairée que votre décision initiale de participer au projet, vous devez en connaître tous les tenants et aboutissants au cours du déroulement du projet de recherche. En conséquence, vous ne devrez jamais hésiter à demander des éclaircissements ou de nouveaux renseignements au cours du projet.

Après avoir pris connaissance des renseignements concernant ma participation à ce projet de recherche, j'appose ma signature signifiant que j'accepte librement d'y participer.

Le formulaire est signé en deux (2) exemplaires et j'en conserve une copie.

Nom du participant :                      Signature du participant :                      Date :

Nom du chercheur :                      Signature du chercheur :                      Date

## ANNEXE I Certificat d'approbation éthique



### CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

La présente atteste que le projet de recherche décrit ci-dessous a fait l'objet d'une évaluation en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains et qu'il satisfait aux exigences de notre politique en cette matière.

---

**Projet # :** 2024-3122

**Titre du projet de recherche :** Les répercussions des politiques en prévention et contrôle des infections sur les manifestations du stress chez les infirmières œuvrant en milieu hospitalier au Québec durant la pandémie de la Covid-19

**Chercheuse principale :**

Veronica Tavalica  
Étudiante, Université du Québec en Outaouais

**Directeur et codirectrice de recherche :**

Eric Tchouaket Nguemeleu; Gisèle Mandiangu Ntanda  
Professeur(e)s, Université du Québec en Outaouais

**Date d'approbation du projet :** 21 mars 2024

**Date d'entrée en vigueur du certificat :** 21 mars 2024

**Date d'échéance du certificat :** 21 mars 2025

---

Caroline Tardif  
Attachée d'administration, CÉR  
pour André Durivage, Président du CÉR

Signé le 2024-03-21 à 14:16

La certification du projet a été renouvelée en mars 2025 et en mars 2026.