

Université de Montréal

**Processus décisionnel à l'égard du maintien au travail des préposés aux
bénéficiaires face à la crise de la COVID-19 dans les centres d'hébergement
de soins de longue durée à Montréal**

Par

Saïdou Sabi Boun

Département de médecine sociale et préventive
École de santé publique de l'Université de Montréal

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès sciences en
santé publique, Option recherche

Avril 2022

© Saidou Sabi Boun 2022

Université de Montréal

École de santé publique, département de médecine sociale et préventive

Ce mémoire intitulé

**Processus décisionnel à l'égard du maintien au travail des préposés aux
bénéficiaires face à la crise de la COVID-19 dans les centres d'hébergement
de soins de longue durée à Montréal**

Présenté par

Saïdou Sabi Boun

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes

Réjean Hébert

Président-Rapporteur

Thomas Druetz

Directeur de recherche

Gregory Moullec

Codirecteur 1

François Aubry

Membre du jury

Résumé

L'objectif de notre étude était de comprendre les difficultés rencontrées par les PAB au cours de la crise de la COVID-19, et aussi comment ces problèmes ont influé leur maintien au travail dans les CHSLD de Montréal du 23 février au 11 juillet 2020. 11 PAB appartenant à trois (3) catégories ont été sélectionnés selon un échantillonnage en boule de neige. Un guide d'entrevue construit sur le modèle de Tourangeau et al. (2010) et celui de la conciliation emploi-famille-vie personnelle proposée par Duxbury et Higgins (2003) a permis de recueillir des données à l'aide d'entrevues semi-dirigées. Elles ont été réalisées entre octobre et décembre 2021 et une analyse thématique des données selon la méthode proposée par Braun et Clarke (2006) a été réalisée. Les résultats de notre étude montrent que l'intention de quitter l'emploi au cours de la période concernée était influencée par le cercle vicieux du bris de service impliquant une surexploitation des PAB, des pressions physiques et psychologiques, un épuisement au travail, un stress aigu ajouté à des émotions négatives. En plus de cela, les mauvaises conditions de travail, les enjeux éthiques spécifiques à la pandémie de la COVID-19, mais également le manque de reconnaissance et de valorisation du métier de PAB, au moment de l'apogée de la pénurie de la main-d'œuvre et les difficultés de conciliation emploi-famille-vie personnelle ont fortement contribué au retrait du travail de certaines PAB. A contrario, l'intention de rester en emploi était plus influencée par des facteurs individuels tels que le volontarisme, la satisfaction morale et l'attachement affectif au métier et des facteurs contextuels tels que le soutien perçu de l'organisation et/ou du gouvernement du Québec. Le réseau des CHSLD initialement fragilisés par la pénurie de main-d'œuvre et la précarisation des emplois de PAB a davantage été affaibli par la crise de la COVID-19 qui a accentué la pénurie de main-d'œuvre. L'amélioration des politiques de rétention des PAB passe par une sélection plus rigoureuse en tenant compte des motivations des candidates au métier, une amélioration des conditions de travail et une meilleure valorisation du métier de PAB.

Mots clés : PAB, COVID-19, CHSLD, intention de quitter, intention de rester

Abstract

Our study aims to understand the obstacles encountered by PAB during the COVID-19 crisis and how these influenced their work retention in Montreal's CHSLDs from February 23 to July 11, 2020. Three (3) categories of PAB were selected according to a snowball sampling. An interview guide based on the Tourangeau et al. model (2010) and the work-life balance model proposed by Duxbury and Higgins (2003) was used to collect data through semi-structured interviews conducted between October and December 2021. A thematic analysis was performed using the method suggested by Braun and Clarke (2006). The results of our study show that the intention to leave the job during the period concerned was influenced not only by the vicious circle of service breakdown involving overexploitation of the PAB, physical and psychological pressures, burnout at work, acute stress added to negative emotions. In addition to this, poor working conditions, ethical issues specific to the COVID-19 pandemic, but also the lack of recognition and valuing of the PAB profession at the time of the summit of the workforce shortage and the challenges of reconciling work and family life have enormously contributed to the resignation from the work of some of them. On the other hand, the intention to remain employed was more influenced by individual factors such as voluntarism, moral satisfaction and emotional attachment to the job and contextual factors such as the perceived support of the organization and the Quebec government. The CHSLD network, initially weakened by the labour shortage and the precariousness of PAB jobs was further deteriorated by the COVID-19 crisis, which increased the demand for PAB. The improvement of the retention policies for PAB requires a more rigorous selection process that considers the candidates' motivations for the job, a modification of the working conditions, and a better promotion of the PAB job.

Keywords: PAB, COVID-19, CHSLD, intention to remain, intention to leave

Table des matières

RÉSUMÉ.....	1
ABSTRACT.....	2
LISTE DES FIGURES	6
LISTE DES TABLEAUX.....	7
LISTE DES SIGLES ET DES ABRÉVIATIONS	8
DÉDICACES	10
REMERCIEMENTS	11
NOTE PRÉLIMINAIRE	12
CHAPITRE 1 — INTRODUCTION	13
CHAPITRE 2 : RECENSION DES ÉCRITS.....	16
1. LA SITUATION DES AÎNÉS AU QUÉBEC.....	16
1.1. LA DÉMOGRAPHIE DU QUÉBEC	16
1.2. PORTRAIT DES CENTRES D’HÉBERGEMENT POUR AÎNÉS	17
1.2.1. Les CHSLD	17
1.2.2. Les Ressources intermédiaires (RI)	18
1.2.3. Les résidences privées pour aînés (RPA)	18
1.3. PROFIL DES PERSONNES HEBERGEES EN CHSLD	19
1.4. LES PREPOSES AUX BENEFICIAIRES	20
1.4.1. Fonctions de PAB	20
1.4.2. Caractéristiques, portraits et conditions de travail des PAB	21
1.4.3. Formation générale et formation continue.....	22
2. ÉTAT DES CONNAISSANCES DE LA COVID-19.....	23
2.1. CHRONOLOGIES DES ÉPIDÉMIES CAUSÉES PAR LES CORONAVIRUS	23
2.2. CONTAGIOSITÉ ET MODES DE TRANSMISSIONS DE LA COVID-19	24
2.3. SYMPTÔMES ET EXAMENS DE DIAGNOSTICS.....	24
2.4. DÉFINITION D’UN CAS	25
3. LE CONCEPT D’ATTRACTION ET DE RETENTION AU TRAVAIL.....	25
3.1. LA SATISFACTION ET L’INSATISFACTION AU TRAVAIL.....	26
3.2. CADRE THÉORIQUE DE TOURANGEAU ET AL. (2010).....	26
3.3. LES HOPITAUX MAGNETIQUES.....	28

3.4.	LES THEORIES DE CONCILIATION EMPLOI-FAMILLES.....	28
4.	OBJECTIFS ET QUESTIONS DE RECHERCHE	30
CHAPITRE 3 — MÉTHODOLOGIE.....		31
1.	DEVIS ET CRITÈRES DE SCIENTIFICITÉ.....	31
2.	CADRE THÉORIQUE	31
3.	COLLECTES DE DONNÉES	31
5.	ANALYSES	33
6.	CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES	33
7.	TRANSFERT DE CONNAISSANCES ET ÉCHÉANCIER PRÉVISIONNEL.....	35
8.	RÉFLEXIVITÉ.....	35
8.1.	EXPERIENCE PERSONNELLE EN CHSLD	35
8.2.	ORIENTATIONS METHODOLOGIQUES.....	36
CHAPITRE 4 — RÉSULTATS.....		38
RÉSULTATS		38
1.	CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PARTICIPANTS.....	38
2.	LES MOTIVATIONS INITIALES À ÊTRE PAB.....	39
2.1.	MÉTIER DE TRANSITION.....	39
2.2.	L'AMOUR DU MÉTIER DE PAB	40
2.3.	RELATION ENTRE LA MOTIVATION INITIALE ET LA DÉCISION DE RESTER.....	41
3.	INTENTION DE QUITTER L'EMPLOI DE PAB.....	42
3.1.	CERCLE VICIEUX DU BRIS DE SERVICE	42
3.1.1.	Surexploitation des PAB	42
3.1.2.	Pressions physiques et psychologiques au travail	44
3.1.2.1.	Épuisement au travail.....	44
3.1.2.2.	Stress et émotions négatives (tristesse, colère, peur de se contaminer, etc.)	46
3.2.	CONDITIONS DE L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL	48
3.2.1.	Les mauvaises conditions de travail	48
3.2.2.	Enjeux éthiques	49
3.2.3.	Manque de reconnaissance du métier	51
3.2.3.1.	Relations négatives au travail.....	51
3.2.3.2.	Absence de considération et de valorisation du métier de PAB.	53
3.2.3.3.	Effet des rémunérations et des primes COVID-19.....	54

3.3.	CONCILIATION EMPLOI-FAMILLE-VIE PERSONNELLE	56
4.	INTENTION DE RESTER EN EMPLOI AU COURS DE LA CRISE DE LA COVID-19.....	56
4.1.	VOLONTARISME, SATISFACTION MORALE ET ATTACHEMENT AFFECTIF AU MÉTIER	57
4.2.	SOUTIEN DU GESTIONNAIRE ET/OU DU GOUVERNEMENT.....	58
5.	PRISE DE REcul SUR LA DÉCISION PRISE PAR LES PAB.....	59
CHAPITRE 5 — DISCUSSIONS		61
1.	FACTEURS AFFECTANT L'INTENTION DE RESTER DES PAB	61
1.1.	FACTEURS INTRINSÈQUES	61
1.1.1.	La pénurie de main-d'œuvre	61
1.1.2.	Les conditions et l'environnement de travail	65
1.2.	FACTEURS EXTRINSÈQUES AU MÉTIER DE PAB.	67
1.2.1.	L'aspect transitoire de la profession.....	68
1.2.2.	L'amour du métier de PAB.....	69
2.	GESTION DES CONFLITS ÉTHIQUES PAR LES PAB.....	70
3.	FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE.....	72
3.1.	FORCES DE L'ÉTUDE.....	72
3.2.	LES LIMITES DE L'ÉTUDE	73
CHAPITRE 6 — CONCLUSION		75
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....		78
ANNEXE 1 : CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE		87
ANNEXE 2 : FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT POUR LES ENTREVUES SEMI-DIRIGÉES		89
ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTREVUE SEMI-DIRIGÉE		93
ANNEXE 4 : FICHE SYNTHÈSE DE L'ENTREVUE		95
ANNEXE 5 : DICTIONNAIRE INITIAL DE CODIFICATION		96

Liste des figures

Figure 1 : Modèle sur les déterminants de l'intention de rester	28
Figure 2 : Modèle de conciliation travail-famille (Duxbury et Higgins, 2003, cité par Aubry et Couturier, 2019, p.14).....	29
Figure 3 : Cercle vicieux du bris de service.....	45

Liste des tableaux

Tableau 1 : Données sociodémographiques des PAB interrogées.....	38
---	-----------

Liste des sigles et des abréviations

ARN : Acide ribo nucléique

AVQ : Assistance à la vie quotidienne

CERSES : Comité d'éthique de la recherche en sciences de la santé

CEST : Commission de l'éthique en science et en technologie

CHSLD : Centre d'hébergement de soins de longue durée

CISSS : Centres intégrés de santé et des services sociaux

CIUSSS : Centres intégrés universitaires de santé et des services sociaux

COVID-19 : Maladie à coronavirus, 2019

DEP : Diplôme d'études professionnelles

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ÉPI : Équipements de protection individuelle

FAC : Forces armées canadiennes

FIQ : Fédération interprofessionnelle de la Santé au Québec

IgG : Immunoglobulines G

IgM : Immunoglobulines M

INESSS : Institut National d'Excellence en Santé et Services sociaux

INSPQ : Institut National de Santé publique du Québec

ISQ : Institut de Statistique du Québec

LSSSS : Loi sur les Services de Santé et des Services sociaux

MERS-CoV : *Middle East respiratory syndrome coronavirus*

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

OMS : Organisation mondiale de la santé

PAB : Préposées aux bénéficiaires

PDSB : Principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires

RI : Ressources intermédiaires

RPA : Résidence privée pour Aînées

RR : Risque relatif

RSSS : Réseau de la Santé et des Services sociaux

SMAF : Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle

SRAS-CoV-2 : *Severe acute respiratory syndrome 2*

SRAV-CoV-1 : *Severe acute respiratory syndrome 1*

TAAN : Test d'amplification des acides nucléiques

TdS : Travailleurs de la Santé

TSO : Temps supplémentaire obligatoire

Dédicaces

Je dédie ce mémoire à :

- À **Dieu** qui m'a fait la grâce de pouvoir faire ce parcours. « *It is happening again, God has come and taken away all my pain; now I got to say I love you... You never leave me hungry; you never leave me thirsty. You always with me in my time of struggle. You never leave me weary, and you never leave me lonely...you never leave me desolated, and afflicted.* ».
- À mon épouse **Klissou/Sabi Boun Bernice Carole** : merci d'avoir toujours été à mes côtés et surtout avoir accepté d'embarquer dans cette nouvelle aventure.
- À mes deux enfants **Haïm Elijah** (tu aurais pu t'appeler Réussite, car tu es né le jour de ma réussite au master 1 de santé publique) et **Krishna Asha**, mon poisson d'avril adoré, ma bonne étoile. J'espère que vous trouverez dans ces quelques lignes que je vous consacre dans ce mémoire une réaffirmation de ma preuve d'amour et surtout que vous tireriez un puissant enseignement que vous devez garder toute votre vie : tout peut s'obtenir par la seule volonté et par le travail.

Remerciements

Ce mémoire de maîtrise n'aurait pu voir le jour sans l'aide et le soutien de bon nombre de personnes, qui, je l'espère, trouveront ici un témoignage de ma reconnaissance.

- À **Thomas Druetz**, mon directeur de recherche : merci pour votre bienveillance, votre disponibilité, et surtout pour vos orientations apportées dans le déroulement de ce projet. J'ai non seulement acquis des compétences académiques, mais, je suis également convaincu d'avoir gagné un ami en qui j'ai une entière confiance. Grâce à vous, je peux me projeter au doctorat sans grandes difficultés. Merci
- À **Grégory Moullec**, mon co-directeur de la recherche : avec Thomas vous formiez un si beau duo pour m'encadrer. Recevez ici toute ma gratitude pour votre implication dans ce travail.
- À toutes les PAB ayant accepté de participer à cette étude qui ont accordé un peu de leur temps, merci de m'avoir tant enseigné.
- À ma famille **DOMAGNI** à Québec et la famille **BABALOLA** à Assomption, recevez toutes mes sincères remerciements pour vos soutiens divers et variés.
- À tous les amis que j'ai côtoyés à l'ESPUM (Cyrille, Kathia, Rachel...) et mes amis de la Brigade PCI/DRSP, recevez ici mes sincères remerciements pour le chemin parcouru ensemble.

Note préliminaire

Dans ce travail :

- 1) Le féminin est utilisé comme générique lorsque nous parlerons des préposé(e)s aux bénéficiaires. La raison est détaillée au chapitre 1.4.2 (cfr. page 21). Le masculin sera utilisé uniquement lorsque nous référerons spécifiquement aux propos d'un participant masculin aux entrevues.
- 2) L'expression « la crise des CHSLD » fait référence à la crise sanitaire qu'ont connu les CHSLD lors de la première vague de la crise de COVID-19 entre les mois de février et juillet 2020.

Chapitre 1 — Introduction

La pandémie mondiale déclarée en mars 2020 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a été provoquée par la maladie à coronavirus connu sous le nom de COVID-19. Il s'agit d'une maladie infectieuse causée par le nouveau virus respiratoire SRAS-CoV-2 de la famille des *coronaviridae* (MSSS, 2020a, en ligne). En août 2020, l'OMS recensait plus de 21 millions de cas, dont plus de 760 000 décès, dans plus de 200 pays dans le monde (WHOa, 2020).

Au Québec, les premiers cas de la COVID-19 ont été signalés au cours du mois de février 2020 (MSSS, 2020a). Après cette date, les cas ont évolué de façon exponentielle poussant les autorités de la province, à l'instar des autres provinces au Canada et des autres pays dans le monde, à prendre des mesures d'urgence sanitaire dès le 13 mars 2020 pour contrer l'évolution du virus (MSSS, 2020a, 2020b, 2020c). Ainsi, au 11 juillet 2020, le Québec avait totalisé exactement 5543 décès attribuables à la COVID-19 dont 92 % avaient 70 et plus. Parmi les personnes décédées, 12,8 % vivaient à domicile, 16,8 % vivaient dans les résidences privées pour aînées (RPA) et 65,9 % vivaient en centres d'hébergement et de soins de longues durées (CHSLD) (INSPQ, 2020, p.8).

Plusieurs facteurs ont été identifiés pour tenter d'expliquer la proportion élevée de décès observée dans les CHSLD. Ainsi, plusieurs études réalisées dans le monde concernant les facteurs de risque associé à la COVID-19 ont permis d'observer que l'âge était associé à la sévérité de la maladie (Guan et al., 2020 ; Imam et al., 2020 ; Liu et al., 2020). De même, les comorbidités étaient associées au risque de décès (Guan et al., 2020 ; Liang et al., 2020 ; Reilev et al., 2020 ; Zheng et al., 2020) et à la survenue de complications (Guan et al., 2020 ; Liang et al., 2020 ; Reilev et al., 2020). La COVID-19 entraînerait selon ces études un fardeau de morbidité et de mortalité beaucoup plus important chez les personnes âgées, de sexe masculin ayant des conditions médicales préalables. En étudiant l'impact des comorbidités sur les risques de décès, l'institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a trouvé que les individus décédés de la COVID-19 étaient plus âgés (moyenne de 85 ans, médiane de 86 ans) que ceux non décédés (moyenne 50 ans et médiane 49 ans) (INSPQ, 2020, p.7). De ce fait, la moyenne d'âge des personnes vivantes en CHSLD est le facteur prédominant le plus évoqué pour expliquer cette proportion élevée de décès dans ces milieux. En outre, le milieu de vie en lui-même a été identifié comme étant un facteur de risque supplémentaire de décès attribuables à

la COVID-19. Après comparaison des milieux de vie des personnes décédées, ajustés à l'âge, au sexe et aux comorbidités, de Montigny (2021) et institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS, 2020) ont montré que les personnes logeant dans les CHSLD avaient un risque relatif (RR) de décès significativement plus élevé que celles résidant ailleurs (RPA, Ressources intermédiaires ou à domicile) (p.32). Le risque de décès pour les tranches d'âge de 70-79 ans, 80-89, et de 90 et plus est respectivement de 8,78 ; 14,57 et 16,68 supérieurs à celui de la tranche d'âge de référence (50-59 ans). Aussi, le RR de décès des personnes vivantes en CHSLD était de 3,17 fois supérieures à ceux vivant en domicile (INESSS, 2020, p.29). L'autre facteur de risque évoqué par l'INSPQ qui aurait contribué à l'augmentation de l'incidence des cas et du nombre de décès de COVID-19 dans les CHSLD est la présence de personnes avec des conditions médicales préalables. Ainsi, parmi 21 conditions médicales considérées, 14 comorbidités étaient associées à un excès de risque de décès chez les personnes confirmées de la COVID-19. Les 6 maladies les plus prévalentes étaient alors, l'hypertension artérielle, les maladies cardio-vasculaires, les troubles neurologiques, l'anémie, les maladies respiratoires ainsi que le diabète (INSPQ, 2020, p.10). Étant donné que c'est dans les CHSLD que l'on retrouve les personnes les plus âgées et les plus vulnérables, cela expliquerait l'excès de mortalité constatée dans ces centres.

En plus de la surmortalité dans les CHSLD, s'est ajouté un ensemble de facteurs stressant pour la santé psychologique des travailleurs de santé (TdS) des CHSLD, notamment les préposées aux bénéficiaires (PAB). L'accès limité des PAB aux équipements de protection individuelle (ÉPI) ou la crainte d'en manquer due à la politique du gouvernement de priorisation des hôpitaux au détriment des CHSLD, la perte de contrôle et la détérioration des conditions de travail (heures supplémentaires, report des congés, etc.), l'accumulation de la fatigue due aux longues heures de travail, l'imposition du temps supplémentaire obligatoire (TSO), l'exposition aux souffrances et au décès des résidents et la peur d'être un vecteur de contagion vis-à-vis de ses proches, etc. ont fortement contribué à détériorer les conditions de travail des PAB (Dubois, 2020, p.42). Aussi, l'absence de lignes directrices entre le devoir de se protéger ou de s'occuper d'un résident malade et la mobilité des PAB travaillant dans plusieurs CHSLD a été évoquée comme facteur ayant contribué à favoriser la propagation du virus dans ces milieux (Dubois, 2020, p.56). En conséquence, la COVID-19 a non seulement mis en lumière des problèmes

clairement énoncés avant la pandémie (précarité des PAB, pénurie de main-d'œuvre des PAB, etc.), mais les a aussi amplifiés.

Dans ce contexte et pour pallier la pénurie de travailleurs en CHSLD, le Gouvernement du Québec a mobilisé 3 leviers tels qu'identifiés par Dubois (2020). Le premier levier consistait à élargir le bassin de main-d'œuvre de manière à augmenter les effectifs de personnel de la santé disponible. La mesure phare de ce levier étant le lancement de la plateforme « Je contribue » qui appelait à la mobilisation de toutes personnes ayant une formation dans le domaine de la santé (ou non) pour venir en aide au réseau de la santé. Le deuxième levier consistait à maximiser la présence au travail des effectifs disponibles. Deux principales mesures ont été prises. Il y a eu la modification des conditions de travail des employés du réseau de la fonction publique, notamment des PAB, par la prise de deux arrêtés ministériels (MSSS, 2020b, 2020c). Ceux-ci donnaient plus de pouvoir aux gestionnaires pour assurer la disponibilité des travailleurs à travers l'annulation des congés, déplacement des travailleurs selon les besoins, etc. (Dubois, 2020, p. 40). Ensuite, des incitations financières pouvant aller jusqu'à 1000 \$ par mois pour les agents travaillant dans les zones rouges, et jusqu'à 2000 \$ pour ceux acceptant un transfert temporaire vers les régions les plus affectées (ibid). Enfin, le troisième levier utilisé par le gouvernement du Québec pour faire face à la pénurie de main-d'œuvre consistait à optimiser la contribution et l'utilisation des travailleurs déjà actifs par le transfert des tâches ou l'utilisation de la télémédecine et la formation accélérée de 10 000 PAB recrutés au volet au cours de la crise (Dubois, 2020, p.43). Néanmoins, malgré toutes ces mesures, plusieurs employés du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), notamment des PAB ont décidé de se retirer, temporairement ou définitivement de leur travail. Une compilation faite par Radio-Canada, entre le mois de mars et d'août 2020, comptabilisait 1700 infirmières démissionnaires (Radio-Canada, 2020) et les sources officielles en mai 2020 indiquaient plus de 3000 absences de PAB liés à la pandémie (Legault, 2020).

À notre connaissance, il n'existe pas d'études ayant essayé de comprendre les facteurs ayant motivé la rétention (ou non) des PAB au cours de la crise de la COVID-19 au Québec. En ciblant la période correspondant à la première vague (23 février au 11 juillet 2020), notre étude se propose à travers une analyse qualitative descriptive de mieux comprendre les facteurs ayant contribué à la décision des PAB de se présenter (ou non) au travail lors de la crise de la COVID-19 dans les CHSLD de Montréal.

Chapitre 2 : recension des écrits

Dans la présente recension des écrits, nous décrivons la démographie du Québec qui explique le besoin élevé en main-d'œuvre des PAB dans les CHSLD, ensuite nous décrivons les CHSLD, leurs mandats et leurs missions. Enfin, nous présentons un bref chapitre sur l'état des connaissances sur la COVID-19, sur la notion de rétention et d'attraction, après avoir décrit le métier de PAB.

1. La situation des aînés au Québec

1.1. La démographie du Québec

La société du Québec est vieillissante. Plus de 18,5 % d'individus ont plus de 65 ans et 2,4 % ont plus de 85 ans (ISQ, 2018, p.25). Cette proportion de personnes âgées est appelée à augmenter au cours des prochaines années au fur et à mesure que les générations de baby-boomers nées entre 1946 et 1966 commenceront à avoir 65 ans et plus. Le taux de vieillissement est aussi accentué par une hausse continue de l'espérance de vie concomitante à une baisse de taux de natalité. Le taux de natalité est le rapport entre le total des naissances et la population totale d'une même zone géographique (ISQ, 2018, p.33). Il est passé de 15 ‰ à 10,1 ‰ de 1980 à 2017. Par exemple entre janvier 2017 et janvier 2018, la population du Québec est passée de 8 225 800 à 8 341 500, soit un taux d'accroissement annuel de 10,3 ‰ contre 13,0 ‰ pour le reste du Canada (ISQ, 2018, p.19). L'autre raison évoquée pour expliquer le taux de vieillissement de la population est la baisse de l'indice synthétique de fécondité. Il correspond « au nombre d'enfants qu'auraient un groupe de femmes si elles connaissaient, tout au long de leur vie féconde, les niveaux de fécondité par âge d'une année ou d'une période donnée » (ISQ, 2018, p.31). Au Québec, cet indice est passé sous le seuil de remplacement des générations de l'ordre de 2,1 en 1970 à 1,54 en 2017. Cela signifie que les anciennes générations au Québec ne sont plus numériquement remplacées par les nouvelles naissances.

Cette accélération du vieillissement de la population s'accompagne de plusieurs problématiques. Elle entraîne un accroissement des problèmes de santé physique et/ou cognitive et d'une perte d'autonomie. En outre, on observe une augmentation des besoins en soins de longue durée, notamment des besoins d'assistance à la vie quotidienne (AVQ), entraînant *de facto* une augmentation des besoins en personnels d'assistance,

notamment des PAB (INSPQ, 2010). L'AVQ est une aide qui se rapporte aux pertes d'autonomie dite grave et rassemble des activités comme se laver, se nourrir, s'habiller, marcher, communiquer et l'ensemble des fonctions cognitives.

1.2. Portrait des centres d'hébergement pour aînés

Au Québec, il existe plusieurs types de résidences pour aînés. On peut distinguer dans l'ensemble 5 catégories : les CHSLD publics, les CHSLD privés conventionnés, les CHSLD non conventionnés, les ressources intermédiaires (RI) et les résidences privées pour aînés (RPA).

1.2.1. Les CHSLD

Les CHSLD ont une double mission. Ce sont des substituts temporaires ou permanents offrant un milieu de vie et des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance aux aînés. De plus, ils offrent des services de réadaptation psychosociaux, des services d'infirmiers et pharmaceutiques et des services médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le soutien de leurs proches (MSSS, 2020d, p.11 ; MSSS, 2003). En outre, depuis 2003, l'approche « milieu de vie » a été adoptée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans l'optique de rapprocher l'environnement des CHSLD de celui qui caractérisait la vie des résidents. Cela a donc fait passer les CHSLD des milieux de soins à des milieux de vie (MSSS, 2003).

Il existe trois types de CHSLD : les CHSLD publics, les privés conventionnés et les privés non conventionnés. Les CHSLD publics et privés conventionnés ont plusieurs points en communs. Premièrement, ils ont le même mécanisme d'admission et accueillent des résidents en grande perte d'autonomie définis selon les balises du système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) publiées en 2013 (MSSSd, 2020, p.13). Le SMAF permet l'octroi des places en CHSLD et évalue l'autonomie d'une échelle de 1 (faible perte d'autonomie) à 14 (grande dépendance). Les CHSLD n'accueillent que les personnes ayant une autonomie de 10 à 14 (ibid). Toutefois, le système SMAF est un outil d'aide à la décision et ne remplace pas le jugement humain. Des personnes ayant un profil compris entre 10 et 14 peuvent vivre à domicile avec le soutien de leurs proches et/ou du RSSS. L'admissibilité en CHSLD se mesure non seulement sur le score SMAF, mais aussi sur une évaluation psychosociale de l'utilisateur, en tenant compte de son opinion

et de celui de ses proches (ibid). En second lieu, les CHSLD publics et les CHSLD privés conventionnés sont tous financés par le MSSS. Bien que les modalités de financement diffèrent du public au privé, la contribution des adultes hébergés est équivalente (MSSSd, 2020, p.12). Enfin, les CHSLD publics sont gérés par le RSSS alors que les CHSLD privés conventionnés sont dirigés par des partenaires privés (à but lucratif). Les CHSLD privés non conventionnés, quant à eux, sont indépendants et autonomes. Leurs critères d'admission et de fonctionnement peuvent être différents de ceux du public à l'exception de certains contrats pour les achats de services d'hébergement et de soins de longue durée effectués par un établissement public. Aussi, ils doivent répondre à des normes et détenir un permis délivré par le MSSS (MSSSd 2020, p.13). Enfin, il faut souligner que les conditions de travail des PAB dans les CHSLD privés non conventionnés sont différentes de celles du RSSS (ibid).

1.2.2. Les Ressources intermédiaires (RI)

L'article 302 de la loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), définit les ressources intermédiaires (RI) comme : « toute ressource exploitée par une personne physique comme travailleur autonome ou par une personne morale ou une société de personnes et qui est reconnue par une agence pour participer au maintien ou à l'intégration dans la communauté d'usagers par ailleurs inscrits aux services d'un établissement public en leur procurant un milieu de vie adapté à leurs besoins et en leur dispensant des services de soutien ou d'assistance requis par leur condition » (LSSSS, 2021, p.114 ; MSSS, 2016a, p.45). En d'autres termes, sont appelées RI, toutes entreprises privées offrant des services adaptés aux aînés, qui en raison, d'une perte d'autonomie liée au vieillissement, d'une déficience intellectuelle, d'un problème de santé mentale, de toxicomanie ou d'un handicap physique, ne peuvent demeurer dans leur milieu de vie naturel. L'offre de services des RI diffère de très peu de celle proposée par les CHSLD ; toutefois, il est destiné à une catégorie d'aînés jugés plus autonomes. Les personnes hébergées sont confiées aux RI par les Centres intégrés de santé et des services sociaux (CISSS) ou les Centres intégrés universitaires de santé et des services sociaux (CIUSSS) qui leur assurent la qualité des soins offerts. Les RI sont liés aux CISSS/CIUSSS par un contrat (ARIHQ, 2021, en ligne).

1.2.3. Les résidences privées pour aînés (RPA)

Les RPA sont définies par l'article 346.0.1. de la LSSSS, comme étant « tout ou partie d'un immeuble d'habitation collective occupé ou destiné à être occupé principalement par

des personnes âgées de 65 ans et plus et où sont offerts par l'exploitant de la résidence, outre la location de chambres ou de logements, différents services compris dans au moins deux des catégories de services suivantes, définies par le règlement : services de repas, services d'assistance personnelle, soins infirmiers, services d'aide domestique, services de sécurité ou services de loisirs » (LSSS, 2021, p.131-132). Ainsi, avant de pouvoir s'appeler RPA, une résidence doit être certifiée par le MSSS et offrir des chambres ou des logements en priorité aux personnes âgées de 65 ans et plus. La RPA peut cibler soit des personnes autonomes ou des personnes semi-autonomes. Dans les RPA des personnes semi-autonomes notamment, on rencontre des travailleurs exerçant le métier d'assistance à la personne semblable aux PAB qui exercent dans les CHSLD (MSSS, 2020d, p.18).

1.3.Profil des personnes hébergées en CHSLD

Au 31 mars 2020, le Québec comptait 38 886 personnes hébergées en CHSLD. Environ 78 % (29 798) étaient dans les CHSLD publics, 16 % (6294) étaient dans une installation privée conventionnée et 7 % (2794) vivaient dans un CHSLD privé non conventionné (MSSS, 2021a, p.9). La grande majorité des résidents (92 %) avaient plus de 65 ans et environ la moitié (48 %) avaient plus de 85 ans. Le taux d'occupation des lits était de 98 % et le taux de roulement était de 53 % signifiant que plus de la moitié des personnes qui sont en CHSLD quittent leur milieu ou décèdent au cours de la première année de l'hébergement. La durée moyenne de séjour en CHSLD était de 25 mois en mars 2020 (Ibid). Depuis de nombreuses années, en raison du vieillissement continu de la population, le profil des résidents en CHSLD s'est alourdi. Ils sont plus âgés et présentent « des conditions de santé physique, psychologique sévères, des problèmes de santé liés à l'hydratation, à l'alimentation vésicale et intestinale, ainsi qu'au sommeil » (ibid). En 2013, des études révélaient que 7 résidents sur 10 étaient atteints d'au moins une maladie chronique. Les principaux diagnostics des résidents hébergés sont les suivants : accident vasculaire cérébral, le cancer, le delirium, la démence, les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, le diabète, l'emphysème ou tout autre bronchopneumopathie obstructive chronique, l'hypertension artérielle, l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance rénale, la maladie cardiaque athérosclérotique, la maladie de Parkinson ou le parkinsonisme, la paraplégie ou l'hémiplégie (Voyer, 2013 ; Xing, et al., 2013).

1.4. Les préposés aux bénéficiaires

1.4.1. Fonctions de PAB

Les PAB sont des employées de santé qui exercent le métier d'assistance à la personne dans les CHSLD publics, les centres hospitaliers, les établissements privés conventionnés et dans les centres de réadaptation. Selon les situations, leurs fonctions peuvent se regrouper en plusieurs catégories (MSSS, 2020d, p.4-7). Elles s'occupent de l'hygiène, du bien-être et de la surveillance des usagers. Elles sont chargées du confort, de la satisfaction générale des résidents en rendant l'environnement sécuritaire. Elles aident les résidents dans leurs sorties, les transports et les déplacements à l'extérieur des centres et parfois peuvent y aller avec eux (MSSS, 2020d, p.4). Elles répondent aux appels de cloches, effectuent des rondes pour changer les résidents, les apprêtent pour les repas, les aident à l'alimentation et à l'hydratation selon un temps alloué. En outre, les PAB sont chargées de distribuer les collations dans les unités de soins, préparent et rangent les chariots de linge et effectuent les transferts et les mobilisations sécuritaires des résidents à l'aide des principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB). Elles effectuent aussi les soins de la peau, l'entretien des cheveux, de la barbe et des ongles selon les mesures d'hygiène universelle et sont généralement les premières à constater une dégradation de la santé des résidents dans les CHSLD (Riendeau, 2006, p.26-27). Finalement, en offrant tous ces services, les PAB jouent un rôle central dans la prestation des soins et des services d'assistance, notamment, en lien avec les AVQ des résidents (MSSS, 2020d, p.4).

En conséquence, dans l'exercice de leurs fonctions, les PAB ont besoin d'établir une relation de confiance avec les résidents d'une part et les proches des résidents d'autre part. L'écoute, la disponibilité, les encouragements et le soutien aux résidents sont les qualités que doivent développer les PAB dans leur métier (MSSS, 2020d, p.4). Elles sont membres à part entière de l'équipe soignante interdisciplinaire composée de médecins, d'infirmières et d'infirmières auxiliaires, etc. D'ailleurs, grâce à leur contact régulier avec les résidents, elles détiennent de précieuses informations sur l'état de santé des résidents permettant d'adapter les soins. Elles collaborent avec l'équipe de soins notamment en informant de tout changement en lien avec le comportement ou l'état de santé (physique et mental) des résidents. Elles participent également à la conception du plan de soins infirmiers. Cette proximité des PAB avec les résidents des CHSLD constitue en théorie un atout pour l'équipe de soins (MSSS, 2020d, p.5). Les PAB sont donc des actrices de

premier plan qui assurent la sécurité des usagers dans les CHSLD. Généralement, elles sont les premières à intervenir en situation de chute et sont tenues de rapporter toutes situations de dangerosité ou de maltraitances constatées (MSSS, 2020d, p.5). Par conséquent, du fait du vieillissement de la population du Québec, elles occupent une place importante dans le système de service et de soins des CHSLD. Elles constituent le groupe de professionnelles de la santé le plus important numériquement. Au 31 mars 2019, le Québec dénombrait 41 563 PAB (MSSS, 2020d, p.27).

1.4.2. Caractéristiques, portraits et conditions de travail des PAB

Les PAB sont à l'intersection de plusieurs caractéristiques sociales et économiques qui augmentent leurs risques de vulnérabilité. Environ 20 % sont issues des minorités ethniques (Grenier, 2008), 82 % de l'effectif sont des femmes avec un âge moyen égal à 42,7 ans et la plupart vivent dans une grande précarité financière (Grenier, 2008 ; MSSS, 2020d, p.28). C'est la raison pour laquelle, le terme PAB est féminisé dans ce travail, sauf lorsqu'il s'agit de parler spécifiquement d'un homme exerçant le métier de PAB. La tranche d'âge la plus représentée est celle de 35 - 49 ans (37 %), suivie des 50 ans et plus (34 %). Les moins de 35 ans représentent 29 % de l'effectif. Le pourcentage d'hommes a tendance à augmenter avec l'âge. On a 22 % d'hommes chez les PAB de 50 ans et plus, contre 12 % pour les moins de 35 ans prouvant un désintérêt de la profession par les plus jeunes (MSSS, 2020d, p.28). Cependant, en dépit de leur importance, le nombre de PAB par résidents permettant d'obtenir des services et soins sécuritaires de qualité (ratios sécuritaires) n'est que rarement respecté. Voyer (2013), dans son livre sur les soins infirmiers aux aînés, basé sur sa propre expérience et sur des observations, proposait un ratio de 1 PAB, pour 6 à 7 résidents pour le quart du jour, 10 à 15 résidents pour le quart du soir et 32 à 50 résidents pour le quart de la nuit. Dans la réalité, le ratio de PAB par résident est beaucoup plus élevé, non seulement du fait de l'alourdissement du profil des résidents, mais aussi de la pénurie de main-d'œuvre entraînant une intensification de la charge de travail (Tremblay, 2017, p.56 ; Aubry et Couturier, 2019, p.23-24). De même, les recrutements sont laborieux en raison des conditions de travail difficiles. Seulement 32 % occupent des postes à temps complet, 43 % sont à temps partiel et 25 % à temps occasionnel (MSSS, 2016b). Les salaires sont très faibles et ne couvrent que 5 échelons contrairement aux infirmières ou aux infirmières auxiliaires, qui elles, ont 12 échelons (Aubry et Couturier, 2019, p.29). Le rythme de travail est effréné et les relations entre les PAB et les résidents sont parfois tendues. En outre,

de nombreuses études soulignent le manque de valorisation du métier et leur épuisement au travail caractérisé notamment par la fatigue, les blessures et les maux physiques, les sentiments d'impuissance et de désillusion, la perte d'estime de soi, et le sentiment de mal faire son travail. (Tremblay, 2017, p.52-74).

En conséquence, cette situation génère des difficultés de trois ordres : une faible attraction/rétention des PAB, un fort taux de roulement et une fragilisation de leur santé au travail (Aubry et Couturier, 2019, p.25) augmentant ainsi le taux d'absentéisme dans cette profession (MSSS, 2020d, p.30). Au Québec, on estime que seulement 38 % de nouvelles recrues resteront dans la profession 5 ans après leur intégration. La majorité des PAB démissionnaires auront choisi de devenir infirmières auxiliaires ou cliniciennes (MSSSb, 2016). Pour l'année 2019, environ 19 % des PAB recrutées ont démissionné au cours de la même année (MSSS, 2020d, p.29). D'un autre côté, le taux de roulement qui comptabilise les départs pour l'effectif en poste des PAB demeure élevé (11,2 %) (Aubry et Couturier, 2019). Enfin, les PAB sont la catégorie de professionnels ayant le plus de problèmes de santé au travail en raison des nombreux troubles musculosquelettiques (Bédard, 2016) et des problèmes de santé mentale (Tremblay, 2017). Elles cumulent environ 30 % des lésions du RSSS entraînant un taux élevé d'absentéisme (Bédard, 2012 ; Aubry et al., 2015 ; Tremblay, 2017). D'ailleurs, le ratio d'absentéisme pour l'assurance salaire et les accidents de travail, qui constitue un puissant marqueur des problématiques de santé physique et psychologique des travailleurs, sont plus élevés pour les PAB que pour les autres salariés du RSSS. Au cours de l'année 2018-2019, il était respectivement de 9,4 % et de 4,5 % (MSSS, 2020d, p.30).

1.4.3. Formation générale et formation continue

Le programme général de formation pour obtenir le titre de PAB est le diplôme d'études professionnelles (DEP) en assistance à la personne en établissement. La formation comporte 15 compétences à acquérir sur une durée totale de 870 heures. Elle est offerte dans la majorité des centres de formations professionnelles et des commissions scolaires du Québec. Le DEP en assistance à la personne est décerné par le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (Grenier, 2008). C'est un programme qui vise à développer « des compétences au comportement professionnel et à l'éthique, à la relation d'aide au sein d'une équipe, à la santé mentale, aux troubles cognitifs et aux soins palliatifs » (MSSS, 2012). En sus de cette formation, les PAB doivent suivre également le cours de réanimation cardio-vasculaire et celui de PDSB qui sont offerts par plusieurs

établissements reconnus par le MSSS. Aussi, dans le souci de formation continue et surtout en vue d'intégrer la philosophie de l'approche de vie introduite en 2003, la MSSS a mis en place une formation auprès de l'ensemble des PAB du réseau pour améliorer la qualité de service et de soins. Dans cette approche, les besoins des résidents sont primés au détriment des logiques organisationnelles et professionnelles. Ainsi, dans les CHSLD, la qualité de vie et le bien-être des résidents sont au cœur des préoccupations quotidiennes des intervenants. Pour ce faire, le travail des PAB devrait être centré sur la personne. Les soins et les services donnés doivent être alors globaux, personnalisés, adaptés, positifs, participatifs et interdisciplinaires (MSSS, 2003, p.11-12). Cependant, cela reste un idéal à atteindre et la réalité des milieux de vie indique des situations beaucoup plus complexes. Plusieurs auteurs ont en réalité décrit un rythme effréné caractérisé par une surcharge au travail et de relations tendues entre les PAB et les résidents (Tremblay, 2017).

2. État des connaissances de la COVID-19

2.1. Chronologies des épidémies causées par les coronavirus

La maladie à coronavirus connu sous le nom de COVID-19 a été déclarée par l'OMS comme étant une pandémie mondiale en mars 2020. Il s'agit d'une maladie infectieuse causée par un nouveau virus responsable d'un syndrome sévère respiratoire aigu (*Severe acute respiratory syndrome*), virus de la famille des *coronaviridae*, nommé SRAS-CoV2 (MSSS, 2020a). C'est la 3^e épidémie causée par des virus de la même famille en deux décennies (Gorbalenya et al., 2020). La première épidémie a été causée par le virus respiratoire, dénommé SRAV-CoV-1, apparu la première fois dans la province de *Guangdong* en Chine en novembre 2002. Il a provoqué 8098 cas confirmés dans 26 différents pays, pour près de 800 décès (WHO, 2004). Ensuite, en 2012, le MERS-CoV (*Middle East respiratory syndrome coronavirus*), transmis à l'homme par le dromadaire infecté, avait généré le syndrome respiratoire du Moyen-Orient (WHO, 2020b). En novembre 2019, il entraînait 858 décès, dont 2492 cas répertoriés dans 27 pays du Moyen-Orient, d'Afrique et d'Asie du Sud (WHO, 2019). La troisième épidémie a été provoquée par le SRAS-CoV-2, qui est apparu en décembre 2019 dans la région de Wuhan en Chine. Elle a infecté plus de 21 millions de personnes dans 206 pays, dont plus de 760 000 décès en août 2020 (WHO, 2020a). Le 9 janvier 2020, les autorités chinoises annonçaient au monde la nouvelle infection à coronavirus et les premiers cas aux États-

Unis sont rapportés le 21 janvier 2020, le 24 janvier 2020 en France (WHO, 2020c, en ligne) et en février 2020 au Québec 2020 (MSSS, 2020a). L'augmentation rapide du nombre de cas dans le monde a alors amené l'OMS à déclarer la pandémie mondiale le 11 mars 2020 (WHO, 2020c, en ligne).

2.2. Contagiosité et modes de transmissions de la COVID-19

La contagiosité d'une maladie infectieuse comme la COVID-19 est définie par le taux de reproduction appelé R_0 . Il désigne le nombre de cas émergeant d'une personne infectée dans une population susceptible (Rothman, 2012). Pour le SRAS-CoV 2 concernant le variant originel de Wuhan, il est compris entre 2,0 et 2,5 (WHO, 2020d). Cela veut dire qu'une personne contaminée par le virus de la COVID-19 en contamine en retour entre 2 et 2,5 personnes en moyenne. Au Québec, le taux de reproduction du virus a été estimé entre 1,99 et 2,25 le 15 mars 2020 (INSPQ, 2021, en ligne). La contamination peut se faire par contact direct ou indirect. Le principal mode de contamination se fait par contact direct notamment via les gouttelettes ayant un diamètre entre 5 et 10 μm que projette une personne infectée sur un (1) mètre lorsqu'il parle, tousse ou éternue (WHO, 2020e). Le virus est alors transmis à une tierce personne en contact étroit avec l'hôte infecté par les gouttelettes contaminées quand elles atteignent sa bouche, son nez ou ses yeux (ibid). Indirectement, le virus qui peut vivre pendant de nombreuses heures sur des surfaces inertes souillées par des sécrétions respiratoires et/ou des gouttelettes contaminées, peut se transmettre si une personne touche une surface infectée et porte ses mains à sa bouche, à son nez ou à ses yeux (ibid).

2.3. Symptômes et examens de diagnostics

La plupart des symptômes de la COVID-19 ne sont pas spécifiques à la maladie rendant son diagnostic clinique plus difficile. Le MSSS les divise en trois catégories à savoir, les symptômes généraux (fièvre, anosmie ou perte de l'odorat, agueusie ou perte du goût, courbature et perte d'appétit), les symptômes respiratoires (toux, dyspnée, mal de gorge, écoulement nasal, congestion nasale) et les symptômes gastro-intestinaux (nausée, vomissement, diarrhée ou maux de ventre) (MSSS, 2020e). Face à la difficulté de l'examen clinique, des tests sont disponibles pour diagnostiquer la COVID-19. On a le test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) qui est le principal outil diagnostique pour confirmer l'infection du SRAS-CoV-2. En faisant un prélèvement nasopharyngé, ou un gargarisme, le TAAN permet de dupliquer la séquence de l'acide ribonucléique (ARN) du

virus à partir des acides nucléiques qui ont été prélevés chez le patient. Ce test a une sensibilité et une spécificité élevée, avec un délai de réponses de 24 à 48h (INESSS, 2019). Le second test est le test sérologique utilisé pendant la phase d'infection (INESSS, 2020) qui permet de détecter la présence d'immunoglobulines G (IgG) et d'immunoglobulines M (IgM) produites par l'organisme en réaction à l'infection du SRAS-CoV-2 (Sethuraman et al., 2020).

2.4. Définition d'un cas

Actuellement au Québec, il existe deux définitions de cas confirmés. Les cas confirmés par laboratoire et les cas confirmés par lien épidémiologique. Les premiers correspondent à la détection d'acide nucléique du SRAS-CoV-2 lors du TAAN et chez les patients décédés l'observation de manifestations cliniques compatibles et observées avant le décès et la détection d'acide nucléique du SRAS-CoV-2 (MSSS, 2021b). Les cas confirmés par lien épidémiologiques regroupent les personnes ayant des symptômes cliniques compatibles avec la COVID-19 et ayant une exposition à risque élevé avec un cas confirmé par un laboratoire pendant sa période de contagion sans autre cause apparente. Les cas confirmés par lien épidémiologique représentaient environ 13 % des cas confirmés au Québec en août 2020 (ibid).

3. Le concept d'attraction et de rétention au travail

Plusieurs définitions des concepts d'attraction et de rétention des employés ont été données dans la littérature. Selon Arthur (1996), la rétention est la capacité d'une organisation à pouvoir, identifier, sélectionner, recruter, à pouvoir conserver les ressources humaines qui lui permettent d'atteindre ses objectifs. L'attraction, elle, est une forme d'attirance ou de démarche positive des demandeurs d'emploi à l'égard d'une organisation vue comme un employeur potentiel, contribuant à l'acceptation ou au refus d'un emploi. (Morin, 2009, p.1). Bien que les deux termes soient le plus souvent associés et corrélés, ils rapportent des expériences différentes. Le vocable de rétention concerne les personnes déjà à l'emploi et décrit l'intention d'un employé de rester ou non en poste dans son emploi actuel (Barber et Bretz, 2000 ; Cotton et Tuttle, 1986), alors que l'attraction est la capacité pour une organisation d'attirer de nouveaux employés. Plusieurs cadres de références sont utilisés pour mesurer les facteurs de rétention chez les professionnels de la santé.

3.1. La satisfaction et l'insatisfaction au travail

La satisfaction et l'insatisfaction au travail ont été fortement corrélées à l'intention de rester ou de quitter un emploi, notamment chez les TdS. En mesurant donc la satisfaction au travail, de nombreuses études en ont fait un puissant prédicteur de l'intention de rester en emploi. Cependant, le principal enjeu de ces études est la conceptualisation de la satisfaction au travail. Certaines études mesurent la satisfaction au travail comme un simple facteur alors que d'autres en font une composante à multiples facteurs, qui reflète divers aspects au travail. La théorie de Herzberg et al. (1959) est souvent utilisée pour mesurer les facteurs qui influencent la satisfaction. Cette théorie distingue ainsi deux types de facteurs influençant la satisfaction et l'insatisfaction au travail : les facteurs d'hygiène et les facteurs moteurs. Les premiers encore appelés facteurs d'ambiance relèvent du cadre ou de l'environnement de travail et déterminent le degré d'insatisfaction professionnelle des employés. Leur amélioration tout en empêchant l'insatisfaction ne conduit pas nécessairement à la satisfaction au travail. Ces facteurs incluent la politique de l'entreprise, les salaires et les primes, les conditions de travail, les relations avec les pairs et les subordonnés. Les facteurs moteurs, quant à eux, relèvent de la nature même du travail fait par les employés. Leur absence entraîne une absence de satisfaction au travail et leur amélioration entraîne la satisfaction au travail. Ce sont la réalisation de soi, la reconnaissance et la valorisation du métier, le travail en lui-même, les opportunités d'avancement et l'épanouissement des employés. La théorie bifactorielle de Herzberg a été largement utilisée pour évaluer la satisfaction au travail de travailleur de la santé (Best & Thurston, 2004 ; Kacel et al., 2005 ; Rambur, McIntosh, Palumbo, & Reinier, 2005 ; Hegney et al., 2006 ; Lephalala, 2006 ; Russell & Gelder, 2008 ; Mitchell, 2009 ; Jones, 2011 ; Mc Glynn et al., 2012).

3.2. Cadre théorique de Tourangeau et al. (2010)

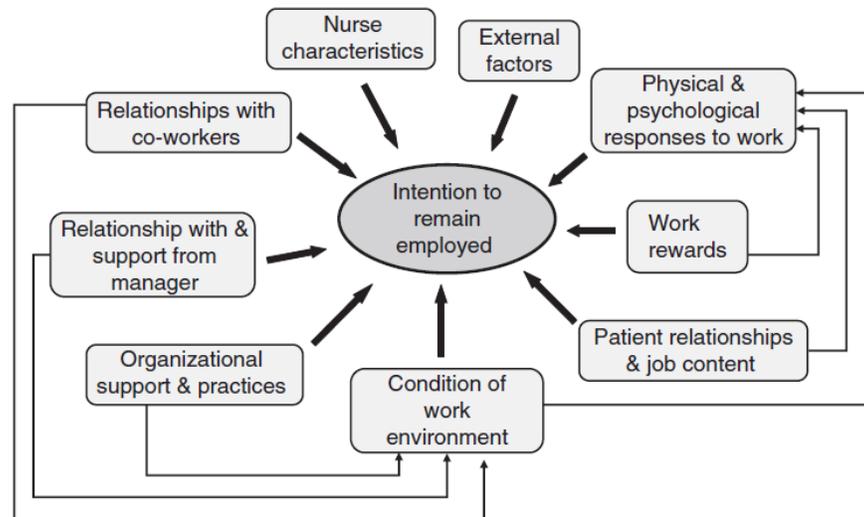
Ce cadre a été utilisé afin de mieux comprendre le phénomène de rétention chez des infirmières et des TdS de façon plus générale. Il s'intéresse à 9 catégories thématiques qui reflètent les déterminants de l'intention de rester à l'emploi des employés. Ce sont :

- (1) Les relations avec les collègues de travail qui se définissent comme étant la qualité et la nature des relations entre les collègues de travail.

- (2) Les conditions de l'environnement de travail qui se caractérisent par la quantité et la qualité des ressources humaines et matérielles nécessaires pour donner des soins sécuritaires aux patients.
- (3) La relation et le soutien du gestionnaire qui se définissent, comme les relations qu'entretiennent les employés non seulement avec leur gestionnaire immédiat, mais aussi la perception sur les aptitudes, les compétences et les intentions de leur gestionnaire.
- (4) La reconnaissance au travail qui inclut plusieurs facteurs tels que le salaire, les récompenses, les bénéfices et la valorisation du métier.
- (5) Le soutien organisationnel et les pratiques organisationnelles qui représentent les mesures qu'un employeur met en place pour soutenir les employés comme la possibilité pour ceux-ci d'accéder, aux formations continues, à une orientation adéquate, et à avoir des horaires de travail flexible, etc.
- (6) Les réponses physiques et psychologiques au travail représentent la perception qu'ont les employés sur leur travail et l'impact de celui-ci sur leur vie.
- (7) Les relations avec les patients qui définissent la qualité de la relation entre les TdS et les patients et leurs familles. La qualité de cette relation conditionne la satisfaction au travail des TdS.
- (8) Les caractéristiques personnelles qui peuvent être l'âge, le sexe, l'état civil, l'ancienneté, etc. du TdS.
- (9) Les facteurs externes qui sont considérés comme des facteurs pouvant influencer la décision de quitter l'emploi sur lesquels les établissements ou les gestionnaires n'ont pas de contrôle.

Figure 1 : Modèle sur les déterminants de l'intention de rester

Source : Tourangeau et al. (2010, p. 28).



3.3. Les hôpitaux magnétiques

Les premiers hôpitaux magnétiques apparaissent aux États-Unis dans les années 1980s. Ils sont nommés ainsi, en raison de leur capacité à attirer et à conserver les infirmières dans le système de soins de l'hôpital. Ces attributs permettent de mesurer la satisfaction au travail des infirmières, notamment, grâce à huit (8) conditions essentielles soit : l'autonomie professionnelle, le soutien fourni, la bonne collaboration entre médecins et infirmières, la valorisation professionnelle, le leadership infirmier, les relations positives avec les patients, un ratio de personnel adéquat, un accent client et l'importance dans la qualité des soins (Brunelle, 2009).

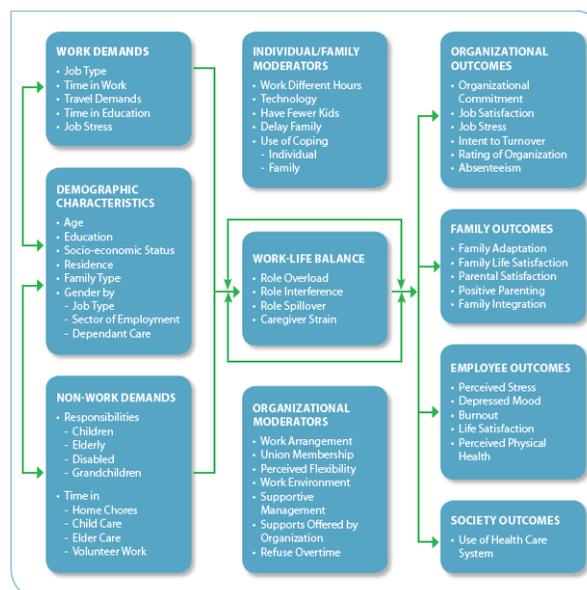
3.4. Les théories de conciliation emploi-familles

Il existe plusieurs théories parlant du même concept sous différentes appellations : conciliation travail-famille, articulation emploi-famille, harmonisation, vie professionnelle-vie personnelle ou encore conciliation emploi-famille-vie personnelle. L'utilisation du terme conciliation suppose un conflit réel ou potentiel entre l'emploi (environnement du travail, caractéristique de l'emploi, degré d'autonomie dans le travail) et la famille (St Onge et al., 1994 ; Tremblay, 2005). Au cœur des théories de la conciliation emploi-famille-vie personnelle existe l'idée que le temps, l'énergie et la concentration sont des ressources

limitées. En consacrant donc plus de ressources à un domaine plutôt qu'à un autre, cela pourrait créer des conflits.

Plusieurs modèles existent et paraissent pertinents et complémentaires pour identifier les facteurs qui contribuent à l'articulation emploi-famille-vie personnelle. Le premier modèle est celui de Tremblay (2005, p.171) qui identifie plusieurs variables permettant de comprendre les difficultés de l'articulation emploi-famille-vie personnelle. Ce sont les facteurs liés à l'emploi et à l'environnement de travail, les facteurs liés aux employés, et ceux liés à la famille. L'autre modèle qui permet de comprendre les trois formes de conflits présents dans la conciliation emploi-famille-vie personnelle est proposé par Duxbury et Higgins (1991). Il s'agit du conflit du temps, du conflit de tension et du conflit du comportement. Le premier est dû à la surcharge temporelle en raison des multiples rôles d'un employé et le second conflit provient d'une tension vécue dans un rôle, à savoir celui d'un parent ou d'un employé. Le dernier conflit survient lorsqu'un comportement lié à un rôle est incompatible avec un comportement attendu dans un autre rôle (Tremblay, 2005, p.170). Ce modèle tend à mettre en évidence les liens existants entre les facteurs contextuels (caractéristique du travail, caractéristiques démographiques, exigences professionnelles et non professionnelles), des modérateurs spécifiques (individuels, familiaux) et des résultats organisationnels, familiaux, professionnels et sociétaux (Duxbury et Higgins, 2003).

Figure 2 : Modèle de conciliation travail-famille (Duxbury et Higgins, 2003, cité par Aubry et Couturier, 2019, p.14)



4. Objectifs et questions de recherche

Les questions de recherche prioritaires à l'étude sont :

- 1) Les PAB ont-elles éprouvé des difficultés ou des réticences à poursuivre leur travail à l'approche de la crise de morbidité et de mortalité dans les CHSLD à Montréal en mars 2020 ? Si oui, lesquelles ?
- 2) Quels facteurs ont influencé le processus décisionnel concernant leur maintien (ou non) au travail ?

Dans l'hypothèse où les PAB ont dû faire face à un enjeu décisionnel concernant leur maintien (ou non) au travail, l'étude poursuit également une question de recherche secondaire :

- 3) Est-ce que la perception des PAB à l'égard des difficultés ou des réticences à poursuivre le travail a évolué depuis le début de la crise ?

Chapitre 3 — Méthodologie

1. Devis et critères de scientificité

Nous avons opté pour une recherche qualitative descriptive. L'étude partant du point de vue des PAB a permis de reconstituer leur processus décisionnel au fil des mois de crise et surtout a permis de comprendre les raisons qui expliquent le choix de leur maintien (ou non) au travail durant la période de l'étude (23 février au 11 juillet 2020). L'étude a été conduite avec des critères de scientificité rigoureux : triangulation des sources de données, 3 analystes interjuges (étudiant chercheur, superviseur et co-superviseur), résultats préliminaires envoyés aux personnes interrogées pour validation des interprétations et bonne contextualisation du cadre de l'étude.

2. Cadre théorique

Dans la littérature, plusieurs cadres théoriques ont été définis pour essayer de comprendre la problématique de la rétention des employés. Dans notre étude, nous avons associé deux cadres théoriques, celui de Tourangeau et al. (2010) et celui de Duxbury et Higgins (2003) concernant l'articulation emploi-famille-vie personnelle. Le premier a été utilisé pour mesurer les facteurs de rétention d'infirmières et le second reflète, d'une part, les problèmes identifiés dans la réalisation des activités en lien avec la responsabilité familiale et personnelle, et d'autre part la responsabilité professionnelle, au même titre que toutes les stratégies développées pour gérer ces difficultés. Ces deux cadres théoriques nous ont permis de construire un guide d'entrevue qui a facilité le développement de la réponse à la question de recherche tout en prenant soin d'être sensible à l'émergence de nouvelles thématiques spécifiques à notre étude (Glaser et Strauss, 2010).

3. Collectes de données

L'étude a nécessité la conduite d'entrevues individuelles semi-dirigées approfondies réalisées dans une perspective constructive et pour une finalité critique (Gaudet et Robert, 2018). Notre étude a permis donc de donner la parole à des PAB invisibles dans le système de soins des CHSLD, pour *in fine*, non seulement, améliorer leurs conditions de travail, mais aussi pour améliorer les politiques de rétention (Patton, 2002).

Les entrevues ont été réalisées entre octobre et décembre 2021 auprès d'un échantillon raisonné de PAB, soit 11 participantes. La méthode de boule de neige a été choisie pour procéder au recrutement. Ce recrutement a été facilité par l'immersion de l'étudiant chercheur au printemps 2020 dans un CHSLD de Montréal. Cette expérience dans un CHSLD a été doublement utile. D'une part, elle a permis d'établir un réseau de contacts parmi les PAB, qui a été mis à contribution pour la première série de recrutement, à partir duquel, a ensuite découlé la séquence « par boule de neige ». D'autre part, cette expérience a permis d'établir un lien de confiance avec les PAB, ce qui a contribué à créer un espace sécuritaire pour leur participation entraînant un « regard d'en bas », plutôt qu'une perspective détachée du sujet de recherche. Cela a permis entre autres de trouver des thèmes fortement liés aux données recueillies (Braun et Clarke, 2006, p.83).

Les participantes ont été sélectionnées parmi les PAB qui étaient à l'emploi dans un CHSLD (public ou privé subventionné) situé sur l'île de Montréal pendant la première vague de la crise de la COVID-19, soit du 23 février au 11 juillet 2020. Trois (3) catégories de PAB ont été mobilisées pour cette étude : celles qui sont restées en poste (8 PAB), celles ayant connu un retrait temporaire de maximum 6 mois (1 PAB) et celles ayant connu un retrait définitif (2 PAB). Dans notre étude, le retrait a été défini sur une base volontaire et conjoncturelle (non planifiée). Les fins de contrat non renouvelées et les isolements justifiés par avis médical, par exemple, n'ont pas été considérés comme des retraits.

4. Les personnes visées ont été contactées dans un premier temps par téléphone pour présenter l'étude, sonder l'intérêt à y participer, et donner un temps de réflexion au besoin. Lors d'un second entretien, une entrevue semi-dirigée d'environ 30-45 minutes a été réalisée à l'aide d'un guide d'entrevues (Annexe 1) établi pour creuser les thèmes spécifiques à l'étude tout en restant ouvert à la découverte de nouveaux thèmes émergents (Glaser et Strauss, 2010). Les thèmes préétablis retenus après examen de cadre d'analyse à l'étude étaient : la rétention des employés, la résilience du système de soins de santé en temps de crise, et les enjeux éthiques afférents au processus décisionnel. Sur approbation des participantes, les entrevues ont été enregistrées sous format numérique, avant d'être retranscrites.

5. Analyses

Le processus analytique a commencé dès la première entrevue, afin de permettre une rétroaction entre la collecte et l'analyse des données. Une transcription mot à mot a ensuite été faite pour obtenir un verbatim et une analyse thématique a été réalisée en suivant les six (6) étapes définies par Braun & Clarke (2006) qui sont : 1) se familiariser avec les données ; 2) Générer des codes initiaux ; 3) Chercher les thèmes dans les codes ; 4) Revisiter les thèmes ; 5) définir les thèmes ; et enfin 6) produire un rapport. La codification intégrée (codes descriptifs, codes de processus, codes émotifs et code Nvivo) a été faite selon la technique proposée par Saldana (2013) à l'aide du logiciel Nvivo (Bujold, 2017). Pour ce faire, dans un premier temps, nous nous sommes familiarisés avec les données en écoutant attentivement les audios et en lisant activement les verbatim, afin de proposer une première codification manuelle. Par la suite, en passant au logiciel Nvivo, une codification active de tous les extraits pertinents des verbatim a été faite, ensuite, nous avons procédé au deuxième cycle de codification en définissant les codes obtenus. Ces derniers ont permis de dessiner une carte thématique, qui a pour but d'organiser les codes visuellement, de trouver une relation entre eux et de faire une première tentative de création de thèmes. Ultérieurement, les thèmes créés ont été revisités, fusionnés ou éclatés au besoin. L'organisation de ces thèmes dans un récit cohérent, nous a permis d'écrire un rapport dans une écriture concise, logique qui raconte une histoire dont les thèmes sont une réponse à la question de recherche.

6. Considérations éthiques

La conduite des entrevues a été réalisée par l'étudiant-chercheur, dans le cadre du mémoire de maîtrise, avec un encadrement et un accompagnement étroit de la part de deux superviseurs, tous professeurs à l'École de santé publique de l'Université de Montréal.

Cette étude a été soumise pour approbation auprès du comité d'éthique de la recherche en sciences de la santé (CERSES) avec toute la documentation nécessaire, y compris les instruments de collecte de données, les formulaires de consentement et le plan de réduction des risques pour les participantes. Le protocole d'étude a été validé sous le numéro 2021-1238. Toutes les participantes ont fourni un consentement libre et éclairé ; oralement ou par écrit avant de pouvoir participer à cette étude. Nos enregistrements

audio ne contenaient ni le nom de la participante ni le nom du CHSLD où elle était à l'emploi lors de la crise.

La participation à cette étude était volontaire et non rémunérée. Le formulaire de consentement éclairé a d'abord été envoyé et lu à chaque participante ; certaines avaient des questions sur celui-ci et d'autres non. Aussi, il a été souvent nécessaire de donner un temps de réflexion supplémentaire, si demandé par la participante. Nous avons également expressément mentionné aux participantes la possibilité de retirer leur consentement à tout moment, de répondre ou non à certaines questions particulières, ou d'arrêter l'entrevue tout simplement. Les participantes étaient toutes des adultes capables de s'exprimer en français. Aucune des PAB interrogées ne s'est sentie mal à l'aise pour répondre à certaines questions et aucune n'a présenté une fragilité psychologique face à nos questions. Le seul désagrément vécu par les PAB au cours de notre étude a pu être le temps consacré à l'étude (30-45 minutes à la complétion de l'entrevue). Il n'y avait pas non plus de compensation financière individuelle pour la complétion de l'étude. Cependant, les entrevues ont probablement eu un effet cathartique chez certaines de nos participantes.

La question de recherche est d'une grande importance pour la santé publique et pour le système de santé, ainsi de nombreuses mesures strictes ont été prises pour limiter au maximum les risques encourus par les participantes. De même, toutes les mesures prises pour garantir la confidentialité des entrevues ont été expliquées aux participantes. Celles-ci impliquaient :

- a. Une prise de contact direct entre l'étudiant-chercheur et la participante.
- b. Aucun organisme ou représentant d'organisme duquel relève les PAB interrogées n'a été impliqué dans cette étude : CHSLD, CIUSSS ou autres gestionnaires.
- c. Le format audio des entrevues a été enregistré directement sur un enregistreur numérique et protégé par un code d'accès. À aucun moment, les entrevues numérisées n'ont été téléversées sur un nuage numérique (« cloud »).
- d. Les entrevues ont été retranscrites et un numéro d'identifiant unique leur était attribué. Une fois les retranscriptions terminées et validées, les fichiers audio ont été supprimés définitivement.
- e. Une seconde lecture a été faite afin de s'assurer que la confidentialité (nom, adresse ou CHSLD) des participantes n'a pas été compromise ; dans le cas contraire, ces informations étaient supprimées des retranscriptions. L'identité de chaque participante

a ainsi été remplacée par un nom fictif et les fichiers (retranscriptions et clé d'assignation) seront conservés dans un disque dur pour une durée de 7 ans après la publication des résultats de l'étude (CÉRÈS, et al., 2014, p.13).

7. Transfert de connaissances et échéancier prévisionnel.

Les résultats obtenus dans ce travail seront disséminés sous diverses formes : présentation lors des journées annuelles de santé publique, publication d'un article scientifique (revue envisagée : *Canadian Journal of Public Health*) et diffusion d'une note de politique destinées aux gestionnaires et décideurs du réseau de la santé.

8. Réflexivité

8.1. Expérience personnelle en CHSLD

Au printemps 2020, pendant le pic de la mortalité de la COVID-19 dans les CHSLD de Montréal, pour pallier la pénurie de la main-d'œuvre, le Gouvernement du Québec a lancé la plateforme « Je contribue » dans laquelle il invitait toutes personnes de bonne volonté ayant des connaissances en santé ou non, à s'inscrire pour donner main-forte dans les CHSLD du Québec. Cet appel faisait suite à la forte pénurie des aides de services et des PAB qui étaient amplifiés par l'absentéisme du fait des contaminations dans le personnel de santé. En tant que pharmacie, étudiant en santé publique, j'ai donc travaillé en tant qu'aide de service dans un CHSLD dans la région de l'île de Montréal. Cette expérience au contact des personnes âgées fragilisées par la pandémie et des TdS, est de mon point de vue le point de départ de la réflexion sur cette étude. De nombreux récits, maintes conversations informelles et plusieurs anecdotes dans les zones chaudes pourraient ainsi avoir façonné la méthodologie et la conduite de cette étude.

Aussi, en tant, qu'immigré originaire de la République du Bénin (Afrique de l'Ouest), j'ai découvert l'univers des CHSLD, qui m'était jusqu'alors inconnu. Il faut dire que généralement en Afrique, les personnes âgées sont gardées par leurs familles et il incombe à chaque enfant de veiller sur ses propres parents. Découvrir alors cette réalité que j'avais du mal à imaginer et/ou à concevoir dans mon esprit a été un double choc pour moi. Un choc d'abord émotionnel, car je m'imaginais moi-même physiquement diminué dans un CHSLD dans quelques années (le plus tard possible), mais également un choc moral devant l'impuissance des TdS face à une situation qui sentait le soufre et

que personne ne semblait pouvoir maîtriser. J'ai tout de suite alors remarqué que les CHSLD étaient caractérisés par une mauvaise organisation, et chaque jour, des décisions complexes sont prises dans des conditions difficiles, par les employés des CHSLD. Entre les odeurs des repas, les cris de certains résidents qui réclament ou qui résistent aux soins, et les cloches qui hurlent dans tous les sens, tous les éléments sont mis en ensemble pour désorienter une personne arrivant la première fois dans un CHSLD. Dans un rythme effréné, partagé entre la gestion des familles et leurs tâches quotidiennes ne leur donnant que peu de repos, j'ai découvert un groupe de TdS totalement dévoué et abnéguant que sont les PAB. J'ai alors commencé par m'intéresser aux conditions de travail des PAB, à leur vie personnelle, aux trajectoires professionnelles, et nouer des relations amicales avec certaines d'entre elles. Certaines PAB sont alors devenues des amies avec qui j'ai partagé les réalités du quotidien, le stress des contaminations, le stress des tests de dépistages hebdomadaires, et nous avons souvent côtoyé la mort des résidents. Dès lors, à la recherche d'un thème de mémoire, je n'ai absolument eu aucune hésitation à l'orienter vers ces professionnelles et cette période.

Cette présence et cette connaissance des milieux interrogés de l'intérieur ont pu influencer le déroulement de cette recherche parce qu'elles auraient pu orienter certaines questions et surtout me pousser à insister sur des faits que j'aurais moi-même observé (ou non) pour avoir leur confirmation ou leur infirmation.

8.2. Orientations méthodologiques

La rédaction de ce mémoire a posé quelques difficultés, notamment au niveau méthodologique. Dans un premier temps, il nous a été difficile de fixer le cadre de l'étude. Nous avons alors débuté en tenant compte des difficultés familiales, organisationnelles et administratives connues des PAB, couramment rencontrées dans la littérature. Ensuite, nous avons utilisé la théorie bifactorielle de Herzberg et al. (1959) qui est souvent choisie pour mesurer la satisfaction au travail des TdS en distinguant deux types de facteurs : ceux influençant la satisfaction (les facteurs moteurs) et ceux impactant l'insatisfaction au travail (les facteurs d'hygiène). L'utilisation de ce cadre théorique posait le problème rencontré dans de nombreuses études mesurant la satisfaction au travail, notamment la représentation de celle-ci. Est-ce que nous considérons la satisfaction au travail comme un simple facteur ou alors comme une composante complexe à facteurs multiples qui reflète divers aspects du travail des PAB ? De plus, nos questions de recherche n'étaient

pas spécifiquement orientées vers la satisfaction au travail, mais vers les difficultés impactant la rétention au travail au cours de la crise de la COVID-19 dans les CHSLD.

Aussi, dans la conceptualisation de notre étude, il était également prévu, dans nos critères d'inclusion, l'expression en langue française, permettant d'écarter les PAB ne s'exprimant pas en français, en raison des barrières d'interprétation pouvant exister, du caractère confidentiel de nos données et aussi afin de faciliter les transcriptions des verbatim. Nous avons alors exclu des personnes désirant participer à l'étude et ne pouvant s'exprimer couramment en français, nous privant, sans nul doute, d'une partie potentiellement riche de données.

Enfin, comme dans la plupart des études qualitatives, nous avons créé dans un premier temps un dictionnaire de codification (annexe 5) de façon déductive en tenant compte de notre cadre théorique et des précédentes études réalisées sur les difficultés des PAB. Cependant, très vite au fil des codifications, il est paru évident que notre dictionnaire de codification devenait obsolète, car de nouveaux codes et thèmes se formaient de façon inductive. Nous avons ainsi analysé les verbatim au fur et à mesure afin d'ajuster les entrevues aux nouveaux thèmes qui se créaient

Chapitre 4 — Résultats

RÉSULTATS

Plusieurs thèmes ont été identifiés après l'analyse de nos données nous permettant de répondre à notre question de recherche.

1. Caractéristiques sociodémographiques des participants

Les données sociodémographiques des PAB ont été recueillies au même moment que les entrevues semi-dirigées. La moyenne d'âge des PAB ayant participé à l'étude est de 41 ans, dont huit (8) femmes et trois (3) hommes. La majorité des PAB (n=7) détenaient un diplôme d'études universitaires ; les quatre (4) autres avaient un diplôme d'études secondaires. La moyenne du nombre d'enfants par PAB est de trois (3) et la plupart étaient mariées (n = 8). Un grand nombre détenaient un poste permanent (n=9) au cours de la crise et seulement deux (2) personnes avaient un poste temporaire sur appel. Trois (3) PAB sur onze (11) s'étaient retirée du travail, dont une (n=1) de façon temporaire et deux (2) de façon définitive. Parmi les huit (8) personnes qui étaient encore en poste au moment de notre entrevue, trois (3) préposées planifiaient un retrait définitif dans les mois à venir. Le tableau 1 résume les caractéristiques sociodémographiques des PAB.

Tableau 1 : Données sociodémographiques des PAB interrogées

Variables	n (ou moyenne)
Âge	41
Femme	8 (73 %)
Plus haut diplôme obtenu	
Secondaire	n = 4
Universitaire	n = 7
Statut d'emploi au moment de la crise	
Temps plein	n = 9
Temps partiel, sur appel	n = 2
Statut matrimonial	
Mariée	n = 8
Divorcée	n = 2
Célibataire	n = 1
Statut de résidence	
Citoyens canadiens	n = 3
Résidents permanents	n = 4

Travailleurs temporaires	n = 2
Demandeur d'asile	n = 1
Refuse de répondre	n = 1
Nombre moyen d'enfants	~ 3

2. Les motivations initiales à être PAB

Au cours de l'analyse de nos données, nous avons relevé que l'attitude des PAB pendant la crise de la COVID-19 était fortement liée à la nature des motivations à l'origine de l'engagement dans ce métier. Les motivations initiales ont alors été catégorisées en trois (3) groupes : métier de transition, métier exercé par amour/altruisme et parfois un mix des deux.

2.1. Métier de transition

Quatre (4) PAB sur onze (11) considéraient le métier comme un tremplin pour accéder à d'autres métiers plus valorisants et plus gratifiants. En d'autres termes, ils sont devenus PAB avec l'intention de changer de métier à la première occasion favorable. Trois situations ont alors émergé au cours de notre analyse expliquant les raisons de ce type de choix : (i) le métier de PAB était le plus accessible selon la trajectoire personnelle/professionnelle ; (ii) certaines exerçaient le métier de PAB le temps d'obtenir un diplôme/équivalence délivré par le Québec ou enfin ; (iii) une conciliation emploi-études.

Dans la première situation, il était question de différents types de professionnels, comptable, gestionnaires financiers, qui, formés à l'extérieur du Canada, éprouvaient des difficultés d'intégration sur le marché du travail au Québec où l'expérience et les diplômes acquis à l'étranger ne sont toujours pas reconnus. En conséquence, le métier de PAB était perçu comme un métier de transition, comme une opportunité de gagner sa vie en attendant de trouver un meilleur poste correspondant à son parcours d'origine.

« Au Québec, tout est confus. Il y a des gens qui sont PAB, mais qui ont, mais qui ont un bagage que les autres ne savent même pas. Mais c'est juste que parfois... avec la conjoncture et parfois arrivée ici... c'est dur de rentrer dans ton domaine, donc tu es obligé de faire quelque chose, tu es obligé de faire autre chose et continuer dans, et continuer à étudier dans ton domaine. Bon, quand tu réussis, tu finis tes études dans l'autre domaine, tu peux embrasser ton domaine. C'est pour ça qu'il y a des gens qui vont venir après bon, ils vont travailler 1 an comme PAB, après ils ne sont plus là. Un peu comme, comme ils

sont là juste pour se créer un passage et dès qu'ils ont obtenu ce qu'ils veulent, ils quittent ». **Nadège**¹.

Dans la seconde situation, il s'agit des professionnelles de la santé (infirmier, biologiste, aide-soignante) formées également à l'extérieur du Canada, qui éprouvaient des difficultés d'intégration du système de santé du Québec. Le métier de PAB était alors perçu comme une occasion permettant de découvrir très rapidement le système de santé du Québec de l'intérieur sans devoir attendre de passer les équivalences demandées par les différents ordres de métier, mais toujours dans une perspective temporaire.

« En arrivant au Canada, c'était le seul métier que je pourrais faire pour m'en sortir et donc j'ai eu l'occasion de m'intégrer dans ce métier au Québec. J'étais infirmier de bloc opératoire depuis quelque 9 ans à peu près. Donc, après cela, en arrivant ici, c'est difficile de s'intégrer, il faut passer par l'ordre, il faut faire des équivalences, en attendant tout ça, donc c'était une opportunité de s'intégrer, de travailler... comme PAB... Oui, oui comme une opportunité pour découvrir le métier de soins au Québec... je ne peux pas travailler ici sans passer par l'ordre des infirmiers, donc c'était une porte pour débiter, s'intégrer, c'était une façon d'intégration dans le système de soins du Québec » **Khamal**.

Enfin, la troisième situation correspond à la conciliation emploi-études et concernait les étudiants qui deviennent PAB au cours de leurs études pour diverses raisons. Le métier était alors considéré comme un travail temporaire, un boulot d'étudiant, le temps d'obtenir de « vrais diplômes ».

« En fait j'étudie en soins infirmiers... je voulais être préposée... parce que je voulais plus être dans le métier, être plus dans les soins, plus apprendre, c'est tout cela qui a motivé ». **Ashley**.

2.2. L'amour du métier de PAB

Cette catégorie de PAB a montré un attachement affectif au métier au cours de nos entrevues traduisant une démarche et une volonté d'exercer le métier comme étant une finalité. Bien que les raisons d'engagement soient variables d'une préposée à une autre, elles se ramènent à leur amour du contact avec les personnes vulnérables et au sentiment d'être utile à la société.

« Quand que, mon mari, mon ex-mari m'a dit qu'il me quittait, et puis que moi je travaillais à la garderie, j'ai suivi les cours pour devenir PAB. J'aime la population, j'aime me décrire avec des personnes ben, qui ont des défis. Moi j'aime les défis dans ma vie, fake,

¹ Ce prénom comme tous les prénoms cités sont fictifs. Les vrais prénoms des participantes ont été remplacés pour des raisons de confidentialité.

j'ai travaillé avec des enfants difficiles, fake, puis les personnes âgées, c'est la même chose. On donne notre temps puis on... j'adore mon métier. » Stéphanie.

L'autre raison évoquée par d'autres PAB est la perception qu'exercer le métier est une forme de gratitude vis-à-vis de la société du Québec. Travailler comme PAB serait alors une forme de reconnaissance vis-à-vis du Québec, qui leur permet, par ailleurs, de combler leurs besoins fondamentaux tout en leur donnant une satisfaction morale. Dans le discours d'un PAB, on note cependant une ambivalence entre l'amour du métier et la volonté d'exercer le métier pour subvenir à ses besoins fondamentaux.

« Donc j'ai un objectif double, d'abord, ça me permet... d'avoir quelque chose à mettre sous la dent et puis ça me renforce moralement. Moi je suis à l'aise quand je sais que je suis utile pour la société. Je me sens, euh, amplement utile pour la société québécoise qui m'a accueilli. Est-ce que moi je suis vraiment utile pour la société ? Est-ce que j'ai un apport que j'apporte à la société ? Est-ce que j'aide de mon prochain ? Est-ce que je suis sensible à la peine qu'ils endurent ? Tu vois, ce sont ces questions-là que tu te poses pour aller directement dans ce genre de métier » Elba, PAB.

Ici, le métier de PAB n'est pas alors perçu comme un passage vers une autre profession, mais comme une finalité. Toutefois, les deux perspectives ne semblent pas hermétiques. Autrement dit, certaines PAB ont estimé aimer profondément le métier, l'avoir choisi pour y faire carrière, tout en attendant le moment favorable pour changer de profession.

« Moi je suis rentré dans le travail par amour... En tout cas moi, je souhaiterais en tout cas faire carrière en tant que PAB, peut être que si j'ai l'occasion de faire le métier d'infirmière auxiliaire [...]. Je pense à faire carrière là-dessus » Baptiste.

2.3. Relation entre la motivation initiale et la décision de rester

Trois (3) des quatre (4) PAB qui considéraient le métier comme une transition à leur carrière sont restées en poste au cours de la crise de la COVID-19. La volonté de rester en poste chez celles qui considéraient le métier de PAB comme une transition semble influencée par des facteurs externes au métier. Ces préposées ont présenté un faible degré d'investissement professionnel caractérisé par une dénégation, un repli sur soi et une baisse des efforts. Une préposée avoue ne pas se sentir concernée par les faibles salaires, et par les conditions de travail pénible du métier qu'elle considère comme transitoires. En revanche, rester en poste lui a permis de subvenir à ses besoins et à ceux de sa famille le temps d'embrasser sa nouvelle carrière correspondant à ses aspirations. En choisissant ses indignations, et ses combats, elle se focalise sur ses objectifs professionnels en endurent les désagréments du métier de PAB, tout en plaignant ceux qui souhaitent y faire carrière.

« *Moi je regrette pour ceux qui veulent vraiment faire carrière dedans. Il y a ceux qui ont commencé à faire PAB peut-être quand ça touchait, quand le salaire était à 12 dollars et qui y sont encore aujourd'hui. Moi, je regrette pour eux. Oui, moi je regrette pour eux. (Moi), j'ai mes objectifs personnels. Je travaille pour moi (parce que) je dois prendre soin de moi, je dois prendre soin de ma famille et j'ai mes objectifs à atteindre. Oui, je vais continuer à travailler en tant que PAB, jusqu'à ce que j'embrasse carrément mon autre domaine. Voilà, c'est tout... » Nadège.*

3. Intention de quitter l'emploi de PAB.

L'intention de quitter est définie comme la planification qu'aurait une PAB de quitter son emploi de façon temporaire ou définitive. Selon les résultats de notre étude, l'intention de quitter l'emploi des PAB a été influencée par 1) le cercle vicieux du bris de service, 2) l'environnement de travail caractérisé par une modification des conditions de travail, des enjeux éthiques, mais aussi par un manque de reconnaissance du métier, et 3) des problèmes de conciliation emploi-famille-vie personnelle.

3.1. Cercle vicieux du bris de service

Notre analyse a permis de mettre en lumière des facteurs individuels et structurels qui s'autoalimentent dans un cercle vicieux et qui augmentent le souhait des PAB de quitter le métier tout en accentuant la pénurie de main-d'œuvre. Dans certaines conditions, et sous l'influence d'éléments déclencheurs, cette intention se concrétise et entraîne leur retrait.

3.1.1. Surexploitation des PAB

Ce sous-thème représente la conséquence entre le déséquilibre de la charge de travail et les ressources disponibles pour assurer des soins de qualité et sécuritaires dans les résidences pour aînés. En contexte pandémique, et devant l'ampleur des contagions, les PAB ont toutes décrit une surcharge de travail dans un contexte marqué par une pénurie de main-d'œuvre préexistante. Leur surexploitation est alors caractérisée par deux paramètres : (i) l'imposition des horaires double et (ii) l'imposition des TSO. L'horaire double est un calque morphologique de l'anglais « *double time* » qui renvoie à une majoration de 100 % du temps de travail effectué par l'employé. Les horaires doubles sont généralement imposés aux PAB, lorsque le remplaçant ou celui qui doit prendre le quart d'heure suivant ne se présente pas au travail. Le PAB du quart précédent est en conséquence prié d'assurer le quart suivant correspondant alors en fin de journée à deux quarts de travail. Les préposés aux bénéficiaires interrogées attribuent principalement

cette situation non seulement à la contamination de certains de leurs collègues, au refus d'autres collègues de travailler dans les zones rouges, au retrait volontaire de certains autres du travail, mais aussi au contexte pandémique ayant accru la pénurie de main-d'œuvre.

« Tu ne peux pas quitter l'unité sans que tu aies quelqu'un pour te remplacer. Et il y'a peut-être un préposé qui tombe malade ou qui a des symptômes, à qui on exigeait de rester à la maison, ou qui refusent de rentrer, donc tu devrais rester là, il n'y avait pas à faire, bon tu étais coincé. Et tu avais l'obligation d'y rester parce que c'est ça le principe, c'est ça le règlement... on vous dit que vous devez faire un double, vous comprenez ce que c'est en double ? Donc tu travailles le jour et tu travailles le soir, donc ça change complètement là » **Elba.**

D'autres montraient plutôt leur mécontentement sur l'obligation qui leur avait été faite de passer du travail à mi-temps au travail à temps plein. Ces changements des conditions de travail ont en effet été imposés par le Gouvernement du Québec aux employés du RSSS par les Arrêtés 2020-007 et 2020-008, donnant au MSSS et aux gestionnaires des établissements des capacités supplémentaires pour assurer la disponibilité du personnel : annulation des congés, relèvement des contrats de temps partiel à temps plein, déplacement des employés selon les besoins, etc.

« Ils nous obligeaient à faire des 10/15. Moi j'ai toujours travaillé 7/15 pour passer du temps, pour passer plus de temps avec ma famille. Oui, ils nous ont obligés à faire du temps complet, tout le monde. Tout le monde qui était sous temps partiel. Moi j'ai toujours travaillé en temps partiel, mais ils nous ont obligés à faire du temps complet. J'ai appelé partout, j'ai essayé de m'arranger, j'ai dit que j'avais des enfants, mais il n'y avait rien à faire. Ils nous ont dit que c'était un arrêté ministériel, même les employeurs ils ne pouvaient rien ». **Isabelle.**

Enfin, le refus de certains PAB de travailler dans des zones rouges, zones avec des cas de COVID-19 confirmés pour diverses raisons (peur de se contaminer, absence de matériels de protection adéquate, mauvaises informations sur les voies de transmission du nouveau virus), a accentué la pression sur les PAB travaillant dans les étages contaminés.

« C'est le 6e étage qui a été le premier étage qui a été atteint, donc du coup, tout le monde qui travaillait ne voulait plus travailler à cet étage, quand ils arrivaient et qu'ils voyaient qu'ils avaient été mis dans un étage qui est rouge, ils ne veulent pas travailler, ça faisait beaucoup de bruit, ils menaçaient de retourner chez eux, il y en avait beaucoup, donc ça faisait beaucoup de tension... Donc c'étaient un peu des trucs de ce genre qu'on avait, des effectifs aussi réduits, parce que parfois certaines ne veulent pas entrer dans la zone rouge,

vous autres qui êtes un peu courageux, si je peux dire ça comme ça, vous entrez, vous vous sentez comme obligés à un moment donné d'accomplir toutes les tâches ». **Noëlle, PAB.**

3.1.2. Pressions physiques et psychologiques au travail

Les réponses physiques et psychologiques regroupent l'ensemble des conséquences physiques et psychologiques ressenties par les PAB en réaction à la pression exercée par la crise de la COVID-19 sur la main-d'œuvre, ayant occasionné une augmentation de la charge de travail. Les résultats de notre étude montrent que les PAB ont réagi de différentes manières : stress et peur de se contaminer, épuisement au travail, tristesse et colère, etc.

3.1.2.1. Épuisement au travail

L'une des premières conséquences physiques directement liées à la surexploitation au travail des PAB au cours de la crise de la COVID-19 est l'épuisement au travail. Les préposées interrogées décrivent le rythme contradictoire imposé par le respect de mesures de prévention et de contrôle des infections mis en place pour limiter la propagation de la COVID-19 et leurs tâches quotidiennes, qui doit se faire à un rythme soutenu. L'ajout de nouvelles activités, les formations à répétitions, la surveillance et la gestion des personnes en isolement (malades ou non), la mise en application des mesures de prévention des infections pour chaque résident et l'instabilité des protocoles sanitaires ont grandement contribué à l'épuisement des PAB.

« Bon, les protocoles ont dû changer parce qu'il y'avait des formations particulières qui se sont ajoutées encore avec la prévention et le contrôle des infections, il y avait des personnes qui étaient là pour surveiller le respect des règles d'hygiène, respecter que tout se passait dans les normes. Cela nous prenait encore plus de temps pour travailler, parce qu'il fallait à chaque fois utiliser un protocole sur chaque patient ça nous faisait perdre en temps [...] et la profession de préposés en ce moment, à la première vague, ce n'était pas celle-là où tout le monde voulait être reversé ». **Noëlle.**

L'épuisement au travail serait également la conséquence du report ou l'annulation des vacances de certaines préposées comme imposées par les arrêtés 2020-007 et 2020-008 du Gouvernement du Québec. Une PAB avait l'impression d'être piégée dans une spirale sans fin et parlant de la COVID-19 comme d'une éternelle épidémie l'empêchant d'accéder à ses vacances.

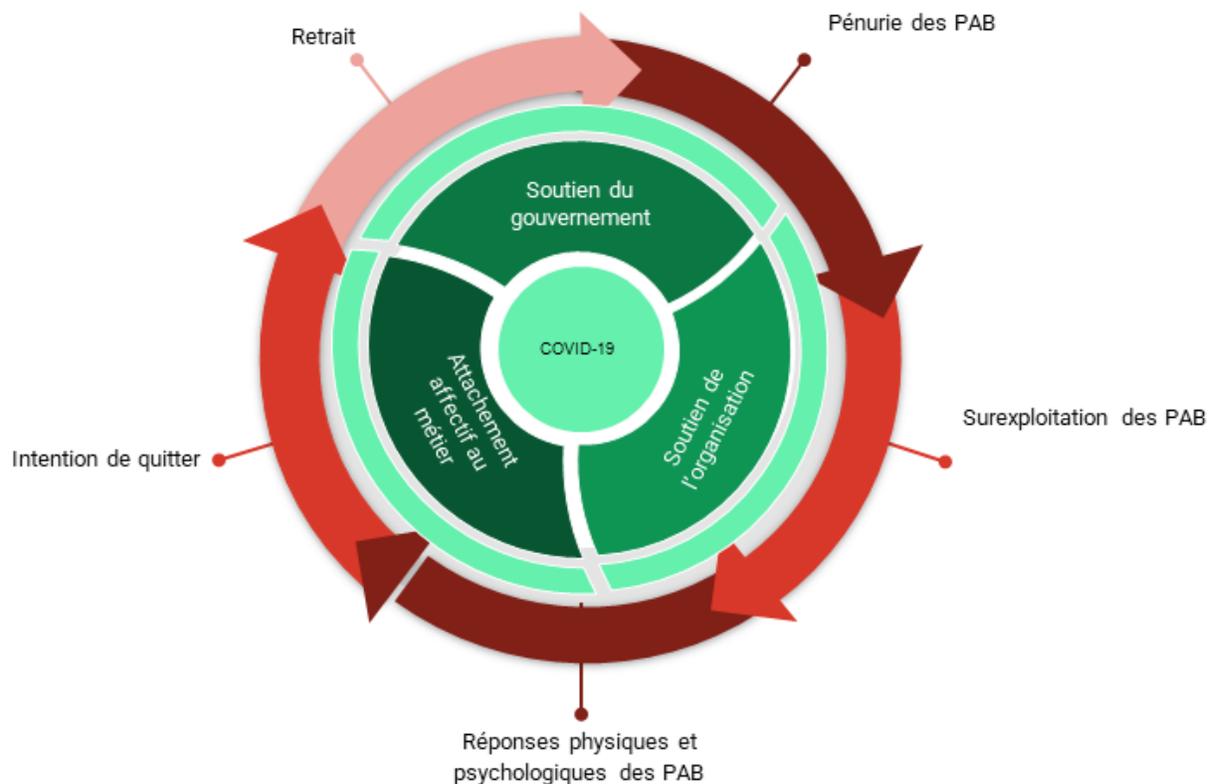
« J'étais super fatiguée et j'ai attrapé la COVID. On avait beaucoup de cas et puis, euh, après ça, quand je suis revenue, on est tombé dans la deuxième vague de la COVID, etc., fake vraiment, vraiment, euh, moi je suis à l'épuisement, je n'ai pas pris mes vacances

depuis cette vague-là. On n'a pas le temps, on n'a pas le temps, on demande des vacances, mais ooh, je dois attendre, je dois attendre, fake c'est ça. » Stéphanie.

Une autre PAB estime que l'épuisement est non seulement physique, mais aussi mental tout en soulignant que l'état de la clientèle dans les résidences (absence complète d'autonomie) ne facilitait pas la dispensation des soins en contexte pandémique.

« C'était vraiment très fatigant, très fatigant, très fatigant physiquement et psychologiquement, parce que tu t'occupais quand même des personnes différentes à chaque fois... et on t'envoie dans les grands étages. Donc, par exemple..., lundi je pouvais être dans l'étage psychiatrique, mardi je pourrais être dans l'étage ou euh, toutes les personnes pouvaient être en perte d'autonomie totale, et en tout cas n'importe quel étage, je l'ai trouvé vraiment très lourd physiquement et psychologiquement. » Ashley.

Figure 3 : Cercle vicieux du bris de service



3.1.2.2. Stress et émotions négatives (tristesse, colère, peur de se contaminer, etc.)

De manière plus générale, le stress et les émotions négatives étaient présents tout au long du processus décisionnel des PAB que nous avons interrogées. Cela s'explique surtout parce que la crise de la COVID-19 ayant touché les résidences pour aînés a été un évènement douloureux, aussi bien pour la société, pour les aînés et leurs familles, que pour les préposées elles-mêmes. Plusieurs préposées décrivent le stress et les émotions ressenties et expliquent surtout comment cela a influencé leur décision de rester (ou non) au travail. Les tensions physiques et psychiques au stress ont produit des émotions en cascade chez les PAB dont les plus fréquemment citées étaient : la peur de la contagion, la colère et la frustration de l'impuissance devant une maladie dont personne ne connaissait vraiment les modes de transmissions.

« ... Dès la première vague, il y'avait déjà le stress qui montait déjà un peu plus, parce qu'on s'est retrouvé face à une situation que personne ne maîtrisait, il fallait, tout à fait s'adapter à la situation... le stress, la tension du travail qui est montée un peu plus, la peur d'aller au travail, chaque matin on se réveillait pour aller au travail, c'était une sorte de peur... donc du coup, on n'était pas très confortable d'aller chaque matin, mais bon, on y allait quand même ». Noëlle.

L'attente des résultats des tests de dépistage hebdomadaire réalisé au sein des équipes des PAB a été également une source de stress pour certains. Une préposée précisait reconsidérer sa journée de travail en repensant sans cesse aux différents contacts étroits qu'elle aurait eus avec les résidents suspectés ou déclarés positifs à la COVID-19. Bien qu'elle se sentait rassurée et motivée par un résultat négatif pour une journée, l'angoisse de l'erreur qui entraînerait une contamination potentiellement fatale pour elle et sa famille reprenait le dessus le lendemain le temps du prochain test de dépistage.

« Donc on se battait, car l'équipe (du CIUSSS) venait pour tester les personnels, on angossait en fait, on se disait faire ces tests, mon Dieu, j'étais là, j'étais avec madame telle, mais si elle est positive, c'est sûr que... et là, on vous teste et vous êtes négatif. On attendait les résultats sur nos mails, on regardait, on se dit aujourd'hui, je pense que ça va être aujourd'hui et voilà, je suis négatif. On va encore faire la journée de demain, moi ça me motive. Mais ça fait peur quand même et puis nous qui étions là [...], nous, on a vécu tout ça. » Eunice.

La peur de contracter la COVID-19 a amené certaines PAB à modifier leur attitude vis-à-vis des résidents entraînant *de facto* une baisse de la qualité des soins administrés.

« Le stress, et la peur d'être contaminé, fake personne ne voulait rester dans les chambres, et bien faire ses soins. Parce qu'ils se disaient plus je restais dans les chambres pour faire les soins, plus tu risques d'être contaminé ». **Isabelle.**

Pour cette raison, selon une autre PAB, les gestionnaires cacheraient les statuts COVID-19 des résidents afin d'éviter que les PAB soient réticentes ou refusent de donner des soins. En conséquence, elle dénonce le manque de transparence des gestionnaires dans la transmission de l'information concernant le statut des résidents en attente des résultats ou déclarées positifs. Cette PAB faisait ressortir sa frustration de n'avoir pas été informée du statut d'une résidente pourtant symptomatique en attente des résultats.

« Ils ne nous disent pas et là tu te retrouves, tu ne sais pas si c'est une simple grippe, tu ne sais pas si c'est le COVID. Ça m'a affecté justement parce que bon... moi déjà je ne savais pas que c'était le COVID. Elle était en iso, mais je ne savais pas que c'était le COVID, mais c'est dans son dossier médical, parfois on ne nous dit pas ; parce qu'ils ont peur que s'ils nous disent, on ne puisse pas venir au travail » **Nadège.**

Les mesures d'isolement ont également entraîné de l'angoisse chez les aînés, notamment ceux en fin de vie ne voyant plus leurs aidants naturels. En effet, devant l'ampleur des contaminations dans les résidences pour aînés, le Gouvernement du Québec a annoncé, le 14 mars 2020, une suspension des visites aux personnes hébergées afin de les protéger par la réduction des contacts extérieurs. Une préposée remet en cause le bien-fondé de cette mesure sanitaire et déplore d'ailleurs la souffrance endurée par les aînés.

« Ben moi qu'est-ce que j'ai déploré ? C'est que les personnes qui avaient des personnes aidants, qui ont été seuls. Ils déprimaient, ils étaient anxieux, ils pleuraient beaucoup, beaucoup dans leur chambre, moi ça j'ai déploré ça. Oui, ça m'a affecté [...]. J'ai déploré ça parce qu'ils se sentaient tout seuls. Ils se sentaient malades parce qu'ils ne voyaient pas leur famille, au moins leurs aidants, mais c'est la COVID [...]. J'ai vu beaucoup de souffrance. J'ai vu beaucoup, beaucoup de souffrance, parce qu'il y en avait qui n'avaient même pas le COVID, qui pleuraient, je veux voir ma famille ». **Stéphanie.**

Enfin, certaines préposées confrontées au confinement général dans leur quotidien, à la médiatisation anxigène de la COVID-19, à la souffrance et au décès des aînés dans les résidences, se sentaient isolées et témoignaient de l'absence de ressources psychologiques adéquates pour les PAB.

« Et aussi l'isolement, l'isolement, tu étais toute seule. C'est sûr que psychologiquement c'était vraiment très dur, et ouais [...]. J'ai trouvé qu'il y avait un manque de ressources pour les préposés, un manque de ressources psychologiques [...]. J'aurais bien aimé avoir eu du soutien psychologique, ça m'aurait aidé aussi. Comme, parler de ce que je vis, avec mon travail de la situation pandémique, bon il m'a manqué un peu ça, parler un peu de ça

aux autres et... bon je n'ai pas parlé de ça à ma famille parce que je ne voulais pas non plus les inquiéter » Ashley.

3.2. Conditions de l'environnement de travail

3.2.1. Les mauvaises conditions de travail

Ce sous-thème regroupe toutes les conséquences directes et immédiates liées à la dégradation des conditions de travail dans les CHSLD au cours de la pandémie. Les PAB interrogées au cours de notre étude décrivent pour la plupart une détérioration des conditions de travail en raison de la pandémie. Certaines ont parlé d'un changement de l'ambiance de travail, passant d'une ambiance très conviviale à une ambiance très tendue caractérisée par la suspicion, la surveillance des uns et des autres, et l'accroissement du manque d'autonomie.

« Parfois tu as fini de faire une tâche et que juste un peu assis pour te reposer un peu le dos, parce que c'est le dos qui travaille et quelqu'un va venir et te dire "qu'est-ce que vous faites assis, vous n'avez rien à faire ?". Bon c'est un peu comme si on est toujours derrière toi en train de te surveiller la. Souvent, moi ça m'énerve plus que tout, je pense qu'en tant que des êtres vivants on est assez organisé euh, tu sais au moins je dois faire ci et tu t'organises en fonction de ce que tu as à faire. Bon, si tu es même assis, ça ne veut pas dire que tu n'as rien à faire, ça veut dire que tu as peut-être fini quelque chose et tu attends, tu te poses un peu et ensuite tu vas continuer. On ne peut pas travailler, on ne peut pas travailler euh, euh, on ne peut pas travailler de 7 h 30 à 15 h 30 comme ça la, sans pouvoir prendre un petit répit. Ça là, c'est impossible, ouais ». Nadège.

D'autres PAB avouent avoir été désorganisées dans leur routine et surtout avoir rencontré des difficultés d'adaptation en raison de l'évolution constante de la pandémie, mais également des mesures et des stratégies de luttes adoptées.

« Olalala !!! (Soupirs). La COVID a changé notre manière de travailler, pendant la COVID tout a changé, tout a été chamboulé. On doit se désinfecter les mains, on doit se, bon, avant il y avait des zones rouges, des zones vertes, des zones orange donc c'était un peu perturbé. Donc quand on est arrivé, on devrait d'abord se changer, se désinfecter avant d'entrer dans une chambre par exemple. Dès qu'on revient le lendemain, on ne trouve pas comme on a laissé. S'il y avait par exemple dans une chambre où c'était correct, dès qu'on revient le lendemain il y a des chariots, il y a des papiers sous la porte, et c'est marqué rouge donc à chaque fois, on devrait s'adapter d'une journée ou des heures qui suivent en fait ». Eunice.

Les mesures de restriction de déplacement imposées dans les résidences aux aînés ont entraîné, selon une autre, une augmentation des agressions des préposées par les résidents. Elle regrettait dans ses propos que rien n'ait été fait pour faire valoir le droit des

PAB à travailler dans un environnement sans violence notamment au cours de cette période.

« On ne va pas venir travailler et rentrer peut-être avec le visage, peut-être défiguré. Quand le résident te frappe comme ça c'est normal, mais si c'est toi qui peut-être en donnant les soins il y a une petite égratignure, on va dire que tu as violenté le résident, on va te mettre dehors. Donc pour moi c'est aussi comme une forme d'injustice... Oui, moi ça m'énerve. Parce que c'est comme s'il n'y a que des résidents qui ont des droits. » Nadège.

À l'inverse de tous ces témoignages, deux (2) PAB ont souligné les effets positifs de la pandémie sur certaines conditions de travail, notamment sur la disponibilité du matériel, la meilleure organisation du centre dû à l'arrivée des forces armées canadiennes (FAC) et l'augmentation des ratios de PAB/résidents due aux effets projecteur de la presse sur la crise dans les CHSLD.

« Par exemple, au niveau du matériel, on ne manquait plus de matériel, on avait toujours des choses à notre disposition pour donner du soin à nos résidents. Ça, c'est un côté vraiment positif des militaires... Ils [les militaires] avaient aussi essayé d'augmenter des ratios. Par exemple, on était 5 pour 32 résidents pour le jour, ils ont essayé d'augmenter à 6 PAB de jours. Ce qui nous aidait vraiment à prendre soin de nos résidents, et vraiment être, mais ne pas vraiment être avec eux, mais au moins ça nous aidait de faire des activités avec eux, ça nous permettait aussi de, de faire des marches avec eux, donc c'était vraiment bénéfique pour nous et pour les résidents aussi. » Esther.

3.2.2. Enjeux éthiques

Les PAB interrogés nous ont fait part de plusieurs difficultés rencontrées au cours de la crise de la COVID-19 qui s'apparentent à des enjeux éthiques. Un enjeu éthique est toute situation devant laquelle l'actualisation d'une valeur souhaitable est compromise, quelle qu'en soit la raison. En d'autres termes, on parle d'enjeux éthiques lorsqu'une valeur ou un principe moral est mis en jeu dans une question ou dans une situation (CEST, 2020, en ligne). Plusieurs PAB ont affirmé avoir été confrontés à de tels enjeux, notamment au choix entre le devoir de s'occuper des résidents malades et celui de se protéger.

« Parfois, on arrivait, il y avait des jours où on t'a programmé pour travailler en zone rouge, mais l'équipement nécessaire pour travailler n'était pas au complet... Y'a des fois où tu peux arriver on va te dire, les visières elles sont terminées, mais tu dois entrer pareil dans la salle pour prendre soin des personnes. Donc ça faisait un peu des petits conflits parce que là c'est qu'on venait pour aider, mais on ne venait pas pour aider en nous exposant aussi. » Noëlle.

D'autres ont avoué avoir ressenti de la « détresse éthique », notamment devant l'angoisse exprimée par les résidents ayant des troubles cognitifs qui étaient gardés en isolement.

La détresse éthique est un enjeu éthique au cours duquel, la préposée, malgré qu'elle connaisse la bonne action à poser, est confrontée à des barrières, morales, administratives ou légales, qui l'empêchent de l'accomplir (Swisher et al., 2015). Ainsi, bien qu'elles étaient conscientes de la nécessité de garder les aînés en isolement pour éviter la propagation de la COVID-19, certaines PAB n'y adhéraient pas en raison de la détresse de ces derniers.

« [...] Le fait déjà que de garder les résidents en isolement, c'était quelque chose déjà qui ne me mettait pas à l'aise... y'avait des personnes qui avaient des troubles cognitifs, donc du coup, ils ne comprenaient rien à ce qui se passait, ils voyaient juste qu'on ne veut pas qu'ils sortent, on les garde prisonniers donc c'était assez difficile ». **Noëlle.**

Pour surmonter ces enjeux éthiques et diminuer leur détresse et celles des résidents, certaines PAB nous avouaient n'avoir pas respecté les protocoles sanitaires mis en place pour travailler plus efficacement et plus rapidement dans l'objectif final de réussir à s'occuper du maximum de résidents au cours de leur quart de travail. Ils prenaient en conséquence le risque de se contaminer, et/ou de propager davantage la COVID-19. Un préposé mentionnait d'ailleurs la non-adaptabilité et le manque de flexibilité des protocoles sanitaires qui alourdissaient leur travail.

« Mettre une jaquette, enlever une jaquette, mettre une jaquette ou enlever une jaquette. Toute la journée se terminait ainsi. Il y avait des résidents qu'on ne faisait même pas leurs soins de base, on n'avait même pas le temps de faire des soins de base à cause de ses actes... parfois, moi je ne faisais pas tout ça » **Khamal.**

A *contrario* de ces opinions, un autre estimait que la place des PAB, notamment au bas de la structure hiérarchique dans l'offre de soins, les mettait à l'abri de la majorité des problèmes éthiques. Il considérait qu'une préposée ayant un enjeu éthique est une mauvaise préposée.

« Parce que, euh, nous travaillons dans le secteur de la santé et la hiérarchie compte beaucoup. Donc si tu as vraiment un dilemme, c'est que tu ne sais pas communiquer. Je ne pouvais pas en avoir du tout. Parce que si moi j'ai un problème, un dilemme par exemple bon que je pourrais en avoir pour les médicaments, mais je ne suis pas spécialiste des médicaments, il y a un infirmier qui est là, je lui donne le cas, c'est tout. Si j'ai un problème d'une appréciation administrative, il y'a nos responsables qui sont là. Donc en aucun cas, je ne peux pas avoir de dilemme... Je vais vous expliquer ça. Parlons par exemple dans le domaine actuellement santé, les PAB qui ont la loi 90. Ils peuvent administrer des médicaments, mais si exemple, un patient refuse de prendre le médicament, tu n'as pas vraiment, tu vas essayer de lui expliquer, de le motiver, mais tu n'as pas vraiment le droit de le lui donner ça par force. Et s'il y a quelque chose qui ne va pas, un rapport, si tu vois que ça pourrait t'occasionner des problèmes, tu dois interjeter le cas à l'infirmière. [...].

Donc vous voyez, c'est, c'est vraiment très hiérarchisé de façon que tu ne peux pas avoir un problème et pour ce cas-là, le PAB est bien positionné parce qu'il est au premier échelon de décision » Elba.

3.2.3. Manque de reconnaissance du métier

3.2.3.1. Relations négatives au travail

Les relations au travail dans les résidences pour aînés sont caractérisées par la hiérarchisation et la verticalité dans la prise de décisions selon les PAB interrogées. La hiérarchisation et la verticalité sont inhérentes au système de santé du Québec et déterminent le modèle de gestion des soins. Elles correspondent en réalité à la place accordée à chaque groupe, notamment aux PAB, comme étant le premier échelon dans le système de soins. Même si certaines ont souligné que les relations n'ont jamais vraiment été bonnes avec leurs gestionnaires immédiats, beaucoup de témoignages allaient dans le sens de la dégradation des relations avec la pandémie. Cette détérioration des relations entre les PAB et leurs supérieurs se caractérise par quatre (4) paramètres : (i) l'instrumentalisation (ii) l'invalidation (iii) le manque de concertation, la verticalité et l'incohérence dans l'application de certaines directives et (iv) le mépris.

L'instrumentalisation est le fait de considérer les PAB comme des pions interchangeable entre eux, en les bougeant d'un étage à une autre, d'un centre à un autre selon les besoins de la situation sans tenir compte de la connaissance et des relations entretenues avec les résidents au fil des années qui sont pourtant nécessaires pour l'administration des soins de qualité.

« C'était vraiment très fatigant, très fatigant, très fatigant physiquement et psychologiquement, parce que tu t'occupais quand même des personnes différentes à chaque fois... et on t'envoie dans les grands étages. Donc par exemple..., lundi je pouvais être dans l'étage psychiatrique, mardi je pourrais être dans l'étage ou euh, toutes les personnes pouvaient être en perte d'autonomie totale [...]., je l'ai trouvé vraiment très lourd physiquement et psychologiquement. ». Ashley.

L'invalidation est la non-prise en compte des observations, des préoccupations et des suggestions des PAB. Certaines préposées ont décrit leur frustration après avoir constaté que leur expertise, leur avis et leur point de vue avaient été ignorés et dévalorisés ou simplement pas demandé. Cela entraînait alors un sentiment de découragement et d'impuissance chez les PAB, car en plus, dans la plupart du temps les solutions apportées par la hiérarchie ne marchaient pas. Nonobstant ce constat, un préposé interrogé reconnaissait que le problème serait dû à la centralisation de la prise des décisions à des

instances « bien plus hautes » et dénonçait le faible pouvoir décisionnel des gestionnaires immédiats au cours de la crise de la COVID-19.

*« Il n'y avait pas une considération du travail de PAB. Il n'y avait personne qui arrivait souvent et qui disait qu'est-ce que vous voulez ? Comment voulez-vous travailler ? On nous donnait juste des directives à prendre toujours, c'était comme ça. Le boss arrivait et il disait aujourd'hui on a nouvelle directive, aujourd'hui on va fermer ce bloc, aujourd'hui on va faire ci, aujourd'hui on va faire ça. Et cela n'avait pas une cohérence entre le travail du PAB et les décisions que prenaient les employeurs en haut. Et chaque fois qu'ils mettaient en place un système, mais ça ne marchait pas souvent, encore. [...]. J'ai compris [par la suite] que les décisions venaient de l'extérieur, d'en haut... [...]. Ça ne venait souvent pas de nos employeurs, de nos employeurs sur place. Donc toujours ça venait du ministère, les conditions de travail et les précautions à prendre. Donc les employeurs sur place nous transmettaient souvent ce genre de décisions et c'était difficile qu'ils prennent des décisions sur place ou des décisions à changer à faire d'autres choses ». **Khamal.***

Certaines PAB soulignent les incohérences multiples des gestionnaires, notamment les nombreuses contraventions aux normes de prévention et de contrôles des infections comme l'injonction faite à certaines de rentrer dans les zones rouges sans protection adéquate.

*« Mais à ma grande surprise, on a eu notre directeur qui est venu, il a eu à se mettre en colère, nous disant comme quoi, même si on n'a pas de visières on devrait y aller quand même, on devrait prendre les visières déjà utilisées, les nettoyer, avant d'entrer... Mais je lui ai répondu que cela n'entre pas dans le protocole de prévention des infections. Quelqu'un a utilisé une visière que je ne le connais pas, le matériel même pour désinfecter on ne l'a pas. » **Noëlle.***

Enfin, les relations au travail sont caractérisées par les mauvais rapports entretenus entre les PAB et les autres corps de métier intervenant dans les résidences pour aînés. Ces relations sont généralement teintées de mépris et de suffisance considérant les PAB comme des personnes ayant un faible niveau intellectuel.

*« Les infirmières sont en plus hautes, il y'en a une coupe. Ils ont le, comment on appelle ça, le menton haut, moi je les appelle mes petites princesses, mes sirènes, parce qu'eux, ils ont un diplôme de plus, mais ils ne font rien, c'est eux, ils nous donnent des ordres et puis on fait tout. (Vous avez l'impression qu'elles vous prennent de haut les infirmières ?) Oui, oui, beaucoup. On ne se met pas d'amitié avec eux. Ce ne sont pas nos amis, ils nous l'ont dit : on n'est pas vos amis, on est vos boss ». **Stéphanie.***

3.2.3.2. Absence de considération et de valorisation du métier de PAB.

La plupart des PAB interrogées ont également souligné l'absence de considération et de valorisation de leur métier, pendant que la main-d'œuvre était rare au pic de la pandémie de la COVID-19. La considération et la valorisation sont définies comme la gratitude ou les remerciements que peuvent recevoir des employés de la part de leurs supérieurs ou de la société en général pour l'atteindre des objectifs spécifiques, ou pour la noblesse des tâches liées à leur métier. Parce qu'elle n'est pas particulière à la pandémie de la COVID-19, l'absence de valorisation du métier de PAB est ressortie comme une contradiction de la volonté affichée par le Gouvernement du Québec à incorporer davantage de PAB. Ainsi, au moment où on leur demandait des efforts, et que personne ne tarissait d'éloges pour leur héroïsme, le ressenti des PAB interrogées quant aux manques de valorisation de leur métier est resté persistant. Une préposée estimait que le métier est considéré comme un « sous-métier », dont personne ne voudrait entendre parler, un métier de l'ombre indispensable, mais pour lequel on n'accorde aucune considération.

« C'est comme si vous êtes un peu, c'est comme je dis, on ne vous considère pas assez. C'est un peu comme, vous voyez en Afrique, les éboueurs, les gens qui travaillent avec la société d'hygiène, ceux qui ramassent les ordures en route là, je ne sais pas si vous les voyez un peu, pour eux c'est comme si ce n'est rien, et pourtant c'est un gros travail qu'ils font. » Nadège.

Un témoignage mettait en évidence le contraste entre le discours dominant l'espace médiatique et politique au cours de la période et la réalité du métier, montrant du doigt une hypocrisie du terme « d'anges gardiens » utilisé par les médias et les politiques alors que rien n'avait changé. Selon cette PAB, le terme « d'anges gardiens » n'était pas sincère, mais surtout aurait servi à une opération de communication pour masquer les problèmes vécus par les préposées au cours de la crise des CHSLD et surtout pour mobiliser de nouvelles recrues.

« Généralement quand tu es PAB on te prend pour quelqu'un qui ne fait rien, quelqu'un qui n'est pas allé à l'école, quelqu'un qui est là, juste pour laver les cacas, quelqu'un qui est là, juste pour laver les selles... Est-ce que la manière de regarder les PAB a changé ? Je pense que non, les PAB... n'ont pas une bonne réputation. Mais je ne sais pas si on nous appelait les anges gardiens, est-ce que c'était sincère. Je ne pense pas... c'est juste comme ça la parole pour nous attirer vers le métier, sinon en réalité ce n'est pas cela. » Esther.

Une autre PAB travaillant dans une résidence privée soulignait, quant à elle, l'écart de traitement entre les PAB du public et celles du privé. Elle précisait dans ses propos que

les premières étaient mieux valorisées que les secondes en soulignant notamment l'inégalité salariale, la différence de traitement, et surtout l'absence de reconnaissance plus accrue pour les PAB du privé, notamment au cours de la crise de la COVID-19.

« Oui, ben tu entends tout le monde disait les anges gardiens, c'est qui, qui allait voir les anges gardiens ? C'était toute dans les CHLSD et non dans les privés. On voyait les pompiers aller voir les anges gardiens, c'est dans un CHLSD, on voyait les policiers voire les anges gardiens, c'était dans un CHLSD. Jamais les encouragements dans les privés, jamais, jamais pour nous encourager... Monsieur Legault jamais, jamais ne disait les PAB dans les privés, merci beaucoup, jamais de remerciement pour les PAB dans un privé. Jamais personne ne nous remerciait, jamais, un remerciement... On est des oubliés »
Stéphanie.

Nos résultats ont suggéré une évolution de la perception de la valorisation du métier. Interrogée sur l'évolution de la perception quant à la valorisation du métier de PAB par les autres corps de métier et par le gouvernement, les réactions semblaient mitigées. Certaines reconnaissaient une progression de l'attention portée sur le métier par le Gouvernement du Québec, tandis que d'autres estimaient que rien n'aurait bougé depuis la première vague de la COVID-19.

« Non, non, rien n'a changé avec la pandémie, les gens (infirmières, médecins, etc.) là ils te regardent comme juste quelqu'un qui vient juste ramasser de la merde, excuse-moi du mot, tu es juste là pour ça... Mais parce que tu apportes tout, tu fais tout ton bien. Tu fais tout, tout, tout. Tu es là, tu es la première personne à être en contact avec le patient, quand le patient a besoin de toi tu es là, mais au retour là, toi tu ne reçois rien du tout. »
Isabelle.

Pour d'autres, le dévouement et l'héroïsme des PAB ayant été rendus publics à travers la médiatisation de la pandémie ont permis de faire progresser le regard sur la profession et de changer certaines mentalités des autres corps de métier travaillant dans les résidences pour aînés.

« Bof, je trouve que les gens sont... ils font un effort de nous parler bien, même s'ils nous parlent toujours mal, je veux dire que les infirmières nous parlent toujours mal... les médecins encore plus... Oui, oui, mais il y'a une évolution, je trouve. Il y'a une évolution. C'est sûr que, c'est toujours peu valorisé, mais il y'a clairement une évolution... ils font un effort depuis la pandémie, je pense qu'ils ont vu que euh... qu'on est aussi importants. Donc ils font l'effort comme de changer l'approche, de nous considérer un minimum aussi... Oui, ça s'est amélioré. Amélioration minime, mais amélioration »
Ashley.

3.2.3.3. Effet des rémunérations et des primes COVID-19

Le salaire des PAB est fixé par une convention collective et ne comporte que 5 échelons contrairement à celui des infirmières et des auxiliaires qui en comporte 12. Au cours de la

crise de la COVID-19, le Gouvernement du Québec face à la pénurie de la main-d'œuvre a mis en place des incitations financières pouvant aller jusqu'à 1000 \$ par mois pour les PAB travaillant dans les zones rouges, et jusqu'à 2000 \$ pour ceux acceptant un transfert temporaire vers les régions les plus affectées. D'après les résultats obtenus par notre étude, l'effet de ces incitatifs sur la motivation des PAB à demeurer au travail au cours de la période semble mitigé. Bien que certaines admettaient que les primes avaient aidé à la motivation dans le sens de la rétention d'autres PAB constataient que les conditions pour en bénéficier étaient strictes, compliquées, et donc qu'elles n'ont pas été un facteur décisif dans leur processus décisionnel. Par exemple, une préposée ayant connu un retrait volontaire de travail affirme que la perspective de n'avoir ni salaire ni prime n'a exercé aucune influence sur sa décision de retrait dans un premier temps, et de reprise de travail dans un second temps.

« Donc j'ai pris deux semaines de recul d'abord, à la maison pour essayer de voir les choses à distance, pour permettre que le matériel puisse se faire approvisionner... je n'ai pas été payé, c'était un retrait volontaire... en ce qui concerne mes dépenses, ma famille me soutenait, donc je n'avais pas forcément besoin de reprendre le travail pour des besoins financiers. Non. [...]. Ou je travaillais, les primes de la zone rouge, nous on ne les a pas perçues. Donc, elles existaient, on se plaignait, que, on sait qu'une fois qu'on travaille dans la zone rouge on est supposé avoir des primes, mais à notre niveau on ne les avait pas. Après plus tard, y'a eu la prime, je crois, de 1000 dollars pour les employés à temps plein qui était supposé être présente... on l'avait dans certaines paies, d'autres paies elles n'était pas là, donc ce n'était pas toujours ça. Donc je ne peux pas dire que c'était véritablement une motivation parce que ce n'était pas quelque chose de fixe qu'on avait. C'était un peu oscillant, aujourd'hui on l'a, demain on ne l'a pas, donc on ne pouvait faire aucune programmation là-dessus. » Noëlle.

De plus, les primes ont également eu un effet inattendu sur la transmission et l'amplification de la pandémie selon une préposée interrogée. Celle-ci dénonçait le revers de la médaille de ces primes en y voyant une forme d'intimidation. Selon elle, beaucoup d'employées ne déclaraient pas leurs symptômes de peur de manquer une journée de travail et de perdre la prime prenant le risque d'accélération de la propagation de la COVID-19.

« C'est une bonne chose que de donner les primes, mais l'autre chose aussi, c'est comme si tu ne dis à la personne tu travailles, tu travailles, comme si tu fais un chantage aux enfants là, allez-y, allez-y quand tu fais ça je vais te donner une collation... donc c'est une prime escalier, c'est pour obliger les gens à rester au travail. Moi je vois des collègues, même s'ils sont malades, même s'ils viennent, ils traînent leurs pattes parce qu'ils vont

dire que si je fais un arrêt maladie, je vais perdre ma prime. Moi je n'ai presque jamais touché de primes... » **Isabelle.**

A contrario, trois (3) PAB estiment avoir été stimulés par les primes COVID-19 qui ont été données par le Gouvernement, bien qu'ils soutiennent que leur motivation principale ne provenait pas de celles-ci.

« Bon le salaire, c'est le Gouvernement qui nous a encouragés en ajoutant de primes. Ça nous a motivé en ajoutant 4 \$, après, les 1000 \$ par mois non ? Oui, 1000 \$ par mois, ça nous a encouragés en tout cas sur ce point. Oui, mais ça, pendant la pandémie, parce que les gens ne voulaient pas rentrer [cela nous a motivé parce que personne ne voulait travailler comme PAB au cours de la COVID-19]. Oui, j'ai trouvé que le Gouvernement a fait un effort, c'était une source de motivation, en tout cas, moi ça m'a motivé... » **Baptiste.**

3.3. Conciliation emploi-famille-vie personnelle

Les difficultés de conciliation emploi-famille-vie personnelle ont été également évoquées par les PAB interrogées. En raison d'un conflit de temps lié à sa surexploitation au travail, à la tension vécue dans son rôle de parents et d'employée, à l'impact négatif sur les enfants de l'application aveugle des protocoles sanitaires dans les garderies, une préposée avouait avoir songé à se retirer.

« Chaque semaine, une de mes filles, on m'appelle pour que je vienne les chercher. Donc ça, c'est un impact. Avant la pandémie, il n'y avait pas de problème. Un enfant, ça tousse, il y'a le nez qui coule, ils sont obligés de le garder... (mais depuis la pandémie), dès qu'un il y a le nez qui coule, on t'appelle, là, il y'a un impact sur ton travail. Tu arrêtes ton travail, tu vas aller les chercher, tu es obligé de rester avec eux pendant 10 jours le temps qu'ils fassent le test pour voir [...]. Mais j'ai très mal vécu ça, c'était vraiment mal, parce que (parfois), j'ai dû laisser mon fils, mon fils, il n'avait pas droit à la garderie, c'était juste pour les petits. Mon fils est resté tout seul à la maison, du matin jusqu'au soir, il l'a mal vécu. Mais alors, j'ai songé [à démissionner] une fois à cause de mes enfants » **Isabelle.**

4. Intention de rester en emploi au cours de la crise de la COVID-19

Parmi les participantes à notre étude, neuf (9) participantes sont demeurées à leur poste lors de la crise dans les CHSLD, dont une qui s'était retirée temporairement, avant de revenir à l'emploi. Au moment des entrevues, soit 15 mois après la crise, huit de ces neuf participantes étaient toujours actives en tant que PAB, et 3 d'entre elles prévoyaient de quitter prochainement leur emploi. Notre analyse a permis d'identifier deux ensembles de facteurs ayant encouragé le maintien ou le retour à l'emploi : (1) des facteurs individuels :

le volontarisme, la satisfaction morale et l'attachement affectif au métier et (2) des facteurs contextuels : le soutien perçu de l'organisation ou du Gouvernement du Québec.

4.1. Volontarisme, satisfaction morale et attachement affectif au métier

Nous avons trouvé que l'intention de rester en poste était liée à l'attachement affectif qu'avaient les PAB pour leur métier. L'attachement affectif traduit le sentiment qu'avaient les PAB d'accomplir un travail important, ayant de la valeur aux yeux de la société et surtout dont les effets bénéficient réellement aux autres. Dans ce sens, les PAB restées en poste et interrogées mettaient en avant leur attachement affectif au métier essentiellement pour justifier leur intention de rester ou justifier l'absence de retrait au moment de la crise.

*« C'est vrai, j'avais besoin aussi d'un peu de sous pour manger, mais il y avait aussi d'autres endroits où je pouvais aller travailler pour avoir des sous, mais je suis allé là-bas pour voir que je suis utile, parce qu'en dehors vraiment [...] de l'envie, de l'objectif d'avoir de quoi manger... il y a aussi l'estime. (Est-ce qu'avec le recul aujourd'hui vous pouvez donner une raison pour laquelle vous êtes resté en poste ?) La détermination d'aider. Mais oui, la détermination d'aider. Parce que vraiment si réellement tu veux aider, tu dois aider la personne en difficulté. Ce n'était pas quand ils avaient des problèmes que je devrais les abandonner. Mais oui... la détermination augmente plutôt... donc j'ai un objectif double, d'abord ça me permet... d'avoir quelque chose à mettre sous la dent et puis ça me renforce moralement. Moi je suis à l'aise quand je sais que je suis utile pour la société. **Elba.***

D'ailleurs, une autre préposée après un retrait temporaire volontaire au cours de la période avouait se sentir coupable d'abandonner les résidents au moment où ils avaient le plus besoin d'elle.

*« Quand je regardais chaque fois des nouvelles, je voyais le nombre de personnes qui sont décédées, on parlait de manque de personnels, des formations sanitaires... les CHSLD, les résidences privées, donc je me sentais un peu comme coupable de rester à la maison, pourtant on a besoin de moi quelque part, ça me dérangeait un peu, donc c'est un peu ça aussi qui avait aidé dans ma motivation à reprendre le travail. » **Noëlle.***

Le volontarisme et la satisfaction morale sont également des raisons évoquées pour expliquer l'intention de rester en poste au cours de la crise de la COVID-19. Le volontarisme traduit l'idée qu'avaient certaines PAB selon laquelle elles étaient convaincues de pouvoir modifier le cours des événements par leur seule volonté et leur présence.

« Si tout le monde reste à la maison, les malades, qu'est-ce qu'ils vont faire ? Si je reste, si tout le monde reste à la maison. Les malades qui sont là-bas, qui ont besoin de nous, qu'est-ce qu'ils vont faire ? Je me disais ça, mais il n'y'aura personne pour les aider. Je

me dis si je reste, si l'autre collègue reste... on va tous désertier la résidence, les autres qui vont l'as bas, qui va les aider ? Donc, comme on dit là, c'est une guerre, quand c'est une guerre, on a besoin de tout le monde pour gagner la guerre ». **Isabelle.**

« Vous imaginez si tous les PAB disent, bon, on a peur, qui va s'occuper des vieilles personnes. D'abord, c'est le fait, cette satisfaction morale de savoir que tu aides des gens qui en ont besoin, ça moralement, moi ça me satisfait, c'est surtout ça, oui... il y a des résidents qui n'ont pratiquement pas de parents du tout, donc du coup ils nous prennent nous autres, comme leurs parents et moi ça me satisfait moralement » **Chimène.**

D'ailleurs, certaines PAB questionnées pour mieux illustrer leur volontarisme et leur attachement affectif à leur métier utilisaient une rhétorique guerrière en se comparant à des « militaires » sur le champ de bataille, qui ne pouvaient en conséquence pas se retirer.

“C'est comme si on était le premier les premiers soldats, les premiers soldats qu'on avait envoyés au front. On était vraiment au front » **Ashley.**

4.2. Soutien du gestionnaire et/ou du gouvernement

Dans le récit de certaines PAB interrogées ayant décidé de rester en poste, beaucoup soulignent l'importance du soutien du gestionnaire et/ou du centre et des mesures prises en faveur des PAB par le Gouvernement du Québec. Dans le premier cas, il s'agit de la flexibilité du supérieur immédiat sur les horaires de travail, notamment pour les PAB sollicitées pour des horaires doubles, la mise à disposition des repas et d'un lieu de repos. Dans le second cas, il s'agit de l'octroi des primes supplémentaires pour les travailleurs des zones rouges et de la manifestation de la reconnaissance vis-à-vis du travail des effectués par les PAB.

« Souvent quand je suis très fatigué... je peux continuer (faire un horaire double), mais le lendemain (je demande au gestionnaire), tu vas me permettre de venir en retard parce que je vais bien me reposer, avant de pouvoir revenir [...]. (De plus) Il avait même aménagé des chambres, si tu es vraiment fatigué pour rentrer à la maison... vous pouvez aller vous faire servir à la cuisine... Oui, ça a vraiment aidé... ». **Baptiste.**

Une autre PAB souligne l'attitude positive du gestionnaire qui a été d'une aide précieuse moralement et physiquement, ayant contribué à renforcer les liens entre certaines PAB et leur responsable.

« La direction, nos responsables, ils étaient avec nous dans les étages hein, ils étaient là pour nous aider, euh moi je me rappelle la famille, la femme de notre directeur, sa fille, ils sont venus hein, ils étaient là pour nous aider, ils nous donnaient les cabarets, nous on rentrait avec les cabarets dans les chambres, on nourrissait nos résidents et ils étaient là. Tout le monde était venu, tout le monde était là et ça, ça nous a donné aussi le courage, ça

nous a donné la force et de voir nos responsables, les directeurs, sa femme, les enfants viennent nous aider ; ça a créé un lien » Eunice.

Une autre a vu à travers la médiatisation de l'héroïsme des PAB, une manifestation de la reconnaissance du Gouvernement du Québec vis-à-vis du métier ayant permis par ailleurs d'enrôler 10 000 PAB en quelques semaines, attirées non seulement par les nouvelles motivations financières, mais aussi pour le nouveau statut d'ange gardien. Elle regrette d'ailleurs que cette reconnaissance ne soit intervenue qu'à ce moment.

« On regarde dans les informations... le premier ministre, notre 1er notre premier ministre avait demandé, il y a beaucoup, beaucoup de PAB qui sont venues, il y'a eu ceux qui ont laissé leur métier pour venir à PAB parce qu'ils ont proposé beaucoup d'argent... [...]. Et ça c'est quand même un peu dommage parce que ce n'était pas valorisé jusqu'à ce qu'on ait commencé à nous appeler les anges gardiens, mais on a toujours été des anges gardiens PAB » Eunice.

5. Prise de recul sur la décision prise par les PAB.

Les participantes, au moment de l'entrevue, étaient tous confortées dans leur décision prise lors de la crise de la COVID-19, et ce peu importe qu'elle fût leur décision : maintien au poste, retrait temporaire, ou retrait définitif. Elles n'évoquaient pas de regret, même si la décision n'a pas toujours été évidente et, parfois, s'est avérée réversible. Une préposée démissionnaire s'exprimait en ces termes.

« Oui, j'allais démissionner parce que moi je devais préserver ma santé. Je voulais préserver ma santé [...], parce que j'ai vu des collègues qui ont des maux de dos, qui ont eu des accidents, qui ne se sont jamais rétablis. Donc moi je voulais éviter cela. » Esther.

Certaines semblent même avoir tiré de leur période de retrait temporaire un moment d'apaisement ou elles ont compris leur positionnement par rapport à la nouvelle situation.

« Bon, je pense que j'aurais fait pareil, parce que je peux dire que le temps de retrait que j'ai eu à prendre m'a un peu aidé à pouvoir savoir à quel niveau je peux me positionner émotionnellement et physiquement face à la reprise du travail, donc ça m'a un peu booster à revenir... quand je suis revenu, j'étais un peu, je peux dire un peu plus prudente dans la façon de pouvoir porter des équipements de protection, dans mes approches avec les résidents ». Noëlle.

Les PAB qui sont restées en poste au cours de la crise de la COVID-19, et n'ayant pas effectuée de retrait temporaire ou définitif avouaient, quant à elles, avoir ressenti beaucoup de fierté et surtout le sentiment de devoir accompli.

« Oui, je referai la même chose, sans hésitation. Je suis rendu plus forte physiquement et mentalement et, et j'ai beaucoup appris beaucoup, beaucoup, beaucoup acquis de l'expérience, ben pour moi, ça été une belle expérience. J'étais content d'avoir survécu. Beaucoup de fierté, un sentiment de fierté, je me sens plus forte comme si je peux traverser... surpasser, dépasser les obstacles euh, je me sens plus outillée, plus de ressources, plus forte physiquement et psychologiquement et ouais c'est ça. C'est un sentiment de fierté, de force aussi... ». **Ashley.**

Chapitre 5 — Discussions

Les résultats de notre étude ont montré que les PAB étaient confrontées à plusieurs difficultés dans l'exercice de leur métier dans les CHSLD. Ces difficultés ont poussé certaines à se retirer temporairement et d'autres à se retirer pour de bon de leur emploi. Parmi les processus ayant exercé une influence négative sur la rétention des PAB, nous avons identifié un cercle vicieux du bris de service. Cette spirale s'est caractérisée par une cascade de réactions en chaîne allant de la surexploitation des PAB, aux pressions psychologiques et physiques ayant conduit à un épuisement, à un stress aigu, dégradant au passage la santé des travailleuses et augmentant leur intention de se retirer. Ces mauvaises conditions de travail, les nouveaux enjeux éthiques liés à la pandémie, l'absence de reconnaissance du métier au pic de la pénurie de main-d'œuvre et les difficultés de conciliation emploi-famille-vie personnelle ont été des facteurs ayant influé négativement sur la rétention. *A contrario*, d'autres, influencées par des facteurs intrinsèques (volontarisme, satisfaction morale et attachement affectif au métier) et extrinsèques (soutien perçu du gouvernement du Québec et de l'organisation face à la crise), ont, quant à elles, contribué à l'intention de rester en poste.

1. Facteurs affectant l'intention de rester des PAB

1.1. Facteurs intrinsèques

Les facteurs extrinsèques sont les facteurs ayant motivé l'intention de rester (ou non) et qui sont provoqués par des circonstances liées au métier : environnement de travail, récompense ou reconnaissance, pression au travail et valorisation du métier, etc.

1.1.1. La pénurie de main-d'œuvre

Dans notre étude, nous avons trouvé que l'intention de quitter l'emploi était fortement influencée par le cercle vicieux du bris de service. Laflamme (2018) avait également trouvé que le cercle vicieux de la pénurie d'infirmières engendrait des comportements perturbateurs, qui conduisaient à l'intention de quitter l'emploi. Ces départs, se concrétisant, amenaient en retour à une sur sollicitation et une altération de la santé des infirmières qui restaient toujours en poste, alimentant ainsi davantage le cercle vicieux de la pénurie de main-d'œuvre d'infirmières (p.86).

Le cercle vicieux du bris de service trouvé dans notre étude, caractérisé par une pénurie initiale de main-d'œuvre, a entraîné la surexploitation des PAB. Cette pénurie était déjà connue et documentée, longtemps avant le début de la pandémie de la COVID-19. D'ailleurs, le plan d'action du MSSS pour l'attraction et la fidélisation des PAB, élaboré en février 2020, soit quelques semaines avant le début de la 1^{re} vague, prévoyait un départ de 6333 PAB à la retraite au cours des cinq (5) prochaines années, soit 15,2 % de l'effectif disponible du réseau (MSSS, 2020). Conséquemment, un recrutement de plus de 36 000 PAB était prévu au cours des 5 prochaines années pour combler les départs de la profession (ibid). Dès lors, la pénurie de main-d'œuvre initiale des PAB a été amplifiée au cours de la pandémie de la COVID-19, entraînant des pressions physiques et psychologiques conditionnées par la surexploitation, contribuant ainsi à augmenter l'intention de quitter le poste de PAB, ce qui alimentait encore la pénurie de main-d'œuvre. Dans notre étude, la surexploitation des PAB est aussi la conséquence de la baisse des ratios de PAB/résident ayant entraîné une surcharge de travail (*Figure 3 : Cercle vicieux du bris de service*) avec pour conséquence une situation de stress et une baisse de la qualité de service offert par les résidences. Hyer et al. (2011) dans une étude réalisée en Floride sur les ratios d'assistantes d'infirmières certifiées, dans les maisons de retraite, avait également montré que la diminution du ratio d'employés/résidents était associée à une baisse de la qualité des soins donnés, et à une insatisfaction au travail qui augmentait l'intention de départ. Pekkarinen et al. (2004) avait trouvé, lui, une relation entre la qualité de vie des résidents et les facteurs de stress que vivent les employés dans les résidences pour aînés. Dans son étude, il a également montré une corrélation négative entre la taille de la résidence et le soutien organisationnel offert aux employés pour face aux stress du travail. Autrement dit, les aînés qui vivent dans de grandes résidences avaient une qualité de vie inférieure à ceux vivants dans les résidences à taille humaine, car les employés avaient moins de soutien organisationnel pour faire face au stress au travail.

En contexte pandémique, nos résultats sont également similaires à ceux trouvés par Lavoie-Tremblay et al. (2022). Au cours d'une étude transversale menée auprès d'autres TdS, en l'occurrence des infirmières de premières lignes et des infirmières auxiliaires au Québec, il avait trouvé que l'intention de quitter le poste était plus élevée chez celles qui s'occupaient des patients COVID-19 en raison, d'une fatigue chronique élevée due à leur surexploitation au travail, d'une faible satisfaction au travail et d'une mauvaise qualité des soins prodiguée.

De l'avis du protecteur du citoyen, la pénurie de main-d'œuvre aurait été accentuée par une priorisation des approvisionnements des ÉPIs aux hôpitaux délaissant complètement alors les résidences pour aînés. Dans son rapport spécial sur la COVID-19 dans les CHSLD durant la première vague, il dénonçait la consigne transmise aux CISSS et aux CIUSSS dès le mois de mars 2020 concernant l'emploi « judicieux des ÉPIs » (Protecteur du citoyen, 2021). La santé et la sécurité des PAB, qui pouvaient se faire contaminer ou contaminer les personnes hébergées dans les CHSLD, ont été négligées, comme en témoignent le manque de matériel de protection qui leur a été alloué, et le manque de formation sur son utilisation. *In fine*, les PAB ont été fortement contaminés, contribuant ainsi à alimenter le cercle vicieux du bris de service aggravant ainsi la pénurie de main-d'œuvre tel que constaté dans notre étude. Cette politique de priorisation des ÉPIs a été d'ailleurs constatée dans d'autres contextes, telle que suggérée par une étude qualitative menée auprès d'assistantes d'infirmières dans des maisons de retraite du sud de l'État de New York. Les défis opérationnels rencontrés par celles-ci comme le manque d'ÉPI et l'absence d'informations sur la COVID-19 ont affecté négativement leur sentiment de sécurité et leur capacité à effectuer leur travail convenablement. Dans cette étude, les assistantes d'infirmières estimaient qu'elles n'étaient pas toujours prioritaires dans la dotation de matériels de protection avec pour conséquence une augmentation de leur stress et de la peur de la contagion (Reinhardt, et al. 2022). En Espagne, Sánchez-Sánchez et al. (2022) avait révélé qu'en raison d'un manque d'ÉPI, 40 % des aides-soignantes ayant participé à une étude observationnelle avouaient avoir ressenti de la peur et 50 % d'elles présentaient de l'anxiété et de la dépression.

Au Québec, cette politique de priorisation des hôpitaux au détriment des CHSLD et des résidences pour aînés aurait été prise au regard de l'évolution de la pandémie en Europe, notamment l'Italie, qui a été confrontée à une augmentation exponentielle des contaminations nécessitant des interventions médicales en soins aigus. Pour ne pas vivre la situation de ce pays fortement médiatisée, les autorités sanitaires québécoises ont alors décidé, au début du mois de mars 2020, de concentrer l'ensemble des moyens dans les hôpitaux en prenant toutes les mesures visant à prévenir leur engorgement, par le (i) transfert des personnes hospitalisées dans les CHSLD pour libérer les lits d'hôpitaux ; (ii) la protection des capacités hospitalières contre le déferlement du virus parmi la population (iii) le renforcement des capacités opérationnelles des départements de soins intensifs (iv) et la mise en place d'un protocole de prise en charge de patients susceptibles de

développer une forme grave de la maladie. À cette étape, les CHSLD et les résidences pour les aînés n'avaient été pris dans aucun scénario (Le protecteur du Citoyen, 2021).

Les émotions négatives ont également été présentes tout au long du processus décisionnel des PAB. La crise de la COVID-19 a été un évènement douloureux, aussi bien pour la société, pour les aînés et leurs familles, que pour les préposées elles-mêmes. Les réponses physiques et psychiques au stress, la peur de la contagion, la colère, la frustration et l'impuissance sont les principales émotions citées par les PAB que nous avons interrogées. Ces émotions ont contribué à l'intention de quitter le poste, ce qui a aggravé la pénurie de main-d'œuvre. À Barcelone, une étude réalisée dans un hôpital public visant à mesurer l'impact de la pandémie sur le stress, la résilience et la dépression chez les TdS avait également montré que les professionnels de la santé les plus stressés étaient les infirmières à temps plein suivi des aides-soignantes (Manzanares et al., 2021) alors qu'aux Philippines, une étude transversale réalisée auprès des infirmières de première ligne avait montré une corrélation négative entre la peur de la COVID-19 et la satisfaction au travail. De plus, cette peur était associée à une détresse psychologique accrue et surtout à une augmentation de l'intention de quitter l'organisation (Labrague et al., 2021). L'ampleur des émotions qu'ont traversées les PAB lors de la crise pourrait s'expliquer non seulement par la gravité de la situation, mais aussi par le lien affectif qui les unit aux résidents. Ainsi, White et al. (2021), dans une étude réalisée dans une maison de retraite à Washington, a montré que l'épuisement professionnel dont souffre le personnel de soins de longue durée est la conséquence du fardeau physique, mental et émotionnel ressenti par ces employés. Ceci était de plus amplifié par un sentiment d'inquiétude et d'empathie sincères envers les résidents qui vivaient l'isolement, la maladie et la mort. L'auteur avait conclu que la familiarité existante dans les résidences pour aînés alourdissait le bilan émotionnel de ces travailleurs dans la prise en charge des résidents (White et al., 2021).

Dès lors, dans notre étude, ou dans d'autres études réalisées dans le monde, beaucoup de PAB assuraient se sentir en insécurité vis-à-vis de leur famille en raison d'une surcharge de travail et du risque de contamination qui y est associée. La pandémie de la COVID-19 les a soumises à une charge émotionnelle et à des pressions physiques et psychologiques élevées, contribuant à influencer négativement leur santé mentale et à augmenter l'intention de quitter leur emploi. Elles étaient en effet le plus à risque de

contracter l'infection que les autres professionnels de la santé en raison de leur contact étroit et prolongé avec les personnes âgées ayant la COVID-19.

1.1.2. Les conditions et l'environnement de travail

Les mauvaises conditions de travail, les différents enjeux éthiques, les relations négatives au travail, l'absence de considération et de valorisation du métier de PAB ont également été évoqués dans notre étude comme des facteurs impactant négativement l'intention de rester des PAB au cours de la crise de la COVID-19. Les résultats de notre étude corroborent plusieurs autres résultats obtenus par le passé. En premier lieu, ils sont cohérents avec les hypothèses exprimées dans notre cadre logique ; en particulier, nos résultats corroborent ceux de Tourangeau et al. (2010). Dans son étude des facteurs de rétention des infirmières, il montrait l'influence du déséquilibre entre le travail et la famille, l'influence de la nature des relations au travail tout comme le sentiment d'appartenance à l'organisation sur l'envie de rester alors que les relations négatives, dénigrantes ou insatisfaisantes pouvaient inciter à quitter l'emploi. Autrement dit, les relations avec le gestionnaire et son soutien exerçaient une influence positive sur l'envie de rester, car celui-ci exerçait une influence directe sur l'environnement de travail et la reconnaissance. Nos résultats confirment la présence d'enjeux manifestes en rapport avec la gestion des ressources humaines et de l'organisation du travail, deux enjeux qui avaient été identifiés comme prioritaires par Aubry et al. (2015). Les mesures prises par le gouvernement en période de crise ne témoignent pas de véritables orientations stratégiques, mais recourent plutôt des mesures temporaires et insuffisantes pour pallier les problèmes identifiés dans notre étude. Toutefois, nos résultats diffèrent légèrement de ceux obtenus par Butler et Rowan (2013). En effet, dans une étude longitudinale, menée dans le Maine, sur le maintien en poste des aides-soignantes à domicile, ils avaient trouvé que l'amélioration des salaires et des avantages sociaux était la stratégie ayant le plus d'influence sur le maintien en emploi de celles-ci. Nos résultats observés dans un contexte de crise ne confirment pas ceux de Butler et Rowan (2013). Les avantages et les rémunérations, même s'ils ont été évoqués comme étant des facteurs de motivations par certaines PAB, n'apparaissent pas clairement ou seulement en marge comme étant des facteurs facilitant l'intention de rester en poste. De plus, les facteurs de rétention que nous avons trouvés sont pour la majorité des facteurs intrinsèques (volontarisme, satisfaction morale et attachement affectif au métier) indiquant que la majorité de ceux qui sont restés en poste au cours de la crise de la COVID-19 était surtout motivée par des facteurs

individuels et non organisationnels. Cette différence observée pourrait s'expliquer par le fait que la COVID-19 représente une situation de crise aiguë qui a poussé les PAB dans leurs plus lointains retranchements, conséquemment, ceux qui sont restés en poste ont été majoritairement motivés par des facteurs individuels. En revanche, Setia (2010) soulignait un aspect qui nous paraît important et non pris en compte dans notre étude. En voulant évaluer l'effet de l'ancienneté dans l'intention de rester en poste, et les facteurs de risques associés à l'intention de quitter l'emploi des TdS dans les établissements de longue durée, elle avait trouvé que le risque de quitter était plus élevé au cours des neuf (9) premiers mois de l'emploi et près de la moitié des personnes embauchées étaient perdu au cours de cette période. Setia (2010) suggérait alors comme stratégies les plus appropriées pour prévenir le risque d'une forte rotation auprès de ces employés l'instauration des bonnes pratiques de recrutement, de formation initiale et d'orientation professionnelle.

En outre, nos résultats font ressortir une augmentation des tensions d'une part entre les PAB et leurs supérieurs hiérarchiques et d'autre part entre les PAB et les résidents stressés et inquiets de la situation sanitaire. Cela a renforcé le sentiment d'insécurité de plusieurs PAB renforçant ainsi l'intention de départ et donc alimentant encore le cercle vicieux du bris de service. Abrahamson et al. (2009) déjà avant la pandémie, en étudiant les facteurs influençant l'épuisement professionnel des infirmières et des aides-infirmières dans les centres de soins de longues durées à New York, avait aussi trouvé que les mauvaises relations avec les collègues, les familles ou les résidents avaient un grand impact sur la santé mentale et la satisfaction au travail des employés. De plus, les conflits entre les employés et les familles s'intensifiaient lorsque les premiers avaient l'impression de n'avoir pas suffisamment de temps pour compléter leurs activités comme constatées au cours de la crise des CHSLD. De son côté, Castle (2007) avait trouvé une association non linéaire entre une forte rotation du personnel et une baisse de la qualité des soins offerts d'une part et la faible qualité de l'environnement de travail d'autre part ; mesuré à l'aide de quatorze (14) indicateurs, réparti en quatre (4) thèmes : (i) caractéristique de la rotation (rotation des infirmières autorisées, rotation des infirmières auxiliaires, rotations des PAB (ii) les caractéristiques de l'organisation (ratio d'infirmières/100 résidents, ratio d'auxiliaires/100 résidents, ratio de PAB/100 résidents, nombre total de lits) (iii) le type d'organisation (à but non lucratif ou non, appartenant à un groupe ou non, etc.) et la caractéristique du marché. Enfin, d'autres études ont montré que les résidences pour personnes âgées, qui offrent des formations continues aux PAB dans l'optique d'une

évolution de carrière, avaient tendance à améliorer le niveau de rétention, en diminuant l'absentéisme et en augmentant la performance au travail (Yeatts et al., 2010).

Notre analyse suggère que le manque de valorisation du métier de PAB est le facteur central impactant la rétention. Ce manque de valorisation du métier retient particulièrement l'attention, notamment parce qu'il intervient au moment du pic de la demande en PAB contredisant l'adage français qui stipule que « tout ce qui est rare est précieux ». Aussi, en parcourant nos différents résultats, on se rend compte que les PAB ayant connu un retrait temporaire ou définitif décrivent le contexte pandémique comme une goutte d'eau ayant fait déborder le vase. La COVID-19, loin d'avoir résolu les problèmes du métier, les aurait plutôt mis en lumière et aurait même dans certains cas exacerbé les crises latentes. Nos résultats mettent aussi en évidence la manière dont la pandémie a créé un terrain fertile au maintien et à l'amplification de la précarité de certaines PAB, notamment après l'adoption des arrêtés 2020-007 et 2020-008. En effet, ces deux arrêtés, taxés d'abusifs par la fédération interprofessionnelle de la Santé au Québec (FIQ, 2020), ont consacré plusieurs mesures qui permettent aux responsables des CHSLD d'annuler des libérations syndicales (congé accordé à un salarié pour l'exercice de fonctions syndicales à l'intérieur ou à l'extérieur de l'organisation) déjà accordées ou de refuser d'en accorder de nouvelles, de modifier des congés de toute nature avec ou sans soldes incluant les vacances et d'annuler ou de suspendre les congés déjà autorisés ainsi que l'octroi de nouveaux congés, de monnayer à un taux simple la période de vacances et de modifier les horaires de travail, etc. (MSSS, 2020a, 2020b). Le fait marquant de nos résultats est de constater que le traitement réservé au PAB au cours de la crise de la COVID-19 et qui apparaît en dissonance ou du moins diffère significativement du discours officiel tenu depuis mars 2020 montrant le personnel soignant, notamment les PAB comme des héros ou des « anges gardiens ». Cet écart entre le discours médiatique et politique et la réalité que vivaient les PAB, renforcés d'une instrumentalisation, de l'invalidation et d'un manque de concertation aurait renforcé l'intention de quitter le métier de PAB.

1.2. Facteurs extrinsèques au métier de PAB.

Les facteurs extrinsèques sont les facteurs ayant motivé l'intention de rester (ou non) qui sont la conséquence des circonstances externes non liées au métier de PAB. Dans ce cas, la décision de rester en poste est motivée uniquement par l'intérêt et/ou le plaisir qu'éprouvent les PAB à rester dans leur métier.

1.2.1. L'aspect transitoire de la profession

Dans notre étude, nous avons trouvé que la majorité de celles qui considéraient le métier de PAB comme un métier de transition est restée en poste au cours de la crise de la COVID-19. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les motivations derrière leur intention de quitter leur emploi soient fortement liées à des facteurs externes au métier. Ces PAB considérant le métier comme une transition professionnelle auraient été peu ou prou influencées par les facteurs internes à l'emploi ou à des facteurs liés à la COVID-19. Ce résultat conforte ceux trouvés dans l'étude de Tourangeau et al. (2010), qui avaient mis en lumière le poids des facteurs externes dans l'intention de rester, notamment après avoir observé que les opportunités de travail convenables ailleurs affectaient négativement la rétention des infirmières.

Dans notre étude, celles qui considéraient le métier comme une transition professionnelle était dans 3 situations distinctes : (i) le métier de PAB était le plus accessible pour elles selon leur trajectoire professionnelle ; (ii) elles étaient PAB en attendant d'obtenir une équivalence ou un diplôme dans le domaine de la santé ; et enfin (iii) elles étaient étudiantes et conciliaient leur emploi aux études. Dans tous les cas, devant de nouvelles aubaines de travail correspondant mieux à leur trajectoire professionnelle et/ou à leurs diplômes, celles-ci auront tendance à quitter le métier de PAB. Or, les gestionnaires de résidences pour les aînés n'ont que peu de contrôle sur ces facteurs externes. Laflamme (2018), en étudiant la rétention des infirmières des blocs opératoires et leur intention de quitter l'emploi, était parvenu à des résultats comparables aux nôtres. Dans son analyse, le manque d'intérêt, les occasions de travailler ailleurs, la distance entre le lieu d'habitation et l'hôpital étaient des motifs associés au départ des infirmières qui s'apparentaient aux facteurs externes de Tourangeau et al. (2010). Ces départs, selon elle, devraient être considérés comme faisant partie des départs associés au roulement normal du personnel. Ce sont des facteurs influençant l'intention de quitter l'emploi qui sont plus dépendants des individus que de l'organisation.

En définitive, la décision de rester au cours de la crise de la COVID-19, observée pour les PAB considérant le métier comme une transition professionnelle dans notre étude, ne serait donc pas le reflet d'une véritable intention ou d'une implication professionnelle, mais plutôt la résultante des conditions externes, qui étaient à cet instant trop précaire pour pouvoir réorienter leur carrière sereinement. Il est fort probable que ces PAB quitteront leur métier tôt ou tard. En outre, ces départs qui paraissent inévitables devraient être

considérés par le système de santé du Québec comme des départs normaux faisant partie du roulement normal des effectifs, comme suggéré par Laflamme (2018). Notre analyse suggère qu'il serait trompeur de prévoir une forte rétention des PAB « qui sont passées à travers la crise de la COVID-19 », comme s'il s'agissait de toutes personnes dévouées au métier envers et contre tout.

1.2.2. L'amour du métier de PAB

Les résultats de notre étude suggèrent également qu'il existe d'autres facteurs de rétention au métier de PAB, qui relèvent plus de la personnalité ou du tempérament des PAB : le volontarisme, la satisfaction morale et l'attachement affectif au métier. Il s'agit des facteurs individuels qui sont peu ou prou influencés par les conditions ou l'environnement de travail. Les PAB restées en poste, bien qu'elles se plaignissent des conditions de travail, du manque de reconnaissance et de valorisation, affirmaient être restées en poste d'abord par volontarisme, mais aussi en raison de la satisfaction morale découlant de leur travail et de l'attachement affectif au métier. Lalande (2019), en étudiant les traits de personnalité et les attitudes des PAB en Ontario qui ont décidé de rester en poste dans les centres d'hébergement, était parvenue à des conclusions similaires. Elle avait trouvé que les PAB ayant l'intention de rester en poste avaient une attitude positive envers les personnes âgées. De plus, elles étaient davantage chaleureuses, concrètes, réactives, soumises, spontanées, consciencieuses, timides, objectives, vigilantes, perfectionnistes, pratiques, intériorisées, appréhensives, traditionnelles et décontractées. Il est plausible que les traits de personnalité des PAB désirant faire carrière dans le métier soient différents (en moins en partie) de celles qui quitteront le métier après l'avoir exercé quelques moments. Labonte (2013) a trouvé que les PAB ayant l'intention de travailler dans les centres d'hébergement jusqu'à la retraite ressemblaient à des personnes qui avaient reçu un appel religieux, car, disait-il, elles étaient dévouées aux personnes âgées et à leur emploi. Dans son étude, la principale raison évoquée par les PAB pour rester en poste était la volonté de prendre soin des personnes âgées. Plus récemment, au cours de la crise de la COVID-19, à Toronto, une étude menée dans les résidences de longue durée, auprès des PAB, a montré que celles-ci partageaient une forte croyance dans leur devoir de travailler pendant la crise sanitaire. En outre, elles se sentaient responsables de soutenir les personnes vulnérables, bien qu'elles se pensaient elles-mêmes vulnérables à la transmission de la COVID-19. Ce constat est d'ailleurs partagé par d'autres auteurs, même si par ailleurs, comme le souligne Nizzer et al. (2022) les

difficultés rencontrées dans cette profession ont été exacerbées par la pandémie, mettant à rude épreuve la motivation au travail, le bien être émotionnel, et la perception du soutien organisationnel des PAB.

En définitive, celles qui sont restées en poste semblent l'avoir fait en raison des traits de personnalité bien particuliers. Elles aiment leur emploi, manifestent un attachement affectif et personnel à leur travail et possèdent un altruisme qui s'apparente à un appel spirituel. Les PAB qui font carrière sont attentives et maternelles tout en faisant preuve d'empathie, d'intuition et de sagesse vis-à-vis des personnes âgées. Secrets, et al. (2005) soulignaient d'ailleurs qu'elles ont le sens de la famille, de l'appartenance, de la fierté pour le travail et le sentiment de contrôle sur leurs destinées.

2. Gestion des conflits éthiques par les PAB

Interrogées sur les enjeux éthiques rencontrés au cours de la crise de la COVID-19, les participantes à notre étude ont répondu de différentes façons. Dans un premier temps, il faut souligner que la notion d'enjeu éthique n'était pas réellement comprise par les PAB. Elles évoquaient plutôt des irritants quotidiens les empêchant de réaliser correctement leur métier. Aussi, notre étude n'a pas pu identifier les différences de perception, le vécu et la résolution des enjeux éthiques entre les PAB qui sont restées en poste et celles qui ont connu un retrait définitif ou temporaire. De plus, selon notre analyse, aucune intention de rester ou de quitter l'emploi ne semblait fondamentalement justifiée par des enjeux éthiques, même si ceux-ci ont été désignés comme étant des difficultés supplémentaires rencontrées. Trois (3) situations se dégageaient des enjeux éthiques présentés par les participantes à l'étude. Dans un premier temps, il s'agissait d'un dilemme entre le devoir de s'occuper des résidents malades et celui de se protéger. Certaines PAB ont choisi de travailler sans protection par méconnaissance, par contrainte ou par témérité, alors que d'autres ont refusé de travailler en l'absence de mesure de protection adéquate. Ce manque d'harmonisation dans la réaction des PAB face à ce dilemme pourrait s'expliquer par l'inexistence d'une instance nationale décisionnelle représentant les PAB fixant la ligne de conduite comme l'avait fait le collège des médecins, des infirmières, des infirmières auxiliaires et des inhalothérapeutes (Collège des médecins du Québec, et al., 2020). Dans un second temps, certains PAB avouaient avoir ressenti de la détresse éthique à l'idée de garder des résidents anxieux et stressés en isolement, notamment ceux souffrant de troubles cognitifs. Malgré la détresse ressentie, les PAB interrogées

avouaient pour certains avoir essayé de faire respecter l'isolement des résidents coûte que coûte, tandis que d'autres ont avoué avoir cédé à la tentation de laisser sortir les résidents anxieux et stressés. À ce niveau, on pourrait également noter une absence de formation et de suivi de l'activité des PAB. Cela était particulièrement visible notamment dans leurs attitudes vis-à-vis des mesures d'isolement prises au cours de la pandémie. Cette situation a été également observée en France dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). En effet, Gzil et al. (2020) avait, grâce au questionnaire adressé en mars 2020 au réseau « Grand âge, autonomie et maladies neuro-évolutives » de l'espace de réflexion éthique de la région Île-de-France, fait une cartographie des questions éthiques soulevées par la pandémie dans les EHPADs. Les répondants, qui étaient des infirmières, des aides-soignantes, des ergothérapeutes, des psychologues, etc. ont soulevé 7 points : 1) la dégradation de la dynamique sociale et l'isolement induit par l'interdiction des visites ; 2) la pénurie d'ÉPI et des tests, tant en établissement qu'à domicile ; 3) les difficultés des personnes ayant des troubles cognitifs à comprendre la situation ; 4) la soutenabilité pour les TdS, d'une surcharge de travail pendant une période indéterminée ; 5) l'inquiétude des familles du fait de la suspension des visites ; 6) les situations complexes aussi bien en EHPAD qu'à domicile ; et les 7) difficultés d'accès aux soins pour des motifs autres que la COVID-19.

Enfin, la dernière situation d'enjeu éthique, qui semble, selon notre analyse, la plus importante est l'attitude globale de certaines PAB vis-à-vis des enjeux éthiques proprement dits. Pendant que certaines ont choisi la transgression ou la témérité pour résoudre le dilemme éthique (le choix entre le devoir de se protéger ou de s'occuper d'un résident malade), d'autres ont adopté une attitude passive en se réfugiant sous les normes pour ne faire face à aucun enjeu éthique, contribuant ainsi à déshumaniser les soins offerts aux résidents au cours de la crise de la COVID-19. D'ailleurs, pour éviter cette déshumanisation des soins, Romdhani et al. (2021) proposait l'implication des infirmières et des aides-soignantes dans la prise de décision pour les soins des patients âgés atteints de démences au cours de la pandémie de la COVID-19, notamment en cas de refus de soins. Les infirmières et les aides-soignantes posséderaient selon lui une vision différente de la santé de ces patients, car elles passent de longues heures avec eux pour prodiguer des soins. Ainsi, face au dilemme éthique touchant à l'autonomie des patients rencontrés par les soignants, il préconisait une flexibilité permettant de les

déconfiner, chaque jour à des heures différentes afin qu'ils ne se croisent pas et soient autorisés à déambuler dans les unités sous une étroite surveillance.

Dans plusieurs pays dans le monde, la crise de la COVID-19 a également posé des dilemmes moraux. Au Bangladesh notamment, une étude observationnelle a permis de constater qu'en l'absence d'ÉPI et face à des patients atteints de la COVID-19, plusieurs TdS refusaient d'administrer des soins. L'étude conclut en estimant que les TdS doivent procéder à un minimum d'évaluation clinique et à la stabilisation du patient avant de commencer le transfert vers une unité COVID-19 (Swazo et al., 2020). D'ailleurs, au Québec, l'énoncé de position du Collège des médecins, de l'ordre des infirmières et infirmières, de l'ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires, et de l'ordre des inhalothérapeutes, estimait que les soignants avaient le devoir de se protéger avant d'agir, notamment dans un contexte de rationnement des ÉPIs. Ainsi, de prime abord, ils doivent pouvoir rester fonctionnels, et ensuite, pour ne pas devenir eux-mêmes des vecteurs de transmission virale. L'énoncé précise qu'il s'agit d'une obligation pour les soignants non seulement envers eux-mêmes, leurs proches, mais aussi envers les autres patients et les collègues de travail. En d'autres, cet énoncé publié en avril 2020 stipulait qu'un soignant qui ne bénéficiait pas d'ÉPI adapté devrait renoncer à prodiguer un soin à un patient pour se protéger ou doit alors en faire part à son supérieur ainsi qu'aux membres de l'équipe interdisciplinaire, voire aux responsables institutionnels ou aux autorités de santé publique concernées. L'énoncé conclu en demandant aux soignants d'éviter la témérité dans le contexte d'une pandémie comme celle de la COVID-19, où chacun devrait faire preuve de professionnalisme et de solidarité responsable. En définitive, un soignant infecté faute de précautions se fait plus de mal que de biens (Collège des médecins du Québec, et al., 2020).

3. Forces et limites de l'étude

3.1. Forces de l'étude

Plusieurs mesures ont été prises au cours de l'étude afin d'améliorer sa crédibilité, sa transférabilité et sa conformabilité. Les données recueillies ont par exemple été triangulées avec notre propre expérience et nos observations découlant de notre immersion dans un CHLSD. En outre, nos résultats préliminaires ont été envoyés aux personnes interrogées pour validation des interprétations en vue d'améliorer la crédibilité de l'étude. La transférabilité, la véracité et la conformabilité de l'étude ont été assurées

par une bonne connaissance de notre cadre d'étude, par la tenue d'un journal de bord racontant l'ensemble de notre réflexion et d'un journal réflexif. Dans la synthèse des résultats, nous avons également tenu compte des variations et des contractions exprimées dans les témoignages des PAB. Enfin, l'utilisation de trois analyses pour les résultats a assuré la conformabilité de l'étude.

La grande force de l'étude découle de notre propre expérience d'immersion dans un CHSLD, ayant permis non seulement de gagner la confiance des PAB, mais aussi de voir de l'intérieur les conditions de travail et les difficultés rencontrées par les PAB au cours de cette période. Cette expérience d'acteur et d'observateur a permis de collecter des informations précieuses de l'intérieur des résidences pour mieux comprendre le vécu des PAB, qui pour la plupart nous considèrent comme étant l'un d'eux. Aussi, notre guide d'entrevue a été validé par trois analystes, et notre protocole de recherche a été enrichi de commentaires formulés par un spécialiste des PAB au Québec. Enfin, le recrutement s'est fait de façon intentionnelle, en boule de neige, en prenant le soin d'inclure les trois catégories de PAB recherchées par notre étude : (i) les PAB ayant quittés leur emploi (ii) les PAB qui ont connu un retrait temporaire et (iii) celles étant restées à l'emploi au cours de la crise. L'inclusion de ces trois catégories de PAB a diversifié les perspectives et enrichi nos thèmes à l'étude. En fin de compte, à notre connaissance, notre étude est l'une des pionnières au Canada dans l'étude des difficultés ou facteurs responsables de l'intention de quitter des PAB au cours de la crise de la COVID-19.

3.2. Les limites de l'étude

Malgré nos efforts, notre étude présente bien des limites que nous avons pu cependant identifier. Par exemple, en raison des mesures de distanciation physique dans le cadre de la lutte contre la pandémie persistante, nous n'avons pas souhaité inclure les groupes de discussion dans notre collecte des données. Aussi, les entrevues ayant été réalisées entre 15 à 20 mois après les événements, un biais de mémoire pourrait être à l'œuvre chez des PAB ayant quitté leur emploi. Il est également arrivé pour certaines PAB au cours des entrevues de confondre le moment des faits rapportés en amalgamant parfois les vagues successives qui se sont abattues sur le Québec. Aussi, bien qu'initialement, nous avions prévu des entrevues à la fois en personne et en ligne, celles-ci se sont exclusivement déroulées par téléphone en raison du contexte sanitaire au moment de la période de collecte des données, privant ainsi nos entretiens d'une richesse de la communication non verbale.

L'autre limite réside dans le fait que plusieurs PAB approchées ont refusé de participer à l'étude ayant entraîné des difficultés à recruter plus de personnes dans les délais impartis pour la complétude du mémoire. Certaines réclamaient une compensation financière avant de collaborer avec nous. Aussi, il existe une possibilité de biais si les personnes ayant accepté de participer à l'étude sont différentes de ceux ayant refusé de répondre. De plus, comme dans la plupart des études qualitatives, les réponses récoltées pourraient être soumises à un biais de désirabilité sociale. Autrement dit, il est possible que les PAB interrogées donnent des réponses qu'elles estiment les plus désirables au détriment de leurs opinions, de leurs expériences réellement vécues. Cependant, une triangulation des réponses récoltées et de notre propre expérience d'immersion a permis d'atténuer ce biais.

Enfin, notre étude a été réalisée auprès des PAB de l'île de Montréal dont les résidences pour aînés ont été les plus durement touchées au cours de la 1^{re} vague de la crise de la COVID-19. Nos résultats ne reflètent donc pas l'ensemble de la situation de tous les PAB du Québec et n'ont pas vocation à être généralisés.

Chapitre 6 — Conclusion

Le réseau de la santé et des services sociaux au Québec, en particulier le réseau des CHSLD, est fragilisé depuis de nombreuses années en raison de la pénurie de personnel et d'une forte demande due au vieillissement de la population. Cette pénurie de main-d'œuvre dans les CHSLD s'associe, dans le cas des PAB, à une précarité élevée des conditions d'emploi. Cette situation problématique a été documentée à de nombreuses reprises et se caractérisait par une forte rotation de personnel, une faible attractivité de la profession de PAB, donc une faible rétention, et des problématiques de santé au travail plus fréquentes que chez les autres professionnels de la santé. La crise de la COVID-19, loin d'avoir réglé les problèmes préexistants, a davantage attisé les braises et aggravé le phénomène de précarisation du métier de PAB.

En étudiant les difficultés rencontrées au cours de la crise de la COVID-19 par les PAB et en se concentrant sur la première vague qui a été la plus meurtrière dans les résidences pour aînés, notre étude a permis de mettre en lumière les processus décisionnels ayant poussé de nombreuses PAB à se retirer temporairement ou définitivement de leur métier, alors que d'autres ont décidé de rester en poste.

Nos résultats montrent de façon générale que les PAB démissionnaires considéraient la pandémie de la COVID-19 comme une goutte d'eau ayant fait déborder le vase. Le sentiment de dévalorisation du métier semble avoir atteint son paroxysme pendant cette période, au cours de laquelle, pourtant, les médias et le gouvernement du Québec vantaient officiellement le mérite et l'héroïsme des PAB, alors que peu de changements positifs dans leurs conditions de travail étaient observés concrètement. Certains ont vu dans cette situation une manipulation visant non seulement à rassurer l'opinion publique, mais aussi à favoriser le recrutement exceptionnel de 10 000 PAB annoncées publiquement pour faire face à la crise.

Somme toute, se retirer ou démissionner d'un emploi n'est jamais quelque chose de banal. Il nous est apparu que certaines PAB ayant connu un retrait temporaire ou définitif l'ont fait la mort dans l'âme, presque à contrecœur, sans toutefois regretter leur acte. Le retrait, qu'il soit temporaire ou définitif, est un acte révélateur et s'apparente à l'ultime technique utilisée par les PAB pour se protéger contre des facteurs agressants de

l'environnement de travail, et surtout pour se protéger et préserver leur santé physique et mentale face à des conditions qu'elles estiment intolérables.

Cette étude montre aussi que deux profils distincts de PAB ont pris la décision de rester au travail pendant la crise de la COVID-19. En premier lieu ont été concernées les PAB qui montraient un profond attachement à leur métier. Celles-ci avaient le sentiment d'accomplir un travail vraiment utile et pensaient pouvoir changer le cours de la pandémie par leur seule action et/ou volonté tout en tirant une satisfaction morale de leurs actions. En second lieu se retrouvent les PAB qui considéraient leur emploi comme un passage transitoire, avant de passer à une autre étape dans leur vie. De façon surprenante, pour celles-ci, la crise n'a pas déclenché la décision de commencer leur nouveau projet pressenti. Ce sont les conditions externes qui vont permettre cette transition (par exemple : équivalence de diplôme, complétude des études, opportunités d'embauche dans d'autres métiers correspondant mieux à la situation professionnelle et/ou familiale), et non pas une dégradation des conditions de travail.

Pendant que des PAB démissionnaires relevaient le cynisme du gouvernement, qui officiellement les glorifiait, mais, concrètement, les délaissait, des PAB restées en poste ont eu le sentiment d'avoir été soutenues, non seulement par le Gouvernement du Québec, mais aussi par leur employeur, et ce, de diverses manières. Une même mesure gouvernementale peut alors être mal perçue par un groupe de PAB et bien accueillie par un autre groupe de PAB. Cela pourrait être la démonstration possible d'une absence de concertation entre le Gouvernement du Québec et les représentants existants des PAB, contribuant davantage à la précarisation de l'emploi, notamment au cours de cette période.

En fin de compte, cette étude montre également, comment une crise ponctuelle s'est greffée à une situation préexistante qui était problématique et précaire. Le processus décisionnel des PAB ne peut s'examiner qu'en comprenant comment ces deux facteurs étaient imbriqués. À la lumière de ces éléments, il est difficile de concevoir une politique pour améliorer la rétention des PAB en période de crise sanitaire qui ne traite pas du problème sous-jacent, la « crise structurelle ». Une amélioration des conditions de travail et une meilleure valorisation du métier de PAB sont indispensables afin de pallier la pénurie de main-d'œuvre. Ceci permettrait de mieux cibler les candidats à l'emploi, et de

lutter contre cette vision dominante du métier de PAB en tant que phase transitoire, sous-appréciée, et contribuant à la déshumanisation des soins.

De prochaines études pourront étudier l'attitude (rétention, retrait définitif ou temporaire) et les motivations des 10 000 PAB recrutées au cours de la pandémie en les comparant aux nôtres pour une meilleure compréhension des facteurs de rétention en situation de crise aiguë.

Références bibliographiques

- Abrahamson, K., et al. (2009). Conflict Between Nursing Home Staff and Residents' Families: Does It Increase Burnout? *Journal of Aging and Health* 21(6): 895-912.
- Arthur, M. B., & Rousseau, D. M. (1996). *The boundaryless career: A new employment principle for a new organizational era*. New York: Oxford University Press.
- Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec (ARIHQ). (2021). Repéré sur : <https://www.arihq.com/membres-ri-et-avantages/definition/>
- Aubry, F., Bergeron-Vachon, F., Guilmain, L., M., Beauregard, N., St-Hilaire, F. (2015). « S'absenter, c'est se protéger ? Stratégies pour prévenir l'absentéisme des préposés aux bénéficiaires causés par des problématiques de santé psychologique et soutenir le retour au travail ». Rapport de recherche, InterActions, *Centre de recherche et de partage des savoirs CIUSSS du Nord-de-l'île-de-Montréal*. 28 p.
- Aubry, F., Couturier Y. (2019). La fragilisation de la santé des préposés aux bénéficiaires et des auxiliaires en santé et services sociaux expérimentés du secteur public au Québec : quelles conséquences sur la vie personnelle et familiale. Rapport de recherche, InterActions, *Centre de recherche et de partage des savoirs CIUSSS du Nord-de-l'île-de-Montréal*. 38 p.
- Barber, A. E., Bretz, R.D. (2000). « Compensation, Attraction, and Retention ». In S. Rynes, and B. Gerhart (Eds.), *Compensation in Organizations: Progress and Prospects*, *Frontiers of Industrial and Organizational Science Series, Society for industrial and Organizational Psychology*, p. 32-60, San Francisco: New Lexington Press.
- Bédard, S. (2012). Portrait des lésions dans le secteur de la santé et des services sociaux, *Objectif prévention*, 35 (1), 8-9.
- Bédard, S. (2016). L'importance des TMS chez les soignants en quelques chiffres, *Objectif prévention*, 39 (2), 31-32.
- Best, M. F., & Thurston, N. E. (2004). Measuring nurse job satisfaction. *Journal of Nursing Administration*, 34(6), 283-290.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*; 3: 77 - 101
- Brunelle, Y. (2009). Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner. *Pratiques et Organisation des Soins*, 40 (1), 39-48. doi :10.3917/pos.401.0039
- Bujold, M. (2017). NVivo : un support à l'analyse qualitative. *Guide de formation, Montréal, Canada CAQI*.
- Castle, N. G., Engberg, J., & Men, A. (2007). Nursing Home Staff Turnover: Impact on Nursing Home Compare Quality Measures. *The Gerontologist*, 47 (5), 650-661. <https://doi.org/10.1093/geront/47.5.650>

- Catherine De Montigny. (2021). Identification des sous-groupes d'individus les plus à risque de mortalité chez les cas confirmés de la COVID-19 au Québec. *Mémoire pour la maîtrise en santé publique*. Université de Laval. 72 p.
- Collège des médecins du Québec, & et al. (avril 2020). Pénurie d'équipement de protection individuelle pendant la pandémie de covid19. Entre le devoir professionnel de soigner et celui de se protéger : que choisir ? Repéré sur : <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2020-04-23-fr-penurie-d-equipements-de-protection-individuelle-pendant-la-pandemie-de-covid-19-enonce-de-position.pdf> :
- Commission de l'éthique en science et en technologie. (CEST) Gouvernement du Québec, 2020. En ligne. Repéré sur <https://www.ethique.gouv.qc.ca/fr/ethique/quelques-notions-d-ethique/les-enjeux-ethiques/>
- Cotton, J. L., Tuttle, J.M. (1986). Employee turnover: a meta-analysis and review with implications for research, *The Academy of Management Review*, vol. 11, n°1, p. 55-66.
- Da Silva, R.B. (2020). Portrait des CHSCLD et enjeux en contexte de pandémie. La pandémie de coronavirus : la réponse du Canada. Repéré sur <https://centreinteractions.ca/portrait-des-chsld-et-enjeux-en-contexte-de-pandemie/>
- Dubois, Carl-Ardy. (2020). « COVID-19 et main-d'œuvre en santé — déminer le terrain et lever les verrous institutionnels », *Rapport Bourgogne 2020RB-05*, CIRANO. Repéré sur <https://www.cirano.qc.ca/fr/sommaires/2020RB-05>.
- Duxbury, L. et Higgins, C. (2003). Work—Life Conflict in Canada in the New Millennium. A Status Report, Health Canada.
- FIQ et FIQP. (octobre 2020). Chronique d'une hécatombe annoncée. Enquête sur la gestion de la crise de la COVID-19 dans les CHSCLD. Mémoire déposé au Protecteur du Citoyen.
- Gaudet, S. et D. Robert. (2018). L'aventure de la recherche qualitative : du questionnement à la rédaction scientifique, Ottawa, *Les Presses de l'Université d'Ottawa*, p. 1 ressource en ligne.
- Glaser, B. G. et Strauss, A. L. (2010). La découverte de la théorie ancrée : Stratégies pour la recherche qualitative. Paris : Armand Colin.
- Gorbalenya, A. E., Baker, S. C., Baric, R. S., de Groot, R. J., Drosten, C., Gulyaeva, A. A., Haagmans, B. L., Lauber, C., Leontovich, A. M., Neuman, B. W., Penzar, D., Perlman, S., Poon, L. L. M., Samborskiy, D. V., Sidorov, I. A., Sola, I., Ziebuhr, J., & Coronaviridae. Study Group of the International Committee on Taxonomy of Viruses. (2020). The species severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: Classifying 2019-nCoV and naming it SARS-CoV-2. *Nature Microbiology*, 5(4), 536-544. <https://doi.org/10.1038/s41564-020-0695-z>

- Grenier N. (2008). Portrait de la main d'œuvre Préposés aux bénéficiaires (Rapport Grenier). Québec, Canada. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. 28 p.
- Guan, W.-J., Liang, W.-H., Zhao, Y., Liang, H.-R., Chen, Z.-S., Li, Y.-M., Liu, X.-Q., Chen, R.-C., Tang, C.-L., Wang, T., Ou, C.-Q., Li, L., Chen, P.-Y., Sang, L., Wang, W., Li, J.-F., Li, C.-C., Ou, L.-M., Cheng, B., ... China Medical Treatment Expert Group for COVID-19. (2020). Comorbidity and its impact on 1590 patients with COVID-19 in China: A nationwide analysis. *The European Respiratory Journal*, 55(5). <https://doi.org/10.1183/13993003.00547-2020>
- Gzil, F., Clause-Verdreau, A. C., Brugeron, P. E., & Hirsch, E. (2020). Éthique, soin et grand âge pendant l'épidémie de Covid-19. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*, 18 (2), 151-156.
- Hegney, D., Plank, A., & Parker, V. (2006). Extrinsic and intrinsic work values: Their impact on job satisfaction in nursing. *Journal of Nursing Management*, 14(4), 271–281.
- Herzberg, F., Mausner, B., & Snyderman B. (1959). The motivation to work. New York: Wiley.
- Hyer, K., Thomas, K. S., Branch, L. G., Harman, J. S., Johnson, C. E., & Weech-Maldonado, R. (2011). The Influence of Nurse Staffing Levels on Quality of Care in Nursing Homes. *The Gerontologist*, 51 (5), 610-616. <https://doi.org/10.1093/geront/gnr050>
- Ilama, I.-I. et Tremblay, D. — G. (2014). Conciliation travail-famille et vie personnelle chez les preposes aux aines a domicile : enjeux et analyse fondee sur une perspective de genre. *Revue Interventions économiques*, p51.
- Imam, Z., Odish, F., Gill, I., O'Connor, D., Armstrong, J., Vanood, A., Ibrinke, O., Hanna, A., Ranski, A., & Halalau, A. (2020). Older age and comorbidity are independent mortality predictors in a large cohort of 1305 COVID-19 patients in Michigan, United States. *Journal of Internal Medicine*. <https://doi.org/10.1111/joim.13119>
- INESSS. (2019). TAAN multiplex respiratoire (8 cibles et plus) : Rapport en appui à l'outil d'aide à la décision. Direction des services de santé et de l'évaluation des technologies, 117 p. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/MaladiesRespiratoires/INESSS_TAAN-multiplex.pdf
- INESSS. (2020). COVID-19 — Indications et critères d'accès au test de détection moléculaire du SARS-CoV-2. Gouvernement du Québec, p81.
- INSPQ. (2020). Impact des comorbidités sur les risques de décès et d'hospitalisation chez les cas confirmés de la COVID-19 durant les premiers mois de la pandémie au Québec. Gouvernement du Québec. Repéré sur

- <https://www.inspq.qc.ca/publications/3082-impact-comorbidites-risque-deces-covid19>
- INSPQ. (2021). Taux de reproduction (Rt) des cas de SRAS-CoV-2 au Québec. Repéré sur <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/rt>
- Institut de la statistique du Québec (ISQ). 2018. Le bilan démographique du Québec. Édition 2018 En ligne. Québec, l'Institut, 174 p. Disponible sur <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/bilan-demographique-du-quebec-edition-019.pdf>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2020). Première vague de la pandémie de COVID-19 au Québec : regard sur les facteurs associés aux hospitalisations et aux décès. État des pratiques rédigé par Éric Tremblay et Mike Benigeri. Québec, Qc : INESSS;60 p.
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2010). Vieillesse de la population, état fonctionnel des personnes âgées et besoins futurs en soins de longue durée au Québec. Vice-présidence aux affaires scientifiques, gouvernement du Québec, 67 p.
- Jones, T. L. (2011). Effects of motivating and hygiene factors on job satisfaction among school nurses. *PhD thesis, Walden University*, Minneapolis, MN.
- Kacel, B., Miller, M., & Norris, D. (2005). Measurement of nurse practitioner job satisfaction in a Midwestern state. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 17, 27–32.
- Katzell, R.A., Thompson, D.E. (1990). «An Integrative Model of Work Attitudes, Motivation, and Performance», *Human Performance*, vol. 3, no 2, p. 63-85.
- Labonte, J. (2013). Exploring reasons certified nursing assistants remain employed in nursing homes. *Doctoral dissertation, University of Arkansas for Medical Sciences*.
- Labrague, L. J., & de los Santos, J. A. A. (2021). Fear of COVID-19, psychological distress, work satisfaction and turnover intention among frontline nurses. *Journal of Nursing Management*, 29 (3), 395-403. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jonm.13168>
- Lavoie-Tremblay, M., Gélinas, C., Aubé, T., Tchouaket, E., Tremblay, D., Gagnon, M.-P., & Côté, J. (2022). Influence of caring for COVID-19 patients on nurse's turnover, work satisfaction and quality of care. *Journal of Nursing Management*, 30 (1), 33–43. <https://doi.org/10.1111/jonm.13462>
- Lazzari Dodeler, N. et Tremblay, D-G. 2016. La conciliation emploi-famille/vie personnelle chez les infirmières en France et au Québec, *Revue Intervention économiques*, p54.
- Legault, F. (27 mai 2020). Conférence de presse de M. François Legault, premier ministre et M. Christian Dubé, président du Conseil du trésor. Situation au Québec quant à la COVID-19.. Québec,. <http://www.assnat.qc.ca/fr/actualites-salle-presse/conferences-points-presse/ConferencePointPresse-59517.html>

- Lephalala, R. (2006). Factors influencing nursing turnover in selected private hospitals in England. *Master's thesis, University of South Africa*, Pretoria, South Africa.
- Liang, W., Liang, H., Ou, L., Chen, B., Chen, A., Li, C., Li, Y., Guan, W., Sang, L., Lu, J., Xu, Y., Chen, G., Guo, H., Guo, J., Chen, Z., Zhao, Y., Li, S., Zhang, N., Zhong, N., ...China Medical Treatment Expert Group for COVID-19. (2020). Development and Validation of a Clinical Risk Score to Predict the Occurrence of Critical Illness in Hospitalized Patients With COVID-19. *JAMA Internal Medicine*. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.2033>
- Liu, H., Chen, S., Liu, M., Nie, H., & Lu, H. (2020). Comorbid Chronic Diseases are Strongly Correlated with Disease Severity among COVID-19 Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Aging and Disease*, 11 (3), 668-678. <https://doi.org/10.14336/AD.2020.0502>
- Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ), c. S-4.2 : à jour au 1^{er} avril 2021, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2019.
- Manzanares, I., Sevilla Guerra, S., Lombrana Mencía, M., Acar-Denizli, N., Miranda Salmerón, J., & Martínez Estalella, G. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on stress, resilience and depression in health professionals: a cross-sectional study. *Int Nurs Rev*, 68(4), 461-470. <https://doi.org/10.1111/inr.12693>
- Mc Glynn, K., Griffin, M. Q., Donahue, M., & Fitzpatrick, J. J. (2012). Registered nurse job satisfaction and satisfaction with the professional practice model. *Journal of Nursing Management*, 20(2), 260–265.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2012). La formation des préposés de résidence pour personnes âgées. Une approche centrée sur la personne âgée vivant en résidence pour des services de qualité donnés par des préposés qualifiés et habilités à utiliser les meilleures pratiques. Rapport du groupe de travail, Québec : Gouvernement du Québec. Repéré sur <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-843-04.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). (2020a). Coronavirus (COVID-19), à propos. Repéré sur <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-infectieuses/coronavirus-2019-ncov/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). (2020b). Arrêté numéro 2020-007 de la ministre de la Santé et des Services sociaux en date du 21 mars 2020. Repéré sur https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/lois-reglements/AM_numero_2020-007.pdf?1584823544
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). (2020c). Arrêté numéro 2020-008 de la ministre de la Santé et des Services sociaux en date du 21 mars 2020. Repéré sur <https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn->

- [contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/lois-reglements/AM_numero_2020-008.pdf?1584983804](https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-503-12W.pdf)
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). (2020d). Plan d'action pour l'attraction et la fidélisation des préposés aux bénéficiaires aux services de santé et sociaux. En ligne, Québec, MSS. 100 p. Repéré sur <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-503-12W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). (2020e). Symptômes, transmission et traitement. Repéré sur <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/symptomes-transmission-traitement>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). (2003). Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD. Orientations ministérielles. En ligne, Québec, MSSS. 33 p Repéré sur <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2003/03-830-01.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). (2016a). Cadre de référence. Les ressources intermédiaires et les ressources de type familial. Repéré sur http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-801-01_W.pdf.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). (2016b). Portrait de la main-d'œuvre. Soins d'assistance, Québec : Gouvernement du Québec
- Mitchell, J. (2009). Job satisfaction and burnout among foreign-trained nurses in Saudi Arabia: A mixed method study. *PhD thesis, University of Phoenix, Phoenix, AZ*
- Morin, D., (2009) « Les enjeux en ressources humaines » Vision, vol 1, n° 3
- MSSS. (2021a). Des milieux de vie qui nous ressemblent. Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée. Gouvernement du Québec, 104p. Repéré sur <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-814-01W.pdf>
- MSSS. (2021b). Définition des cas de COVID-19 au Québec. Gouvernement du Québec, 2p. Repéré sur https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/coronavirus-2019-ncov/definition-nosologique-COVID-19_2021-07-05.pdf
- Nizzer, S., Ruco, A., Moreira, N., King, E., McKay, S., Nichol, K., & Holness, D. L. (2022). Homecare personal support worker experiences working during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *Safety and health at work*, 13, S176-S177. <http://europepmc.org/abstract/PMC/PMC8817365>
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3rd ed.), Thousand Oaks, Calif, Sage Publications. Chapitre 3, pp 75-137
- Pekkarinen, L., Sinervo, T., Perälä, M.-L., & Elovainio, M. (2004). Work Stressors and the Quality of Life in Long-Term Care Units. *The Gerontologist*, 44(5), 633-643. <https://doi.org/10.1093/geront/44.5.633>
- Pires, A. De quelques enjeux épistémologiques d'une méthodologie générale pour les sciences sociales. Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives, *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologi-*

- ques, pp. 3-54. Première partie : Épistémologie et théorie. Montréal : Gaëtan Morin, Éditeur, 1997, 405 pp.
- Radio Canada. (2020). Des centaines d'infirmières quittent le métier. Repéré sur [Des centaines d'infirmières quittent le métier | Coronavirus | Radio-Canada.ca](#)
- Rambur, B., McIntosh, B., Palumbo, M. V., & Reinier, K. (2005). Education as a determinant of career retention and job satisfaction among registered nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(2), 185–192
- Reilev, M., Kristensen, K. B., Pottegaard, A., Lund, L. C., Hallas, J., Ernst, M. T., Christiansen, C. F., Soerensen, H. T., Johansen, N. B., Brun, N. C., Voldstedlund, M., Stoevring, H., Thomsen, M. K., Christensen, S., Gubbels, S., Krause, T. G., Moelbak, K., & Thomsen, R. W. (2020). Characteristics and predictors of hospitalization and death in the first 9,519 cases with a positive RT-PCR test for SARS-CoV-2 in Denmark: A nationwide cohort. MedRxiv, 2020.05.24.20111823. <https://doi.org/10.1101/2020.05.24.20111823>
- Reinhardt, J. P., Franzosa, E., Mak, W., & Burack, O. In Their Own Words: The Challenges Experienced by Certified Nursing Assistants and Administrators During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Applied Gerontology*, 0(0), 07334648221081124. <https://doi.org/10.1177/07334648221081124>
- Riendeau, Y. (2006). La qualité des soins offerts aux personnes âgées en CHSLD : l'opinion des préposé(e)s aux bénéficiaires. *Mémoire de maîtrise en intervention sociale. Université du Québec à Montréal*, 142 p
- Romdhani, M., Kohler, S., Koskas, P., & Drunat, O. (2021). Ethical dilemma for healthcare professionals facing elderly dementia patients during the COVID-19 pandemic. *L'Encephale*. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2021.09.003>
- Rothman, K. J. (2012). *Epidemiology: An Introduction*. Oxford University Press.
- Russell, C. R. N. P., & Gelder, F. R. B. E. (2008). An international perspective: Job satisfaction among transplant nurses. *Progress in Transplantation*, 18(1), 32.
- Saldaña Johnny (2013). *The coding Manual for Qualitative Researchers*. Second Edition. SAGE
- Sánchez-Sánchez, E., García-Álvarez, J. Á., García-Marín, E., Gutierrez-Serrano, M., Alférez, M., & Ramirez-Vargas, G. (2021). Impact of the COVID-19 Pandemic on the Mental Health of Nurses and Auxiliary Nursing Care Technicians-A Voluntary Online Survey. *International journal of environmental research and public health*, 18(16), 8310. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168310>
- Secret, J., Iorio, D.H. and Martz, W. (2005), The meaning of work for nursing assistants who stay in long-term care. *Journal of Clinical Nursing*, 14: 90-97. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01282.x>
- Sethuraman, N., Jeremiah, S. S., & Ryo, A. (2020). Interpreting Diagnostic Tests for SARSCoV-2. *JAMA*, 323(22), 2249-2251. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.8259>
- Setia, M. (2010). *Caring for the aging baby boomers: An assessment of the separation behavior of direct care workers in long term care* (Order No. 3575943). Available

- from ProQuest Dissertations & Theses Global. (1462059233).
<https://www.proquest.com/dissertations-theses/caring-aging-baby-boomers-assessment-separation/docview/1462059233/se-2?accountid=12543>
- St-Onge, S., Guérin, G., Trottier, R., Haines, V., et Simard, M. (1994). « L'équilibre travail-famille:Un nouveau défi pour les organisations ». *Gestion*, 19, n°2, 64-73 .
- Swazo, N. K., Talukder, M. M. H., & Ahsan, M. K. (2020). A Duty to treat? A Right to refrain? Bangladeshi physicians in moral dilemma during COVID-19. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 15(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s13010-020-00091-6>
- Swisher, L. L. D., Arslanian, L. E., et Davis, C. M. (2005). The realm-individual process-situation (rips) model of ethical decision-making. *HPA Resource*, 5(3), 1-8.
- Tourangeau, A. E., Cummings, G., Cranley, L. A., Ferron, E. M., & Harvey, S. (2010). Determinants of hospital nurse intention to remain employed: broadening our understanding. *Journal of Advanced Nursing*, 66(1), 22-32. doi: DOI 10.1111/j.1365-2648.2009.05190.x
- Tremblay, D.-G. (2005). « Conciliation emploi-famille et temps de travail : Que faire pour faciliter la gestion de carrière des mères et des pères ? », *Canadian Journal of Counselling / Revue canadienne de counseling*, vol. 39, n°3 Télé-université de l'Université du Québec
- Tremblay, G. (2017). Enquête sur la souffrance au travail des préposés aux bénéficiaires du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. *Maîtrise en travail social. Services des bibliothèques*. Université du Québec à Montréal, 137p
- Voyer, P., N. Cyr, A. Gaudreault et C. Viens. (2013). Réorganiser les soins en milieux d'hébergement tout en développant les compétences et en attribuant les bonnes activités de soins à la bonne catégorie d'intervenants. *La Gérontoise*, vol. 24, n° 1, p. 16-22. Repéré sur https://www.aqig.org/publications/Gerontoise_24_1.pdf
- Voyer. (2013) : Voyer, Philippe. (2013). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie, 2e édition, Édition du renouveau pédagogique inc., 754 pages
- White, E. M., Wetle, T. F., Reddy, A., & Baier, R. R. (2021). Front-line Nursing Home Staff Experiences During the COVID-19 Pandemic. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(1), 199-203. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.11.022>
- World Health Organization (WHO) (2020c). *Timeline: WHO's COVID-19 response*. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline>
- World Health Organization (WHO). (2004). Guidelines for the global surveillance of severe acute respiratory syndrome (SARS). Repéré sur https://www.who.int/csr/resources/publications/WHO_CDS_CSR_ARO_2004_1.pdf
- World Health Organization (WHO). (2019). Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV). Repéré sur <http://www.who.int/emergencies/mers-cov/en/>

- World Health Organization (WHO). (2020a). Coronavirus disease (COVID-19): situation report, 209. World Health Organization
- World Health Organization (WHO). (2020b). Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV). Repéré sur <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/middle-east-respiratory-syndromecoronavirus-mers>
- World Health Organization (WHO). (2020d). Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Repéré sur <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>
- World Health Organization (WHO). (2020e). Transmission du SARS-CoV-2 – Implications pour les précautions visant à prévenir l’infection. Repéré sur https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333340/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Transmission_modes-2020.3-fre.pdf
- Xing, J., Mukamel, D. B., et Temkin-Greener, H. (2013). Hospitalizations of nursing home residents in the last year of life: Nursing home characteristics and variation in potentially avoidable hospitalizations. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(11), 1900-1908.
- Yeatts, D. E., Cready, C., Swan, J., & Shen, Y. (2010). The Perception of “Training Availability” Among Certified Nurse Aides: Relationship to CNA Performance, Turnover, Attitudes, Burnout, and Empowerment. *Gerontology & Geriatrics Education*, 31(2), 115-132. <https://doi.org/10.1080/02701961003795722>
- Zheng, S., Fan, J., Yu, F., Feng, B., Lou, B., Zou, Q., Xie, G., Lin, S., Wang, R., Yang, X., Chen, W., Wang, Q., Zhang, D., Liu, Y., Gong, R., Ma, Z., Lu, S., Xiao, Y., Gu, Y., ...Liang, T. (2020). Viral load dynamics and disease severity in patients infected with SARSCoV-2 in Zhejiang province, China, January-March 2020 : Retrospective cohort study. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 369, m1443. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1443>

Annexes

Annexe 1 : Certificat d'approbation éthique

Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES)

Bureau de la conduite
responsable en recherche



08 octobre 2021

Thomas Druetz
Professeur adjoint,
Département de médecine sociale et préventive, ESPUM

Gregory Moullec
Professeur associé,
Département de médecine sociale et préventive, ESPUM

Saïdou Sabi Boun
Étudiant

OBJET :	Projet # 2021-1238 - Approbation éthique finale Le processus décisionnel à l'égard du maintien au travail des préposés aux bénéficiaires face à la crise de la COVID-19 dans les centres d'hébergement de soins de longue durée à Montréal. Financement : non-financé
---------	---

Bonjour,

Le Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES) de l'Université de Montréal a évalué votre projet de recherche en comité restreint. Une approbation conditionnelle vous a été émise en date du 1er octobre 2021.

Nous accusons réception des précisions et corrections demandées via le formulaire de conditions F20 ainsi que des documents en vue de l'approbation finale du projet mentionné en rubrique. Suite à la révision de ces documents, le tout ayant été jugé satisfaisant, j'ai le plaisir de vous informer que votre projet de recherche a été approuvé à l'unanimité par le CERSES.

Cette approbation éthique est valide pour un an, à compter du 08 octobre 2021 jusqu'au 08 octobre 2022. Il est de votre responsabilité de compléter le formulaire de renouvellement (formulaire F9) que nous vous ferons parvenir annuellement via Nagano 1 mois avant l'échéance de votre approbation, à défaut de quoi l'approbation éthique délivrée par le CERSES sera suspendue.

Dans le cadre du suivi éthique continu, le Comité vous demande de vous conformer aux exigences suivantes en utilisant les formulaires Nagano prévus à cet effet :

- Soumettre, pour approbation préalable, toute demande de **modification** au projet de recherche ou à tout autre document approuvé par le Comité pour la réalisation du projet (formulaire F1).
- Soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, toutes **informations supplémentaires, nouveau renseignement et/ou correspondances diverses** (formulaire F2).
- Soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, tout **incident ou accident** lié à la réalisation du projet de recherche (formulaire F5).
- Soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, l'**interruption prématurée** du projet de recherche, qu'elle soit temporaire ou permanente (formulaire F6).

- Soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, toute **dévi**ation au projet de recherche susceptible de remettre en cause le caractère éthique du projet (formulaire F8).
- Soumettre une demande de **renouvellement** un mois avant l'échéance de la date d'approbation afin de renouveler l'approbation éthique (formulaire F9).
- Soumettre le rapport de la **fin du projet de recherche** (formulaire F10).

Nous vous rappelons que la présente décision vaut pour une année et peut être suspendue ou révoquée en cas de non-respect de ces exigences.

Le CERSES de l'Université de Montréal est désigné par le ministre de la Santé et des Services Sociaux aux fins de l'application de l'article 21 du Code civil du Québec. Il exerce ses activités en conformité avec la *Politique sur la recherche avec des êtres humains* (60.1) de l'Université de Montréal ainsi que l'*Énoncé de politique des trois conseils* (EPTC). Il suit également les normes et règlements applicables au Québec et au Canada.

Cordialement,

Pour la présidente du CERSES, Christine Grou,

Julie Allard
Conseillère en éthique de la recherche
Bureau de la conduite responsable en recherche
Université de Montréal
3333, chemin Queen-Mary, bureau 220
Montréal (Québec) H3V 1A2
Tél. 514 343-6111, poste 2604
cerses@umontreal.ca

Envoyé par :

Julie Allard

Annexe 2 : Formulaire d'information et de consentement pour les entrevues semi-dirigées

Titre du projet de recherche : Le processus décisionnel qui sous-tend le maintien au travail (ou non) des préposés aux bénéficiaires face à la crise de la COVID-19 dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée.

Chercheur responsable et directeur de la recherche	Thomas Druetz, Professeur adjoint, département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal
Co-chercheur.	Grégory Moullec, Professeur associé, département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal
Chercheur étudiant	Saïdou, Sabi Boun : Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal.

Vous êtes invité.e à participer à ce projet de recherche parce que vous êtes (ou avez été) préposé aux bénéficiaires (PAB) au cours de la première vague de la crise de la COVID-19 (1er mars au 1er août 2021). Il s'agit d'une recherche réalisée dans le cadre de l'obtention d'un diplôme de maîtrise en santé publique à l'université de Montréal. Avant d'accepter, ce document vous a été envoyé après le premier contact. Veuillez prendre le temps de lire ce document présentant les conditions de participation au projet. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

A) RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANT.E. S

1. Objectifs de la recherche

L'objectif de cette étude est de comprendre ce qui a influencé la décision des préposées aux bénéficiaires de se présenter ou non au travail lors de la première vague de la COVID-19, du 1er mars au 1er août 2020, dans les Centre d'Hébergement de Soins de Longue Durée (CHSLD) à Montréal. Cette première vague a donné lieu à une crise sanitaire qui s'est traduite par un excédent significatif de mortalité et de morbidité dans les CHSLD au Québec.

Ce projet vise à (1) fournir des preuves scientifiques pouvant servir à améliorer la rétention des PAB en temps de crise et (2) mettre en lumière le rôle du système et de ses carences dans le vécu des PAB lors de la crise sanitaire.

2. Participation à la recherche

Votre participation consistera à répondre à des questions semi-ouvertes au cours d'une entrevue. Elle durera entre 45 minutes et 60 minutes. L'entrevue pourra se dérouler soit en personne dehors, dans le respect des règles émises par les autorités de santé publique (distanciation, port du masque, etc.), soit par téléphone. Les différents thèmes qui seront abordés au cours de l'entrevue vont concerner votre trajectoire

professionnelle, le processus derrière la décision de rester ou non au travail, vos difficultés et comment vous les avez surmontées, etc.

3. Enregistrements audio

Afin de faciliter l'analyse des données, acceptez-vous que notre entrevue soit enregistrée ? Ces données seront protégées ; elles seront enregistrées sur un ordinateur personnel dont l'accès est protégé par un mot de passe connu de moi seul. Les données brutes sur l'enregistreur seront détruites aussitôt leur transfert validé sur l'ordinateur, qui aura lieu juste après la fin de l'entrevue.

Oui Non

4. Risques et inconvénients

Le principal inconvénient de cette recherche est le temps consacré (45 minutes à 1h pour compléter l'entrevue). Cette étude présente peu de risque pour vous. Il est possible cependant que certaines questions puissent entraîner une gêne ou raviver de mauvais souvenirs. Vous pouvez à tout moment refuser de répondre à une question ou même mettre fin (à l'entrevue, au questionnaire, à votre participation quand vous le souhaitez). Vos réponses seront traitées de façon dépersonnalisée et votre nom sera remplacé par un pseudonyme. En outre, toute information susceptible de vous identifier sera anonymisée.

5. Avantages et bénéfices

L'étude n'aura pas de bienfaits individuels. Les entrevues permettront une meilleure compréhension des raisons qui ont motivé les PAB à se rendre au travail ou non au cours de la crise de la COVID-19 du 1^{er} mars au 1^{er} août 2020.

6. Confidentialité des renseignements recueillis

Cette étude nécessite la collecte de très peu de données personnelles. L'équipe de recherche protégera les informations permettant de vous identifier (prénom, nom, origine ethnique). L'équipe séparera ces données des autres informations le plus rapidement possible et utilisera un chiffre ou un code attribué plutôt que votre nom pour associer votre dossier d'étude à vos réponses. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera cryptée et conservée séparément des données de la recherche par le chercheur responsable de ce projet de recherche.

Une fois le projet terminé, les données seront conservées sur le serveur sécurisé (Drive) de l'Université de Montréal.

7. Compensation

Il n'y a pas de compensation financière ou en nature liée à votre participation à l'étude.

8. Participation volontaire et droit de retrait

Votre participation à ce projet est entièrement volontaire et vous pouvez à tout moment vous retirer de la recherche sur simple avis verbal et sans devoir justifier votre décision, sans conséquence pour vous. Vous pouvez également demander la suppression de vos données à tout moment de l'étude. De plus, votre retrait de l'étude n'entraînera aucune conséquence sur votre relation entretenue avec le chercheur ou la personne qui vous a référée au chercheur. Si vous décidez de vous retirer de la

recherche, veuillez communiquer avec l'équipe de recherche par téléphone ou courriel indiqués ci-dessous.

9. Utilisation secondaire des données

Il n'est pas prévu une utilisation secondaire des données recueillies dans le cadre de cette étude.

10. Responsabilité

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

11. Diffusion des résultats

Les preuves réunies seront disséminées sous diverses formes : présentation lors de conférences, publication d'articles scientifiques et diffusion d'une note de politique destinée aux gestionnaires et décideurs du réseau de la santé. Aucune information personnelle ou information permettant de révéler l'identité des participants ne sera présente dans les outils de diffusion des résultats.

D'abord, les résultats préliminaires de l'étude vous seront envoyés par courriel (ou, si cela s'avère impossible, par la poste) pour validation et rétroaction. Ensuite, les résultats définitifs vous seront transmis par courriel ou par la poste, une fois ceux-ci publiés.

12. Personnes-ressources

Pour toute question relative à l'étude, ou pour vous retirer de la recherche, veuillez communiquer avec *Saidou Sabi Boun* à l'adresse courriel saidou.sabi.boun@umontreal.ca. Vous pouvez aussi joindre le chercheur principal (Thomas Druetz), par courriel à thomas.druetz@umontreal.ca

Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités des chercheurs concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le Comité d'éthique de la recherche en Sciences et en Santé (CERSES) :

Courriel : cerses@umontreal.ca

Site Web :

<https://recherche.umontreal.ca/responsabilite-en-recherche/ethique-humaine/comites/cerses/#c70895>.

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal en communiquant par courriel à l'adresse ombudsman@umontreal.ca.

B) CONSENTEMENT

Déclaration du participant ou de la participante

- Je comprends que je peux prendre mon temps pour réfléchir avant de donner mon accord ou non à participer à la recherche.

- Je peux poser des questions à l'équipe de recherche et exiger des réponses satisfaisantes.
- Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage les chercheurs de leurs responsabilités.
- J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer au projet de recherche.
- Je consens à ce que l'entrevue soit enregistrée : Oui Non
- Je désire recevoir un résumé des résultats de la recherche : Oui Non Courriel : _____

Signature du participant ou de la participante : _____ Date : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Engagement du chercheur

J'ai expliqué au/à la participant.e les conditions de participation au projet de recherche. J'ai répondu, autant que je sache, aux questions posées et je me suis assuré de la compréhension du/de la participant.e. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement.

Nom : _____ Prénom : _____

Signature du chercheur : _____

Date : _____

Annexe 3 : Guide d'entrevue semi-dirigée

Partie 1 : Questionnaires socio-démographique

- Âge :
- Sexe :
- Statut migratoire, pays d'origine
- Statut matrimonial
- Nombre d'enfants
- Niveau d'éducation
- Statut d'emploi actuel

Partie 1 : Trajectoires professionnelles, entrée dans le métier

- 1) Comment êtes-vous arrivé à exercer le métier de PAB ? Avez-vous suivi une formation pour exercer ce métier ? Sinon, quelle est votre formation initiale ? Quelles sont les motivations qui vous ont poussé à exercer ce métier ?
- 2) Actuellement, est-ce que vous exercez le métier de PAB ? Avez-vous toujours exercé le métier de PAB ? Sinon, quelles sont les autres activités professionnelles que vous exercez ou avez exercé ?

Partie 2 : Processus décisionnel des PAB

- 1) Parlez-moi d'une journée de travail type en tant que PAB avant que ne débute la pandémie (mars 2020) ?
 - Étiez-vous satisfait de votre emploi à ce moment-là ? Pourquoi ? Qu'est-ce qui vous satisfaisait le plus ? Qu'est-ce qui vous satisfaisait le moins ?
- 2) Est-ce que votre travail a changé avec le début de la pandémie ? Comment ?
 - Comment avez-vous vécu le début de la pandémie de la COVID19 ?
 - Est-ce que votre journée de travail type a été modifiée avec l'arrivée de la pandémie ? Comment ?
 - Est-ce que vos conditions de travail ont été affectées (horaire, rémunération, protocoles, etc.) ?
- 3) Est-ce que certains changements ont été difficiles à endurer, avec l'arrivée de cette pandémie en tant que PAB ?
 - Est-ce qu'il y a eu des changements difficiles au travail (dans votre vie professionnelle) ? Lesquels ?
 - Est-ce qu'il y a eu des changements difficiles dans votre vie familiale et sociale ? Lesquels ?
- 4) Comment avez-vous tenté de gérer ces conséquences ?
 - Avez-vous entrepris des actions ou pris des décisions pour faire face aux difficultés ? Lesquelles ?
 - Avez-vous eu le sentiment de pouvoir vous adapter à la situation ?
 - Avez-vous pu surmonter les difficultés que vous avez rencontrées ? Comment ?
 - Avez-vous reçu l'aide dont vous aviez besoin ?
- 4) Scénario A : Vous êtes resté en poste pendant la crise dans les CHSLD au Québec, entre mars et juin 2020. Est-ce que vous souhaitiez rester en poste ? Pourquoi ?
 - Pourquoi n'avoir pas démissionné ?
 - Que ressentiez-vous par rapport à votre maintien au travail ?
 - Aujourd'hui, reprendriez-vous la même décision si vous étiez plongé dans les mêmes circonstances ?
- 5) Scénario B : Vous vous êtes retiré du travail entre mars et juin 2020. Pourriez-vous me parler de ce retrait du travail ?
 - Pourquoi avoir décidé de vous retirer ? Qu'est-ce qui vous a permis de comprendre que vous avez besoin de retrait ?
 - Souhaitiez-vous vous retirer de façon temporaire ou définitive ?

- Quels types de relation avez-vous gardés avec votre employeur/collègues au cours de cette période de retrait ? Expliquez.
 - Quels types de relation avez-vous gardés avec vos collègues au cours de cette période de retrait ? Expliquez.
 - Êtes-vous retourné à l'emploi en tant que PAB dans un CHSLD après votre retrait ? Pourquoi ? Y a-t-il eu un changement qui a motivé votre décision de retourner à l'emploi ?
 - Aujourd'hui, reprendriez-vous la même décision si vous étiez plongé dans les mêmes circonstances ?
- 6) Comment appréciez-vous les mesures prises par votre employeur depuis l'arrivée de la pandémie ? Pourquoi ?
- Est-ce que les conditions de travail des PAB ont été modifiées depuis cette période ? Qu'est-ce qui a changé ?
 - Est-ce que le travail des PAB est bien reconnu/apprécie au Québec ? Que pourrait-on faire pour améliorer cela ?
 - Est-ce que votre perception du métier de PAB a changé avec la pandémie ?

Partie 3 : Difficultés vécus pas les PAB

- 1) Vous est-il arrivé de rencontrer des enjeux/dilemmes éthiques en lien avec la crise de la COVID19 ?

(Un enjeu éthique est une situation au sein de laquelle au moins une valeur éthique légitime et désirable est compromise pour diverses raisons. Dans les dilemmes éthiques, le PAB est déchiré quant à l'action à accomplir, car la situation oppose au moins deux biens éthiques importants inconciliables ou deux valeurs légitimes et désirables).

- Avec la pandémie, est-ce qu'il a parfois été difficile de faire le travail parce que cela entrainait en contradiction avec d'autres choses qui ont de la valeur pour vous ? Pouvez-vous m'expliquer ?
 - Est-ce qu'il a été parfois difficile d'accomplir certaines tâches parce qu'elles soulevaient des enjeux ou risquaient de créer du tort ? Comment cela ?
- 2) Avez-vous vécu des situations où vous saviez quoi faire, mais vous êtes tenté d'agir autrement ? Pourriez-vous me donner des exemples ?
- Pourquoi ces situations survenaient-elles ? Aurait-il été possible de les empêcher selon vous ? Comment ?
 - Qu'avez-vous fait dans ce cas-là ?
- 3) Avez-vous réussi à surmonter ces enjeux ou dilemmes ?
- Est-ce qu'il s'est passé quelque chose pendant cette période qui a soulagé les tensions ou les dilemmes éthiques liés au travail ?
 - Est-ce que cela a eu des conséquences en dehors de votre travail ?
- 4) Est-ce que votre décision de rester (ou quitter) en poste a été influencée par ces enjeux ou dilemmes éthiques ? Comment cela ?

Partie 4 : Conclusion

- 1) Avez-vous un dernier mot ?
- 2) Y'a-t-il des éléments de l'entrevue sur lesquelles vous aimeriez revenir ? Si oui, lesquels ?

ANNEXE 4 : Fiche synthèse de l'entrevue

Titre de la recherche : Le processus décisionnel qui sous-tend le maintien au travail (ou non) des préposés aux bénéficiaires face à la crise de la COVID-19 dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée
Interviewer : SABI BOUN Saïdou
Participante & Pseudonyme :
Date et heure de l'entrevue :
Lieu de l'entrevue :
Transcripteur :
Nom de l'enregistrement audio :
Date et heure de la fiche synthèse :

- 1) Contexte de l'entrevue :
- 2) Thèmes innovants, particuliers ou importants discutés lors de l'entretien :
- 3) Résumé du discours du participant pour chacun des thèmes clés
- 4) Catégories et sous-catégories à prévoir lors de l'analyse thématique :
- 5) Préoccupations/informations manquantes :
- 6) Nouvelles questions/ajustements pour de futures entrevues [ajuster le guide] :
- 7) Réflexivité : Commentaires personnels (états d'âme, impressions, émotions, préjugés, etc.)

Annexe 5 : Dictionnaire initial de codification

1. Difficultés/facteurs liés à l'emploi de PAB

Définition : Cette catégorie regroupe l'ensemble des difficultés supplémentaires qui se sont ajoutées en contexte COVID-19 et qui sont liées directement aux caractéristiques de l'emploi des PAB. Elle regroupe également les extraits expliquant comment ces facteurs ont influencé leur décision de travailler (ou non) au cours de la pandémie.

Exemple réel ou fictif d'extrait qui y serait codifié : « *Le travail est devenu plus lent en raison des nouveaux protocoles mis en place, et la charge de travail s'est amplifiée* ».

a. Pénibilité des tâches

Définition : Regroupe les extraits parlant de la pénibilité de tâches notamment en contexte pandémique, et comment cette situation à impacter la décision de continuer par travailler ou non en tant que PAB.

Exemple réel ou fictif d'extrait qui y serait codifié : « *Le travail est devenu beaucoup plus pénible du fait de l'alourdissement des protocoles sanitaires...* »

b. Conditions de travail

Définition : Regroupe les extraits de verbatim qui se rapporte à la dégradation/amélioration des conditions de travail des PAB et comment cela à impacter la décision de continuer par travailler ou non en tant que PAB.

Exemple réel ou fictif d'extrait qui y serait codifié : « *Pendant la crise, les conditions de travail se sont dégradées, il y avait encore plus de mépris de notre travail de la part des boss...* ».

c. Opportunité d'avancement

Définition : sous-catégorie qui regroupe la présence/absence des opportunités d'avancement offert au cours de la pandémie pour les PAB et comment cela à impacter la décision de continuer par travailler ou non en tant que PAB.

Exemple réel ou fictif d'extrait qui y serait codifié : « *Au cours de la pandémie, nous avons eu des opportunités de formation et d'avancement dans la hiérarchie* ».

d. Valorisation des PAB

Définition : Regroupe les éléments de mise en valeur du métier au cours de la crise de la COVID-19 et comment cela à impacter la décision de continuer par travailler ou non en tant que PAB.

Exemple réel ou fictif d'extrait qui y serait codifié : « *Au cours de la pandémie, on se sentait valorisé, car on nous appelait des anges gardiens, c'était flatteur...* ».

e. Rémunération

Définition : Regroupe l'ensemble des facteurs en lien avec la rémunération et les primes qui ont été données au cours de la crise de la COVID-19, son influence sur le fait de travailler ou non en tant que PAB au cours de la crise de la COVID-19.

Exemple réel ou fictif d'extrait qui y serait codifié : « *Les primes de la zone rouge m'ont vraiment aidé à supporter le stress de devoir travailler en zone rouge... on se disait qu'on avait au moins 1000 \$ pour nos fins de mois* ».

f. Enjeux éthiques

Définition : Ensemble des dilemmes moraux, ou des choix difficiles rencontrés par les PAB en contexte COVID-19 et surtout comment ces enjeux éthiques ont influencé la décision de rester ou non au travail en tant que PAB.

Exemple réel ou fictif d'extrait qui y serait codifié « *J'avais le choix entre me laisser contaminer en absence d'équipement de protection individuelle et ne pas donner à manger à un résident contaminé par la COVID-19* ».

g. Autres

Autres citations jugées pertinentes pour la catégorie 1, mais qui n'entrent pas pour l'instant dans les sous-catégories ci-dessus. Elles seront à distribuer dans de nouvelles catégories plus tard.

2. Facteurs organisationnels/ambiance de travail

Définition : Cette catégorie regroupe l'ensemble des difficultés et facteurs en lien avec l'ambiance de travail au cours de la crise de la COVID-19 et comment cela à impacter la décision de continuer par travailler ou non en tant que PAB.

Exemple réel ou fictif d'extrait qui y serait codifié : « *La crise de la COVID-19 a plutôt eu un impact positif sur l'ambiance au travail, les boss nous côtoyaient et ils ont appris à mieux nous connaître que, quand ils étaient dans leur bureau, ils ont mis les mains à la pâte* ».

a. Relations au travail : supérieurs & collègues

Définition : sous-catégorie qui regroupe les extraits parlant de l'impact de la pandémie sur les relations entretenues avec les collègues et les supérieurs hiérarchiques, l'influence de ces relations sur la volonté de travailler ou non en tant que PAB.

Exemple réel ou fictif d'extrait qui y serait codifié : « *La COVID-19 nous a soudé entre collègues, on se partageait des expériences, et on se donnait des manières de faire afin de ne pas se contaminer* ».

b. Participation à la prise de décisions

Définition : sous-catégorie qui regroupe l'ensemble des extraits expliquant la dégradation/amélioration de l'implication des PAB dans la prise de décision pendant la crise de la COVID-19 et comment cela à impacter la décision de continuer par travailler ou non en tant que PAB.

Exemple réel ou fictif d'extrait qui y serait codifié : « *Les PAB ne sont vraiment déconsidérés, à aucun moment, personne ne nous a demandé comment nous pensons travailler. Les décisions venaient toujours d'en haut, et souvent cela ne marchait pas* ».

c. Risques liés à la santé travail

Définition : sous-catégorie qui regroupe l'ensemble des extraits en rapport avec les risques liés à la santé au travail, dégradation de la santé, peur de se faire contaminer, peur de contaminer les proches, et surtout son impact dans la décision de continuer par travailler ou non en tant que PAB.

Exemple réel ou fictif d'extrait qui y serait codifié : « *Le rythme de travail soutenu, ma santé se dégradant, ajoutée à la peur de contracter la COVID-19 m'a permis de comprendre qu'il me fallait prendre une pause* ».

d. Autres

Autres citations jugées pertinentes pour la catégorie 2, mais qui n'entrent pas pour l'instant dans les sous-catégories ci-dessus. Elles seront à distribuer dans de nouvelles catégories plus tard.

3. Difficultés/facteurs personnels

Définition : catégorie qui regroupe toutes les difficultés personnelles (familiales, environnementales et sociétales) qui ne sont pas liées de près aux deux premières et surtout comment cela à influencé la décision de rester ou non au travail en tant que PAB.

Exemple réel ou fictif d'extrait qui y serait codifié : « *Par peur, d'être contaminé, mon conjoint demandé de rendre ma démission...* ».

a. Difficultés familiales

Définition : sous-catégorie qui regroupe les difficultés de la conciliation famille (gestion des enfants, conjoint/conjointe, etc.) et de la vie professionnelle en tant de pandémie et surtout comment ces difficultés ont influencé la décision de rester ou non au travail en tant que PAB.

Exemple réel ou fictif d'extrait qui y serait codifié : « *La garderie de mes enfants avait fermé, et il n'y avait pas de solutions pour moi, il fallait prendre une pause afin de trouver une solution* ».

b. Difficultés/facteurs administratives

Définition : sous-catégorie qui regroupe toutes les difficultés administratives ayant empêché certains PAB d'exercer leur métier au cours de la crise de la COVID-19 : difficultés liées au renouvellement des permis (travail, études, etc.) et surtout comment elles ont influencé leurs décisions de continuer par travailler en tant que PAB ou non.

Exemple réel ou fictif d'extrait qui y serait codifié : « *La fermeture des bureaux d'Immigration Canada a retardé le renouvellement de mes permis, j'ai dû prendre une pause au cours de cette période, car je ne voulais pas travailler en statut implicite* »

c. Émotions et ressentiments

Définition : sous-catégorie qui regroupe tous les émotions et ressentiments des PAB au cours de la crise de la COVID-19 et surtout comment ils ont influencé leurs décisions de continuer par travailler en tant que PAB ou non.

Exemple réel ou fictif d'extrait qui y serait codifié : « *Après avoir arrêté de travailler, je me sentais un peu comme coupable d'abandonner un navire qui coule... j'ai donc décidé de reprendre mon poste* ».

d. Reprise d'études

Définition : sous-catégorie qui regroupe les difficultés qu'on eut certains PAB de concilier études et travail au cours de la crise de la COVID-19 et surtout comment cela a influencé leur décision de continuer par travailler ou non.

Exemple réel ou fictif d'extrait qui y serait codifié : « *Étant père de deux enfants, ils m'étaient impossibles de travailler en tant que PAB, tout en continuant mes études, j'ai donc choisi de fermer mon dossier momentanément* ».

e. Autres

Autres citations jugées pertinentes pour la catégorie 3, mais qui n'entrent pas pour l'instant dans les sous-catégories ci-dessus. Elles seront à distribuer dans de nouvelles catégories plus tard.