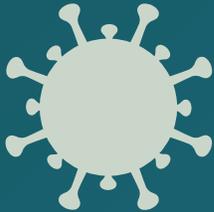


INSPQ

INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC



Étude sur la détresse psychologique des travailleurs de la santé atteints de la Covid-19 au Québec durant la deuxième vague pandémique

Étude sur la détresse psychologique des travailleurs de la santé atteints de la Covid-19 au Québec durant la deuxième vague pandémique

Direction des risques biologiques et de la santé au travail

13 avril 2021

AUTEURS

Mariève Pelletier

Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Sara Carazo

Axe de recherche immunologie-infectiologie, Centre de recherche du CHU de Québec — Université Laval

Nathalie Jauvin

Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Denis Talbot

Axe santé des populations et pratiques optimales en santé, Centre de recherche du CHU de Québec — Université Laval

Gaston De Serres

Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Michel Vézina

Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

SOUS LA COORDINATION DE

Marie-Pascale Sassine

Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

AVEC LA COLLABORATION DE

Pierre Deshaies

Direction de la santé publique de Chaudière-Appalaches, CISSS de Chaudière-Appalaches

Francine Ducharme

Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Sandrine Hegg-Deloye

Armelle Lorcy

Axe de recherche immunologie-infectiologie, Centre de recherche du CHU de Québec — Université Laval

Richard Martin

Jasmin Villeneuve

Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

RÉVISEURS

Dr Johannes Siegrist, professeur

Université Heinrich Heine de Düsseldorf

Dre Ruth Ndjaboue, professeure

Université de Sherbrooke

MISE EN PAGE

Marie-Cécile Gladel, agente administrative

Direction des risques biologiques et de la santé au travail

CITATION SUGGÉRÉE

Pelletier, M., Carazo, S., Jauvin, N., Talbot, D., De Serres, G et Vézina, M. (2021). Étude sur la détresse psychologique des travailleurs de la santé atteints de la Covid-19 au Québec durant la deuxième vague pandémique. Institut national de santé publique du Québec.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 2^e trimestre 2021

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-550-89211-3 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2021)

Remerciements

Les auteurs remercient Dr Stéphane Caron et Dr Stéphane Perron du groupe de travail SAT-COVID-19 et Maryse Beaudry, conseillère en communication et en transfert des connaissances pour leurs commentaires avant l'envoi du rapport aux réviseurs externes. Ils remercient également Maude Lafantaisie, conseillère scientifique à l'unité de santé au travail de l'INSQP pour son soutien à l'intégration et la mise en page des références bibliographiques. Les auteurs souhaitent aussi remercier Isabelle Marquis et Thanh-Quan Philips Ngo, qui, dans le cadre de leur stage en santé publique, ont effectué une revue de littérature qui a servi au présent rapport. Enfin, un merci tout particulier pour tous les travailleurs et toutes les travailleuses de la santé qui ont accepté de participer à cette étude.

Financement

Cette étude a été financée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Déclaration conflits d'intérêts

Les auteurs et les réviseurs ont déclaré n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Table des matières

Liste des tableaux	V
Liste des sigles et acronymes	VII
Faits saillants	1
Sommaire	3
1 Introduction	5
2 Objectifs	7
3 Méthodologie	9
3.1 Devis et recrutement des participants.....	9
3.2 Étude cas-témoins.....	9
3.3 Collecte des données et variables de la présente étude.....	9
3.4 Analyses statistiques.....	10
3.5 Aspects éthiques.....	11
4 Résultats	13
4.1 Description de la population à l'étude.....	13
4.2 Prévalence de la détresse psychologique élevée et très élevée, liée et non liée au travail.....	13
4.3 Indicateurs et items des RPS.....	15
4.4 Association entre les risques psychosociaux du travail et la détresse psychologique liée au travail.....	19
4.5 Association entre les autres facteurs liés à la COVID-19 dans le milieu de travail et la détresse psychologique liée au travail.....	25
5 Discussion	29
6 Conclusion	33
Références	35
Annexe A Questions dans l'enquête des items et variables inclus dans l'étude et construction d'indicateurs (risques psychosociaux et détresse psychologique)	39

Liste des tableaux

Tableau 1	Prévalence de la détresse psychologique élevée et très élevée liée au travail par sexe, selon le type d'emploi et d'installation (n = 5178) et comparaison avec l'EQSP 2014/15	15
Tableau 2	Prévalence de l'exposition des TdeS atteints de la COVID-19 aux risques psychosociaux du travail	16
Tableau 3	Prévalence de la détresse psychologique liée au travail et des risques psychosociaux du travail des travailleurs de la santé, selon leur statut par rapport à la COVID (atteints ou non atteints de la COVID-19)	17
Tableau 4	Prévalence de l'exposition des TdeS atteints de la COVID aux RPS (tableau résumé) selon le sexe et le type d'emploi et comparaison avec l'EQSP 2014/15	18
Tableau 5	Rapports de prévalence de détresse psychologique élevée (score de l'échelle de Kessler ≥ 7) liée au travail selon le niveau des indicateurs de RPS, global et par sexe (un modèle pour chaque indicateur, n = 5002)	20
Tableau 6	Rapports de prévalence de détresse psychologique très élevée (score de l'échelle de Kessler ≥ 13) liée au travail selon le niveau des indicateurs de risques psychosociaux, global et par sexe (un modèle pour chaque indicateur, n = 5002)	21
Tableau 7	Rapports de prévalence de la détresse psychologique liée au travail selon le niveau des indicateurs des risques psychosociaux (modèle incluant tous les risques psychosociaux, n = 5002)	22
Tableau 8	Rapport de prévalence de détresse psychologique liée au travail selon le niveau global (nombre de risques) du risque psychosocial au travail (n = 5002)	23
Tableau 9	Association entre le niveau d'exigences psychologiques et la détresse psychologique liée au travail, en présence de différents niveaux des autres indicateurs des risques psychosociaux (N = 5002)	24
Tableau 10	Évaluation des éléments en relation à la prévention de la COVID-19 dans le milieu de travail par les travailleurs de la santé infectés depuis le 12 juillet (n = 4046)	26
Tableau 11	Rapport de prévalence de la détresse psychologique élevée liée au travail selon la perception globale du risque d'acquiescer la COVID-19 et des différents facteurs de risque de la COVID-19 dans le milieu de travail	27

Liste des sigles et acronymes

CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement de soins de longue durée
EQSP	Enquête québécoise sur la santé de la population
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
PAB	Préposé aux bénéficiaires
RPS	Risques psychosociaux liés au travail
RPA	Résidence privée pour aînés
SSAS	Soins de santé et assistance sociale
TdeS	Travailleurs de la santé

Faits saillants

Au Québec, entre le 12 juillet 2020 et le 16 janvier 2021, 23 142 travailleurs de la santé ont eu un diagnostic de COVID-19. En date du 22 février 2021, 5 330 de ces travailleurs et 1 515 travailleurs non atteints de la COVID-19 (groupe témoin) ont rempli le questionnaire de l'enquête épidémiologique sur les travailleurs de la santé atteints par la COVID-19. Ce rapport présente les résultats de l'analyse portant sur la détresse psychologique et les risques psychosociaux liés au travail qui y sont associés.

Principaux résultats

- ▶ Près de la moitié (48,1 %) des 5 330 participants à l'étude atteints de la COVID-19 durant la deuxième vague, rapporte une détresse psychologique élevée ou très élevée pendant le mois précédant l'enquête (50,9 % chez les femmes et 38,2 % chez les hommes). À titre de comparaison, la prévalence de la détresse psychologique élevée et très élevée était de 27,6 % chez les travailleurs du Québec en 2014-2015.
- ▶ Parmi ces travailleurs de la santé atteints de la COVID-19 qui ont une détresse psychologique élevée et très élevée, 80 % associent cette détresse à leur travail. La prévalence de la détresse psychologique liée au travail est donc environ quatre fois plus importante que celle non liée au travail (38,5 % versus 9,6 %). À titre de comparaison, la prévalence de la détresse psychologique élevée ou très élevée liée au travail chez l'ensemble des travailleurs du Québec en 2014-2015 était de 16,9 %. Cette détresse liée au travail est encore plus prévalente chez les travailleurs de la santé non atteints de COVID-19, avec 46,3 %.
- ▶ Plusieurs travailleurs de la santé atteints de la COVID-19 sont exposés à des risques psychosociaux dans le cadre de leur travail :
 - ▶ 39 % déclarent un niveau élevé d'exigences psychologiques;
 - ▶ 28 % estiment avoir de la difficulté à maintenir un équilibre entre leurs obligations professionnelles et leurs responsabilités personnelles et familiales;
 - ▶ 75 % jugent qu'ils n'ont pas toujours les moyens de faire un travail de qualité;
 - ▶ 52 % se sentent parfois, souvent ou toujours contraints de travailler d'une façon qui heurte leur conscience professionnelle.
 - ▶ À noter que les résultats principaux de cette étude portent sur les travailleurs atteints de la COVID-19. Cependant, les travailleurs non atteints de la maladie sont exposés aux mêmes risques psychosociaux liés au travail avec des proportions similaires.
- ▶ Le niveau d'exigences psychologiques élevées et la difficulté à concilier le travail et la vie personnelle sont associés à un risque de deux à cinq fois plus grand de détresse psychologique liée au travail. Le fait de ne pas avoir les moyens de faire un travail de qualité et celui de devoir faire un travail qui heurte sa conscience professionnelle y sont également fortement associés, le risque étant deux à trois fois plus élevé.
- ▶ La prévalence de détresse psychologique liée au travail est associée de façon directement proportionnelle au nombre de risques psychosociaux auxquels les travailleurs rapportent être exposés simultanément (exigence psychologique élevée, autorité décisionnelle faible ou modérée, faible reconnaissance, faible soutien des collègues et du supérieur). La prévalence de détresse psychologique élevée est environ quatre fois plus importante chez les travailleurs exposés à quatre ou cinq risques psychosociaux comparativement à ceux qui sont exposés à aucun.

Compte tenu des taux préoccupants de détresse psychologique élevée et très élevée, tant chez les travailleurs de la santé atteints ou non de la COVID-19, on constate que la détresse psychologique est liée aux risques psychosociaux dans le milieu de travail et non au fait d'avoir été atteint de la maladie. Des actions de prévention, visant d'abord la réduction de la charge de travail, devraient être prioritaires pour l'ensemble des travailleurs de la santé. Cette charge se manifeste à travers les exigences psychologiques du travail (travailler très vite et très fort), les difficultés à concilier le travail et la vie personnelle, le manque de moyens pour faire un travail de qualité et en accord avec sa conscience professionnelle, de même que par le manque de ressources pour assurer la qualité des services auprès des patients et pour protéger la sécurité des travailleurs. De plus, il apparaît essentiel de miser sur des pratiques favorisant la reconnaissance et le soutien des collègues et des supérieurs, lesquelles constituent des facteurs de protection au regard de la santé mentale au travail. De telles mesures préventives sont nécessaires et urgentes pour réduire les atteintes à la santé mentale des travailleurs de la santé et les autres dommages collatéraux, encore plus critiques en temps de pandémie, telles que le taux de roulement, l'abandon de la profession et l'absentéisme maladie. Par ailleurs, des actions à court terme pour agir rapidement sur les symptômes de la détresse et éviter les complications du côté de la maladie mentale sont essentielles.

Sommaire

Contexte et objectif

Les travailleurs de la santé sont les travailleurs les plus en contact avec la COVID-19 depuis le début de la pandémie et plusieurs en ont été atteints. Les résultats de l'enquête épidémiologique sur les travailleurs de la santé atteints par la COVID-19 au printemps 2020 ont mis en lumière certaines conditions difficiles dans lesquelles ils exercent leur travail, ainsi que l'importance de s'intéresser aussi à leur santé mentale. Les objectifs de la présente étude, réalisée au Québec auprès de travailleurs de la santé atteints de la COVID-19 au cours de la deuxième vague pandémique, sont les suivants : 1) estimer la prévalence de la détresse psychologique élevée et très élevée et la proportion qui est liée au travail des travailleurs de la santé atteints de la COVID-19; 2) comparer, entre des travailleurs de la santé atteints de la COVID-19 et des travailleurs non atteints, la prévalence de la détresse psychologique élevée et très élevée liée ou non au travail et 3) estimer les associations entre la prévalence de l'exposition aux risques psychosociaux liés au travail ainsi qu'à des facteurs en lien avec la prévention de la COVID-19 et la prévalence de la détresse psychologique élevée et très élevée liée au travail pour les travailleurs de la santé atteints de COVID-19.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude transversale, avec l'inclusion des travailleurs de la santé atteints et non atteints de la COVID-19, cas témoin, réalisée dans le cadre de la deuxième phase de l'enquête auprès de 5 330 travailleurs de la santé atteints de COVID-19 entre le 12 juillet 2020 et le 16 janvier 2021 et 1 515 travailleurs de la santé avec des symptômes compatibles avec la COVID-19, dont le test de dépistage s'est avéré négatif entre le 15 novembre 2020 et le 16 janvier 2021 (groupe témoin). Le questionnaire a été rempli soit par téléphone ou de manière autoadministrée, de façon électronique. La collecte de données s'est déroulée entre le 2 décembre 2020 et le 22 février 2021. Des analyses de prévalence et de rapports de prévalence ont été réalisées.

Résultats

Le taux de participation a été de 49 % pour les travailleurs atteints de la COVID-19 et 48 % pour les témoins. L'échantillon de cas était toutefois représentatif pour l'âge, le sexe et les caractéristiques cliniques de l'ensemble des travailleurs atteints de la COVID-19 au Québec pendant la période de l'étude. Parmi les 5 330 travailleurs de la santé ayant été atteints de la COVID-19 durant la deuxième vague pandémique au Québec ayant participé à cette étude, 50,9 % des femmes et 38,2 % des hommes présentent un niveau élevé ou très élevé de détresse psychologique. Les infirmières constituent la catégorie d'emploi où la détresse était la plus élevée avec une prévalence de 57,0 % de détresse élevée et très élevée. Les 1 515 travailleurs de la santé non atteints de la COVID-19 (groupe témoin) sont plus en détresse avec une prévalence de 55,9 % de détresse élevée ou très élevée. Parmi les travailleurs qui ont une détresse psychologique élevée et très élevée, 80 % de ceux atteints de la COVID-19 et 83 % du groupe témoins associent cette détresse à leur travail. Quant aux différents risques psychosociaux liés au travail, parmi les participants à l'étude ayant eu la COVID-19, 39,1 % indiquent avoir été exposés à un niveau élevé d'exigences psychologiques dans leur travail; 55,3 % ont déclaré avoir une autorité décisionnelle faible ou modérée et 25 % se trouvent dans une situation de tension au travail. Par ailleurs, 32,1 % ont dit se sentir faiblement reconnu dans leur travail; 27,8 % ont éprouvé de la difficulté à concilier le travail et la vie personnelle et familiale; 74,6 % ont estimé ne pas avoir les moyens de faire un travail de qualité et 52,4 % ont déclaré avoir été contraints de travailler d'une façon qui heurte leur conscience professionnelle. Toutefois, 82,9 % et 77,2 % des TdeS ayant fait la maladie ont considéré avoir un soutien élevé de la part de leurs collègues et de la part de leur supérieur immédiat. Parmi les travailleurs non atteints de la COVID-19,

l'exposition aux risques psychosociaux était similaire, même plus élevée pour la difficulté à concilier le travail et la vie personnelle (34,1 %), le manque de moyens de faire un travail de qualité (81,2 %) ou le contraindre de travailler d'une façon qui heurte leur conscience professionnelle (54,9 %). La probabilité d'avoir une détresse psychologique élevée et très élevée augmente proportionnellement avec le nombre de RPS auxquels les travailleurs sont exposés. Les exigences psychologiques élevées, la difficulté de concilier le travail et la vie personnelle, le manque de moyen pour faire un travail de qualité et la contrainte de travailler d'une façon qui heurte sa conscience professionnelle sont les risques psychosociaux les plus associés à la détresse psychologique chez les participants atteints de la COVID-19.

Conclusion

Les résultats de cette étude montrent que la prévalence de la détresse élevée et très élevée des travailleurs de la santé pendant la deuxième vague pandémique de COVID-19 est très préoccupante. Cette détresse est principalement liée au travail et les facteurs qui y sont le plus associés touchent directement la charge de travail, laquelle se manifeste entre autres par des exigences psychologiques élevées et une difficulté à concilier le travail et la vie personnelle. Des mesures ciblant la réduction de la charge de travail et la mise en place de facteurs de protection comme la reconnaissance et le soutien sont nécessaires et urgents pour réduire les atteintes à la santé mentale des travailleurs de la santé et les autres dommages collatéraux, encore plus critiques en temps de pandémie, telles que le taux de roulement, l'abandon de la profession et l'absentéisme maladie.

1 Introduction

Les travailleurs de la santé (TdeS) ont été particulièrement à risque d'être exposés au SRAS-COV-2 depuis le début de la pandémie. Au Québec, leur risque de contracter la maladie de COVID-19 a été environ 10 fois plus élevé que dans le reste de la population du même groupe d'âge durant la première vague pandémique (1). Le risque est aussi demeuré important durant la deuxième vague (2). Par ailleurs, plusieurs études ont montré qu'au-delà du risque d'infection, la pandémie a aussi eu des conséquences néfastes sur la santé mentale des TdeS (3–10).

Dès le printemps 2020, une enquête épidémiologique a été menée au Québec pour décrire les caractéristiques des TdeS infectés par la COVID-19 et dégager les facteurs de risque modifiables de la COVID-19 liés au milieu de travail dans cette population (1). Au cours de cette première phase de l'enquête, l'importance de mesurer les risques psychosociaux liés au travail (RPS) et leurs conséquences sur la santé mentale a émergé de l'analyse qualitative réalisée à partir des questions ouvertes du questionnaire. En effet, les répondants y ont fait largement état de facteurs comme la charge de travail élevée, le sentiment d'abandon (manque de soutien) ou le manque de reconnaissance, des RPS reconnus comme ayant un impact sur la santé mentale au travail. Conséquemment, l'objectif d'estimer la prévalence de la détresse psychologique ainsi que celle de l'exposition des TdeS aux RPS a été ajouté à la deuxième phase de l'enquête ayant débuté en décembre 2020.

Les résultats de nombreuses études scientifiques indiquent qu'il existe des liens étroits entre la détresse psychologique, un indicateur précoce de troubles mentaux, et plusieurs RPS, tels qu'une demande psychologique élevée, un faible soutien au travail, une faible reconnaissance, des conflits de valeurs et une difficulté à concilier le travail et la vie personnelle (11–16).

Ce rapport présente l'analyse de la détresse psychologique chez les TdeS atteints par la COVID-19 et ses facteurs de risque, documentés lors de la deuxième phase de l'enquête épidémiologique. L'hypothèse de l'étude est que la prévalence de la détresse psychologique élevée et très élevée liée au travail chez les TdeS est associée à l'exposition à des RPS, et ce tant pour les hommes que pour les femmes, de même que pour ceux qui ont fait ou non la maladie.

2 Objectifs

Les objectifs de cette étude, réalisée au Québec auprès de TdeS atteints de la COVID-19 au cours de la deuxième vague pandémique, sont les suivants :

1. Estimer la prévalence de la détresse psychologique élevée et très élevée et la proportion qui est liée au travail des TdeS atteints de la COVID-19.
2. Comparer, entre des TdeS atteints de la COVID-19 et des travailleurs non atteints, la prévalence de la détresse psychologique élevée et très élevée liée ou non au travail.
3. Estimer les associations entre la prévalence de l'exposition aux RPS ainsi qu'à des facteurs en lien avec la prévention de la COVID-19 et la prévalence de la détresse psychologique élevée et très élevée liée au travail pour les TdeS atteints de COVID-19.

3 Méthodologie

3.1 Devis et recrutement des participants

Une enquête épidémiologique auprès des TdeS ayant été atteints de la COVID-19 a été menée entre le 12 juillet 2020 et le 19 janvier 2021 (2). Il s'agit de la deuxième phase de l'Enquête épidémiologique sur les TdeS atteints de la COVID-19 au printemps 2020 (1). Toutes les personnes travaillant dans le domaine de la santé ou dans un établissement de santé, ayant 18 ans ou plus, capables de communiquer en français ou en anglais et résidant au Québec, étaient admissibles. Les travailleurs éligibles ont été identifiés à partir du fichier de Trajectoire de la Santé publique qui recense tous les cas confirmés de COVID-19 dans la province. Les cas ciblés comme TdeS ont été contactés par téléphone et un consentement verbal a été obtenu pour la participation à l'étude. Le recrutement a visé à rejoindre des travailleurs infectés depuis le début de la deuxième vague pandémique jusqu'à la mi-janvier 2021. Le questionnaire a été majoritairement rempli en ligne par les participants eux-mêmes et une minorité (< 4 %) a été complétée lors d'entrevues téléphoniques.

3.2 Étude cas-témoins

Dans l'enquête, un groupe-témoins a également été recruté (2). Il s'agit d'un échantillon de TdeS non infectés, mais avec des symptômes compatibles avec la COVID-19, dont le test de dépistage s'est avéré négatif entre le 15 novembre 2020 et le 16 janvier 2021. Parmi les personnes identifiées comme TdeS symptomatiques dans le fichier du laboratoire chargé des analyses, 750 individus par semaine ont été sélectionnés d'une façon aléatoire pour être contactés.

3.3 Collecte des données et variables de la présente étude

La collecte de données s'est déroulée entre le 2 décembre 2020 et le 22 février 2021. Les participants ont été questionnés sur leur emploi (profession, établissement et département du travail), sur les mesures de prévention et contrôle des infections et sur la persistance des symptômes consécutifs à la maladie, en plus de fournir leurs caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, ethnicité et composition du ménage).

Les RPS ont été mesurés par des indicateurs validés issus des deux principaux modèles reconnus internationalement, soit le modèle de Karasek et Theorell « demande-autonomie-soutien » et celui de Siegrist « effort-reconnaissance » (17,18). Les indicateurs associés à ces deux modèles sont : les exigences psychologiques du travail (charge de travail); l'autorité décisionnelle (une des deux composantes de l'autonomie décisionnelle); la tension au travail (combinaison des exigences psychologiques élevées et d'une autorité décisionnelle faible ou modérée); le soutien social des collègues; le soutien social du supérieur et la reconnaissance. Différents questionnaires mesurant ces risques existent. Le questionnaire retenu est celui utilisé dans le cadre de l'Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-15 afin de pouvoir comparer les résultats (19). En plus de ces indicateurs, trois autres questions ont été ajoutées afin de mesurer des RPS dans le contexte de la COVID-19. Deux questions portant sur le concept de conflit de valeur, utilisées dans des enquêtes réalisées en France, ont été sélectionnées (12,14,20). Ces questions portent sur la perception d'avoir les moyens de faire un travail de qualité et de travailler d'une façon qui heurte sa conscience professionnelle. Finalement, une question qui sera utilisée dans la prochaine version de l'EQSP 2020-21 (ISQ) a également été ajoutée concernant la difficulté à maintenir un équilibre entre les obligations professionnelles et les responsabilités personnelles et familiales (voir annexe A pour les questions et les détails concernant le calcul des indicateurs) (21).

La détresse psychologique a été mesurée par le K6, élaboré et validé par Kessler et coll., (2002) (22). Il s'agit d'un indicateur qui, en raison de sa brièveté, de sa fiabilité et de sa validité, sert depuis plusieurs années dans les enquêtes nationales de santé au Canada (23). Il est également utilisé dans plusieurs pays du monde, notamment aux États-Unis et en Australie (24). Les six questions de l'échelle de Kessler sont cotées entre 0 et 4, en fonction de la fréquence des symptômes étudiés, pour un maximum de 24 points. La détresse est classifiée comme élevée pour un score entre 7 et 24 et très élevée pour un score de 13 à 24. La détresse psychologique constitue un indicateur précoce d'atteinte à la santé mentale qui apprécie deux des plus fréquents syndromes observés à cet égard, soit la dépression et l'anxiété. Il ne s'agit pas d'un outil de diagnostic de ces pathologies, mais d'un indice qui identifie, dans une population, les personnes qui sont plus à risque d'en être atteintes (voir annexe A pour les questions et les détails concernant le calcul des indicateurs). Cet indicateur a aussi été utilisé dans l'EQSP 2014-15, ce qui permet de comparer, comme pour les RPS, les résultats de la présente enquête avec la situation qui prévalait pour les travailleurs en général, ainsi que pour ceux qui occupaient un emploi dans le même secteur avant la pandémie. De plus, l'EQSP 2014-15 et la présente étude permettent d'établir le lien perçu par les répondants entre leur état de détresse psychologique et leur travail, permettant ainsi de distinguer les cas de détresse psychologique liée au travail de ceux dont la détresse n'est pas liée au travail. Elle permet aussi d'explorer les associations entre la détresse psychologique liée au travail et les expositions à différents RPS, en tenant compte des facteurs personnels et sociodémographiques pouvant influencer le niveau de détresse psychologique tels l'âge, le sexe, l'ethnicité et la composition familiale (seul, sans enfants, avec enfants).

3.4 Analyses statistiques

Les prévalences de la détresse psychologique (liée et non liée au travail) des TdeS atteints de la COVID-19 et des témoins (non atteints) ont été estimées. Les prévalences de l'exposition des TdeS atteints de la COVID-19 aux RPS ont également été estimées. Ces analyses ont été stratifiées par sexe, par type d'emploi et par type d'installation.

Des modèles de Poisson robustes ont été bâtis pour estimer les rapports de prévalence de la détresse psychologique élevée (score supérieur ou égal à 7, incluant la détresse très élevée) ou très élevée (score supérieur ou égal à 13) liée au travail selon la présence des risques psychosociaux au travail. Les modèles de Poisson robustes sont une alternative à la régression logistique qui permettent d'estimer des rapports de prévalence tout en évitant les problèmes de convergence souvent rencontrés avec les modèles log-binomiaux (25–27). Des modèles stratifiés en fonction du sexe ont été construits pour chaque RPS en ajustant pour les variables sociodémographiques. L'association indépendante entre chaque RPS et la détresse psychologique a été mesurée dans un modèle incluant tous les RPS. Les indicateurs de conflit de valeurs et de conciliation travail-vie personnelle ont été combinés aux autres risques pour évaluer leurs associations avec la détresse selon les différents niveaux des autres risques. Finalement, l'association entre la présence simultanée d'un à cinq RPS et la détresse psychologique a aussi été examinée avec la construction d'un indicateur global des RPS. Une dernière analyse a exploré l'association entre la perception d'acquiescer la COVID-19 dans le milieu de travail (avant de contracter la maladie), l'adéquation des mesures de prévention et de contrôle des infections dans le milieu de travail et la persistance des symptômes de la COVID-19 au moment de répondre à l'enquête et la détresse psychologique liée au travail.

3.5 Aspects éthiques

L'étude a été menée dans le cadre d'un mandat d'enquête épidémiologique confié à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) par le Directeur de la santé publique du Québec en vertu de la Loi sur la santé publique. L'enquête a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche du CHU de Québec-Université Laval.

4 Résultats

4.1 Description de la population à l'étude

Au Québec, entre le 12 juillet 2020 et le 16 janvier 2021, 23 142 TdeS, avec un diagnostic de COVID-19 confirmé en laboratoire, ont été déclarés à la santé publique (source : TSP). Des 15 841 travailleurs contactés par téléphone, 4581 (29 %) n'ont pas été rejoints après deux tentatives et 258 (2 %) avaient un numéro erroné. Parmi les 11 007 qui ont été rejoints, 219 (2 %) ont été exclus (pas de test de dépistage positif, pas travailleur de la santé, demeure hors du Québec, ne parle pas français ni anglais ou décès), 1779 (16 %) ont refusé de participer à l'enquête. Parmi les 9009 personnes éligibles qui ont donné leur accord pour remplir le questionnaire, 5330 (59 %) ont rempli complètement le questionnaire en ligne ou par téléphone en date du 22 février 2021. Le taux de participation (pourcentage qui a complété le questionnaire parmi tous les TdeS rejoints qui remplissaient les critères d'inclusion) a été de 49 %. Les participants étaient représentatifs pour l'âge, le sexe et les caractéristiques cliniques de l'ensemble des travailleurs atteints de la COVID-19 au Québec pendant la période de l'étude (2).

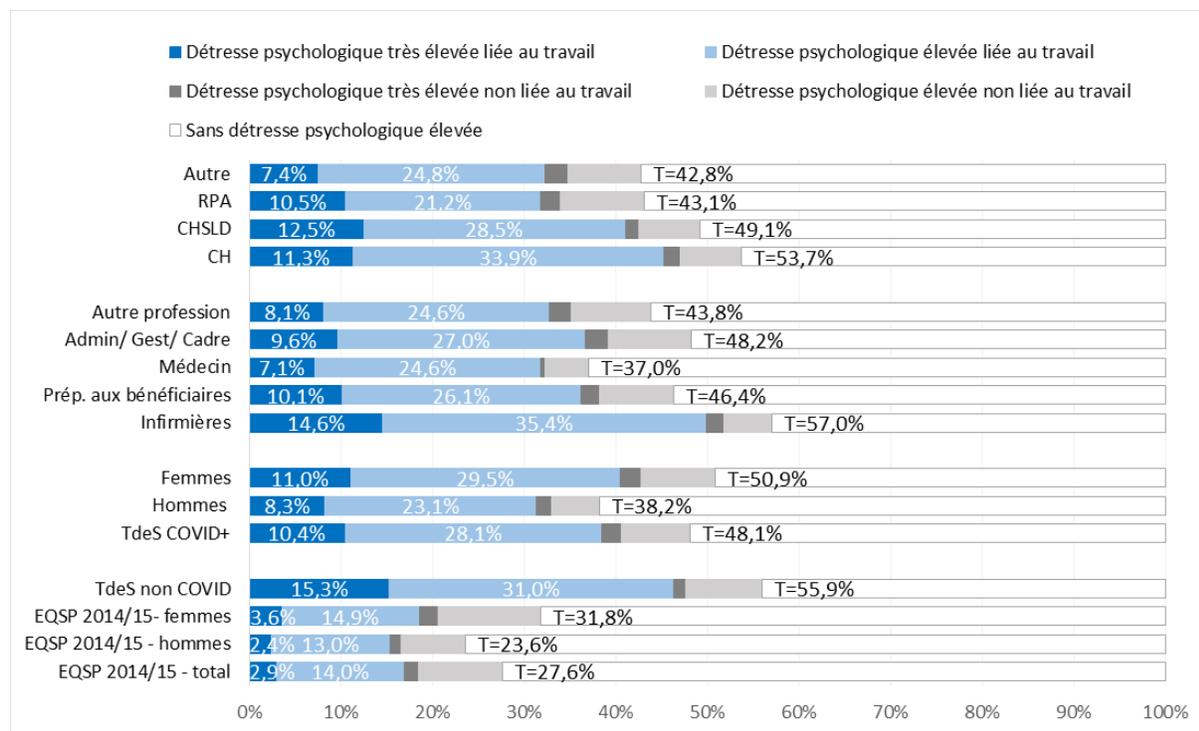
Pour les TdeS atteints de la COVID-19, plus des trois quarts (78 %) des répondants sont des femmes, 60 % ont moins de 45 ans et 33 % sont âgés entre 45 et 60 ans. De plus, 19 % sont nés à l'étranger, 80 % se décrivent comme blancs, 8 % comme noirs et 8 % comme faisant partie d'une autre catégorie d'origine ethnique (arabe, asiatique, autochtone et hispanique). Au regard du lien d'emploi, 37 % travaillent dans un centre hospitalier (CH), 22 % dans un centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), 9 % dans une résidence privée pour aînés (RPA) et 32 % dans d'autres installations. Globalement, 19 % ont moins d'un an d'expérience et les catégories d'emploi les plus fréquentes sont les infirmières et infirmières auxiliaires (26 %), les préposés aux bénéficiaires (PAB) (19 %), le personnel travaillant dans l'administration et la gestion (10 %) et les médecins (4 %). Parmi les participants de cette étude, les PAB constituent la catégorie la plus représentée dans les CHSLD et les RPA, alors que celle des infirmières est la plus représentée dans les CH.

Pour le groupe témoin, parmi les 6444 TdeS non atteints de la COVID-19 qui ont été appelés, 3452 (56 %) ont été rejoints. Parmi eux, 324 (9 %) ont été exclus et 531 (15 %) ont refusé de participer. Parmi les 2597 personnes qui ont accepté de répondre au questionnaire, 1 515 (60 %) avaient rempli le questionnaire au 22 février 2021, avec un taux de participation de 48 %.

4.2 Prévalence de la détresse psychologique élevée et très élevée, liée et non liée au travail

La figure 1 permet d'observer que la prévalence de détresse psychologique élevée et très élevée liée au travail (38,5 %) chez les TdeS atteints de la COVID-19 est environ quatre fois plus importante que pour la détresse psychologique non liée au travail. Cette prépondérance de la détresse liée au travail sur la détresse non liée au travail est observée tant chez les femmes que chez les hommes, peu importe le type d'installation ou d'emploi. La figure 1 montre aussi que globalement, la prévalence de la détresse psychologique élevée et très élevée (sans égard au lien avec le travail) des TdeS atteints de COVID-19 est plus grande que celle dont fait état l'ESPQ 2014-15 pour l'ensemble des travailleurs québécois (27,6 %). La prévalence de la détresse psychologique élevée et très élevée pour les TdeS non atteints de COVID-19 (groupe témoin) est encore plus grande (55,9 %).

Figure 1 Distribution du niveau de détresse psychologique chez les TdeS atteints de la COVID-19 selon l'échelle de Kessler et selon son lien avec le travail (n = 5178) et comparaison avec EQSP 2014/15^a



Note : détresse psychologique élevée = score de 7 à 12 et très élevée = score de 13 ou plus sur 24. Les T à la fin des barres de couleur correspondent à la prévalence totale de détresse (liée ou non liée au travail).

Dans le tableau 1, la prévalence de détresse psychologique élevée liée au travail (incluant la proportion de la détresse très élevée) est deux fois plus élevée dans la population à l'étude que dans celle du secteur des services de santé et des services sociaux avant la pandémie, et ce tant pour les hommes que pour les femmes (tableau 1). Quand on compare ces résultats avec ceux des travailleurs non atteints de la COVID-19 et enquêtés en janvier 2021, on constate que la prévalence est encore plus élevée parmi le groupe témoin (47 %). Au chapitre des types d'emploi, parmi les TdeS atteints de la COVID-19, ce sont les infirmières et les cadres qui sont les plus touchés par une détresse psychologique élevée.

Concernant la détresse psychologique très élevée liée au travail, soit les personnes dont le score de détresse se situe entre 13 et 24, la prévalence observée dans l'étude est de 10 %, ce qui est trois fois plus élevé que pour l'ensemble des travailleurs québécois et ceux du secteur des services de santé et des services sociaux dans l'EQSP avant la pandémie. Elle est cependant inférieure à la prévalence chez les TdeS non atteints de la COVID-19 (groupe témoin), qui présentent une prévalence de 15 % de détresse très élevée liée au travail. Ce sont les infirmières et le personnel des CHSLD et des CH qui sont les plus touchés par un tel niveau de détresse.

^a Source : Tissot et coll., 2021.

Tableau 1 Prévalence de la détresse psychologique élevée et très élevée liée au travail par sexe, selon le type d'emploi et d'installation (n = 5178) et comparaison avec l'EQSP 2014/15

	Détresse élevée (≥ 7) liée au travail (%)			Détresse très élevée (≥ 13) liée au travail (%)		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Total Participants à l'étude	31,3	40,5	38,5	8,3	11,0	10,4
EQSP 2014/15 tous les travailleurs	15,4	18,5	16,9	2,4	3,6	2,9
EQSP 2014/15 SSAS	14,7	16,9	16,5	2,9	3,2	3,1
TdeS non atteints de la COVID (témoins enquête 2020-21)	38,0	47,9	46,3	7,0	16,6	15,2
Type d'emploi						
Infirmières	42,7	51,1	49,9	15,1	14,5	14,6
Préposés aux bénéficiaires	32,5	37,1	36,2	7,2	10,8	10,1
Médecins	19,4	42,5	31,8	2,0	11,5	7,1
Admin/Gest/Cadre	35,9	36,8	36,6	6,5	10,4	9,6
Autre	28,3	34,4	32,7	7,7	8,3	8,1
Installation						
CH	31,7	49,0	45,2	6,5	12,7	11,3
CHSLD	36,9	42,2	41,0	12,3	12,5	12,5
RPA	23,1	34,0	31,8	9,6	10,8	10,5
Autre	29,3	33,1	32,3	6,9	7,6	7,4

CH : centre hospitalier de soins aigus; CHSLD : centre d'hébergement et de soins de longue durée; EQSP : enquête québécoise sur la santé de la population; RPA : résidence pour aînés.

4.3 Indicateurs et items des RPS

Au total, environ 39 % des TdeS atteints de la COVID-19 rapportent un niveau d'exigences psychologiques élevé (tableau 2). Avoir un emploi qui exige de travailler très fort (75 %) ou très vite (55 %) sont les deux items qui ressortent le plus. Le tableau 1 montre également que 55 % des répondants estiment bénéficier d'un niveau faible ou modéré d'autorité décisionnelle et que 25 % des travailleurs visés par cette étude seraient dans une situation de tension au travail, soit une combinaison d'un niveau élevé d'exigences psychologiques et un niveau faible ou modéré d'autorité décisionnelle (17). Concernant le soutien social au travail, près de 83 % des répondants estiment recevoir un soutien élevé de la part de leurs collègues et près de 77 % considèrent bénéficier d'un soutien élevé de leur supérieur. Pour ce qui est de la reconnaissance, près de 32 % des répondants estiment avoir un niveau faible de reconnaissance, particulièrement en raison d'un salaire insatisfaisant (55 %) et de perspectives de promotion insatisfaisantes (47 %) (18). Par ailleurs, 28 % des répondants rapportent une difficulté à maintenir un équilibre entre les obligations professionnelles et les responsabilités personnelles et familiales. Par ailleurs, les trois quarts des répondants estiment ne pas avoir les moyens de faire un travail de qualité (toujours 1 %, souvent 21 % et parfois 53 %) tandis que plus de la moitié se dit contrainte de travailler d'une façon qui heurte leur conscience professionnelle (toujours 2 %, souvent 10 % et parfois 41 %).

Tableau 2 Prévalence de l'exposition des TdeS atteints de la COVID-19 aux risques psychosociaux du travail

Indicateurs des risques psychosociaux et items	Hommes n = 1177 %	Femmes n = 4153 %	Total n = 5330 %
Niveau d'exigences psychologiques			
Faible	34,6	30,9	31,7
Modéré	30,0	29,0	29,2
Élevé	35,4	40,2	39,1
5 Items de l'indicateur du Niveau d'exigences psychologiques			
Demande de faire une quantité excessive de travail	35,3	42,3	40,8
Reçoivent des demandes contradictoires de la part des autres	33,0	33,6	33,4
Travail qui exige d'aller très vite	52,8	55,5	54,9
Pas suffisamment de temps pour faire leur travail	31,5	39,4	37,6
Travail qui exige de travailler très fort (exigences mentales ou physiques)	73,2	75,8	75,2
Niveau d'autorité décisionnelle			
Faible ou modéré	51,2	56,5	55,3
Élevé	48,9	43,5	44,7
2 Items de l'indicateur du Niveau d'autorité décisionnelle			
Peu ou pas de liberté de décider comment ils font leur travail	66,0	64,2	64,6
Peu ou pas d'influence sur la façon dont les choses se passent au travail	61,9	55,7	57,1
Tension au travail			
Oui	20,7	26,3	25,0
Non	79,3	73,7	75,0
Niveau de reconnaissance			
Faible	28,1	33,3	32,1
Modéré	39,8	41,4	41,0
Élevé	32,1	25,4	26,9
4 Items de l'indicateur du Niveau de reconnaissance			
Faible sécurité d'emploi	19,8	20,1	20,0
Perspectives de promotion insatisfaisantes	42,0	48,6	47,1
Salaire insatisfaisant	49,4	56,5	55,0
Ne reçoivent pas le respect et l'estime mérités au travail	23,0	25,4	24,9
Niveau de soutien des collègues			
Faible ou modéré	15,1	17,7	17,1
Élevé	84,9	82,3	82,9
2 Items de l'indicateur du Niveau de soutien des collègues			
Collègues ne facilitent pas ou facilitent peu l'exécution de leur travail	9,6	12,8	12,1
Peu ou pas l'impression de faire partie d'une équipe	9,3	10,2	10,0
Niveau de soutien du supérieur			
Faible ou modéré	21,0	23,3	22,8
Élevé	79,0	76,8	77,2
2 Items de l'indicateur du Niveau du supérieur			
Supérieur immédiat facilite peu ou pas la réalisation de leur travail	16,8	18,1	17,8
Supérieur immédiat prête peu ou pas attention à ce qu'ils disent	16,2	18,9	18,3
Difficulté à maintenir un équilibre entre les obligations professionnelles et les responsabilités personnelles et familiales			
Oui	25,2	28,5	27,8
Non	74,8	71,5	72,2
N'ont pas les moyens de faire un travail de qualité (toujours, souvent ou parfois)			
	71,5	75,5	74,6
Contraints de travailler d'une façon qui heurte leur conscience professionnelle (toujours, souvent ou parfois)			
	49,2	53,4	52,4

Le tableau 3 fait état des prévalences de détresse psychologique et des RPS selon le statut des TdeS par rapport à la COVID-19. De façon générale, les proportions de travailleurs exposés aux différentes RPS sont comparables entre ceux atteints de la COVID et ceux du groupe témoin. Les TdeS n'ayant pas fait la maladie ont cependant été plus nombreux à déclarer avoir de la difficulté à concilier le travail et la vie personnelle et ne pas avoir les moyens de faire un travail de qualité.

Tableau 3 Prévalence de la détresse psychologique liée au travail et des risques psychosociaux du travail des travailleurs de la santé, selon leur statut par rapport à la COVID (atteints ou non atteints de la COVID-19)

	Travailleurs atteints de la COVID-19			Travailleurs non atteints de la COVID-19		
	Total N = 5330	Hommes N = 1177	Femmes N = 4153	Total N = 1515	Hommes N = 204	Femmes N = 1311
	%	%	%	%	%	%
Détresse liée au travail						
Élevée (≥ 7)	38,5	31,3	40,5	46,3	38,7	47,4
Très élevée (≥ 13)	10,4	8,3	11,0	15,3	6,9	16,7
Indicateurs des risques psychosociaux						
Niveau élevé d'exigences psychologiques	39,1	35,4	40,2	38,6	38,7	38,6
Niveau faible ou modéré d'autorité décisionnelle	55,3	51,2	56,5	49,1	52,0	48,7
Niveau faible de reconnaissance	32,1	28,1	33,3	32,3	30,4	32,7
Niveau faible ou modéré de soutien des collègues	17,1	15,1	17,7	15,0	18,1	14,5
Niveau faible ou modéré de soutien du supérieur	22,8	21,0	23,3	22,4	25,0	22,0
Difficulté pour conciliation travail et vie personnelle	27,8	25,2	28,5	34,1	30,9	34,6
Pas moyens de faire travail de qualité	74,6	71,5	75,5	81,2	77,0	81,9
Travail qui heurte conscience professionnelle	52,4	49,2	53,4	54,9	50,0	55,6

Le tableau 4 présente les prévalences d'exposition des TdeS atteints de la COVID-19 aux RPS en comparaison avec les données obtenues dans le cadre de l'EQSP 2014-15, pour l'ensemble des travailleurs québécois, ainsi que pour les travailleurs du secteur de soins de santé et assistance sociale (SSAS).

L'indicateur de l'autorité décisionnelle est celui qui se distingue le plus lorsque comparé aux données de l'EQSP. Selon les résultats présentés au tableau 2, plus de 55 % des TdeS présentent un niveau faible ou modéré d'autorité décisionnelle, soit 20 % de plus que chez les travailleurs du SSAS de l'EQSP et 25 % de plus que chez l'ensemble des travailleurs de l'EQSP. Un autre écart est constaté pour la faible reconnaissance. En effet, la prévalence de faible reconnaissance chez les répondants s'élève à près de 8 % de plus que celle mesurée pour des travailleurs du SSAS dans l'EQSP et cet écart s'accroît à 11 % pour l'ensemble des travailleurs de l'EQSP. Le pourcentage des personnes exposées à un niveau élevé d'exigences psychologiques dans l'enquête est comparable à celui mesuré chez les travailleurs du SSAS dans l'EQSP.

La comparaison des prévalences d'exposition aux différents indicateurs de RPS par types d'emploi montre que ce sont les infirmières et les PAB qui forment les deux catégories les plus exposées. Les médecins constituent le groupe le plus exposé aux difficultés à maintenir un équilibre entre les obligations professionnelles et les responsabilités personnelles et familiales, et s'avèrent être le deuxième groupe déclarant ne pas avoir les moyens de faire un travail de qualité. Les cadres sont les deuxièmes en importance à rapporter un niveau faible ou modéré de soutien de la part de collègues.

Tableau 4 Prévalence de l'exposition des TdeS atteints de la COVID aux RPS (tableau résumé) selon le sexe et le type d'emploi et comparaison avec l'EQSP 2014/15^b

Indicateurs des risques psychosociaux	Sexe			Type d'emploi fréquent			
	Total n = 5330 %	Hommes n = 1177 %	Femmes n = 4153 %	Inf n = 1441 %	PAB n = 1184 %	Med n = 212 %	Adm n = 477 %
Niveau élevé d'exigences psychologiques	39,1	35,4	40,2	55,7	44,2	25,9	34,0
EQSP 2014/15 tous les travailleurs	32,2	30,1	34,5				
EQSP 2014/15 travailleurs SSAS	40,3	33,9	41,9				
Niveau faible ou modéré d'autorité décisionnelle	55,3	51,2	56,5	60,6	62,1	34,0	36,7
EQSP 2014/15 tous les travailleurs	30,6	26,8	34,8				
EQSP 2014/15 travailleurs SSAS	36,0	31,9	37,0				
Niveau faible de reconnaissance	32,1	28,1	33,3	37,3	41,8	3,3	24,1
EQSP 2014/15 tous les travailleurs	20,9	18,9	23,1				
EQSP 2014/15 travailleurs SSAS	24,1	21,5	24,7				
Niveau faible ou modéré de soutien des collègues	17,1	15,1	17,7	14,3	21,8	7,6	17,0
EQSP 2014/15 tous les travailleurs	18,9	18,4	19,4				
EQSP 2014/15 travailleurs SSAS	18,1	17,8	18,1				
Niveau faible ou modéré de soutien du supérieur	22,8	21,0	23,3	27,7	26,0	14,3	14,7
EQSP 2014/15 tous les travailleurs	21,2	21,1	21,2				
EQSP 2014/15 travailleurs SSAS	23,9	22,9	24,1				
Difficulté de conciliation travail vie personnelle	27,8	25,2	28,5	38,2	24,1	40,2	27,4
Pas moyen de faire travail de qualité	74,6	71,5	75,5	88,5	69,7	73,6	73,4
Heurte conscience professionnelle	52,4	49,2	53,4	68,8	56,1	51,9	38,2

Note : les risques psychosociaux identifiés réfèrent au modèle de demande-autonomie-soutien de Karasek et à celui du déséquilibre effort-reconnaissance de Siegrist, de même qu'aux conflits de valeurs et aux difficultés de conciliation travail-famille. Les données de comparaisons des trois derniers indicateurs ne sont pas disponibles dans l'EQSP 2014/15.

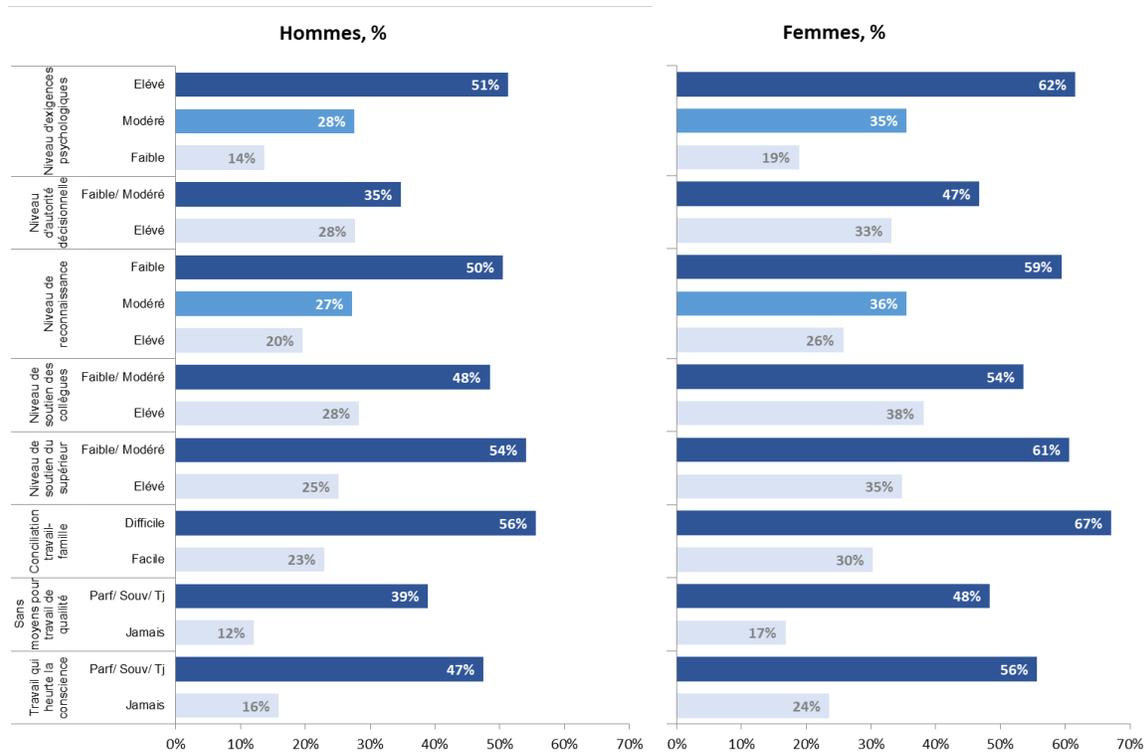
EQSP : enquête québécoise sur la santé de la population; SSAS : secteur soins de santé et assistance sociale; Inf : infirmières et infirmières auxiliaires; PAB : préposés aux bénéficiaires; Med : médecins; Adm : employés à l'administration ou gestionnaires.

^b Source : INSPQ 2021(16).

4.4 Association entre les risques psychosociaux du travail et la détresse psychologique liée au travail

La figure 2 ci-dessous montre que la prévalence de la détresse psychologique élevée liée au travail est fortement associée à l'exposition à chacun des RPS analysés, tant pour les hommes que pour les femmes.

Figure 2 Prévalence de la détresse psychologique élevée (≥ 7) liée au travail selon le niveau des risques psychosociaux et le sexe (n = 5002)



Tous les RPS, analysés séparément, sont associés à la détresse psychologique élevée liée au travail et leur association est similaire pour les hommes et pour les femmes (tableau 5).

Les risques psychosociaux associés plus fortement à la détresse sont :

- ▶ Le niveau élevé d'exigences psychologiques.
- ▶ La difficulté à maintenir un équilibre entre les obligations professionnelles et les responsabilités personnelles et familiales.
- ▶ Ne pas avoir les moyens de faire un travail de qualité.
- ▶ Devoir faire un travail qui heurte sa conscience professionnelle.

À titre d'exemple, un travailleur avec un niveau élevé d'exigences psychologiques a deux fois plus de risque de vivre une détresse élevée liée au travail comparativement à un travailleur avec un niveau d'exigences faible ou modéré.

Tableau 5 Rapports de prévalence de détresse psychologique élevée (score de l'échelle de Kessler ≥ 7) liée au travail selon le niveau des indicateurs de RPS, global et par sexe (un modèle pour chaque indicateur, n = 5002)

Indicateurs des risques psychosociaux	Rapport de prévalence de détresse psychologique élevée liée au travail					
	Global n = 5002		Hommes n = 1101		Femmes n = 3901	
	RP ajusté ^a	IC à 95 %	RP ajusté ^b	IC à 95 %	RP ajusté ^b	IC à 95 %
Niveau d'exigences psychologiques						
Élevé (réf = faible ou modéré)	2,2	2,0 – 2,4	2,3	2,0 – 2,8	2,2	2,0 – 2,3
Niveau d'autorité décisionnelle						
Faible ou modéré (réf = élevé)	1,4	1,3 – 1,5	1,2	1,0 – 1,4	1,4	1,3 – 1,5
Niveau de reconnaissance						
Faible (réf = modéré ou élevé)	1,9	1,7 – 2,0	2,0	1,7 – 2,3	1,8	1,7 – 2,0
Niveau de soutien des collègues						
Faible ou modéré (réf = élevé)	1,5	1,4 – 1,6	1,6	1,4 – 2,0	1,5	1,3 – 1,6
Niveau de soutien du supérieur						
Faible ou modéré (réf = élevé)	1,7	1,6 – 1,9	2,0	1,7 – 2,3	1,7	1,6 – 1,8
Conciliation travail et vie personnelle						
Difficile (réf = facile)	2,2	2,0 – 2,3	2,4	2,0 – 2,8	2,1	2,0 – 2,3
Moyens de faire un travail de qualité						
Sans moyens (réf = toujours avec moyens)	2,7	2,3 – 3,1	2,8	2,0 – 3,9	2,6	2,3 – 3,1
Heurte leur conscience professionnelle						
Oui (réf = jamais)	2,3	2,1 – 2,5	2,7	2,2 – 3,4	2,2	2,0 – 2,4

RP : rapport de prévalence; IC : intervalle de confiance; réf : catégorie de référence.

Population : 2892 travailleurs qui ont répondu à tous les items et qui n'ont pas de valeurs manquantes pour les variables d'ajustement).

^a Un modèle Poisson robuste pour chaque indicateur, ajusté pour le sexe, l'âge (18-44, 45-59, 60 ou plus), la composition familiale (seul, sans enfants, avec enfants), l'ethnicité (blanc, noir et autre) et le type d'emploi (infirmière, préposé aux bénéficiaires, médecin, personnel de l'administration et gestion et autres).

^b Un modèle Poisson robuste pour chaque indicateur, ajusté pour les mêmes variables que le modèle « a » sauf le sexe.

Il existe une très forte association entre les RPS, analysés séparément, et une détresse psychologique très élevée liée au travail (tableau 6). Les risques les plus fortement associés sont le niveau élevé d'exigences psychologiques et la difficulté à maintenir un équilibre entre les obligations professionnelles et les responsabilités personnelles et familiales. Les travailleurs exposés à ces deux risques ont 3,8 et 4,7 fois plus de risque de vivre une détresse psychologique très élevée.

Le fait d'être exposé à une faible reconnaissance au travail, un faible soutien de leur supérieur, un travail qui heurte leur conscience professionnelle, et l'absence de moyens pour faire un travail de qualité, est associé à environ trois fois plus de risque de vivre de la détresse psychologique très élevée que chez les travailleurs de l'échantillon qui ne sont pas exposés à ces risques.

Tableau 6 Rapports de prévalence de détresse psychologique très élevée (score de l'échelle de Kessler ≥ 13) liée au travail selon le niveau des indicateurs de risques psychosociaux, global et par sexe (un modèle pour chaque indicateur, n = 5002)

	Rapport de prévalence de détresse psychologique très élevée liée au travail					
	Global n = 5002		Hommes n = 1101		Femmes n = 3901	
	RP ajusté ^a	IC à 95 %	RP ajusté ^b	IC à 95 %	RP ajusté ^b	IC à 95 %
Indicateurs des risques psychosociaux						
Niveau d'exigences psychologiques						
Élevé (réf = faible ou modéré)	3,8	3,2 – 4,7	5,1	3,2 – 8,3	3,7	3,0 – 4,5
Niveau d'autorité décisionnelle						
Faible ou modéré (réf = élevé)	2,0	1,6 – 2,4	1,7	1,1 – 2,6	2,0	1,7 – 2,5
Niveau de reconnaissance						
Faible (réf = modéré ou élevé)	3,1	2,7 – 3,7	3,0	2,0 – 4,5	3,1	2,6 – 3,8
Niveau de soutien des collègues						
Faible ou modéré (réf = élevé)	2,7	2,3 – 3,2	2,2	1,4 – 3,3	2,8	2,4 – 3,4
Niveau de soutien du supérieur						
Faible ou modéré (réf = élevé)	3,2	2,7 – 3,7	3,4	2,3 – 5,1	3,1	2,6 – 3,7
Conciliation travail et vie personnelle						
Difficile (réf = facile)	4,7	3,9 – 5,6	5,1	3,3 – 7,9	4,6	3,8 – 5,5
Moyens de faire un travail de qualité						
Sans moyens (réf = toujours avec moyens)	3,0	2,2 – 4,0	3,8	1,8 – 7,8	2,8	2,1 – 3,9
Heurte leur conscience professionnelle						
Oui (réf = jamais)	3,1	2,5 – 3,8	2,8	1,8 – 4,5	3,2	2,5 – 4,0

RP : Rapport de prévalence; IC : intervalle de confiance; réf : catégorie de référence.

Population : 2892 travailleurs qui ont répondu à tous les items et qui n'ont pas de valeurs manquantes pour les variables d'ajustement).

^a Un modèle pour chaque indicateur, ajusté pour le sexe, l'âge (18-44, 45-59, 60 ou plus), la composition familiale (seul, sans enfants, avec enfants), l'ethnicité (blanc, noir et autre) et le type d'emploi (infirmière, préposé aux bénéficiaires, médecin, personnel de l'administration et gestion et autres).

^b Un modèle pour chaque indicateur, ajusté pour les mêmes variables que le modèle « a » sauf le sexe.

Le tableau 7 rapporte les résultats du modèle multivarié ajusté pour tous les RPS. Quand on isole l'association de chacun des risques en tenant compte des autres RPS, le niveau élevé d'exigences psychologiques, la difficulté à maintenir un équilibre entre les obligations professionnelles et les responsabilités personnelles et familiales, le fait de ne pas avoir les moyens de faire un travail de qualité et de devoir faire un travail qui heurte sa conscience professionnelle sont associés à une prévalence de détresse psychologique entre 1,4 et 1,8 fois plus élevée. Lorsqu'on ajuste pour les autres RPS, le niveau d'autorité décisionnelle faible ou modéré et le niveau de soutien faible ou modéré des collègues ne semblent plus associés à une augmentation de la prévalence de la détresse psychologique élevée.

La difficulté à concilier travail et vie personnelle est fortement associée à une détresse psychologique très élevée, avec une augmentation du risque de trois fois. Le niveau élevé d'exigences psychologiques, le niveau faible ou modéré du soutien de supérieur et le fait de devoir faire un travail qui heurte sa conscience professionnelle sont aussi associés à un risque plus important (entre 1,6 et 1,8 fois) de détresse psychologique très élevée.

Tableau 7 Rapports de prévalence de la détresse psychologique liée au travail selon le niveau des indicateurs des risques psychosociaux (modèle incluant tous les risques psychosociaux, n = 5002)

Indicateurs des risques psychosociaux inclus dans le modèle	Rapport de prévalence de la détresse psychologique liée au travail			
	Détresse élevée (≥ 7)		Détresse très élevée (≥ 13)	
	RP ajusté ^a	IC à 95 %	RP ajusté ^a	IC à 95 %
Niveau d'exigences psychologiques				
Élevé (réf = faible ou modéré)	1,4	1,3 – 1,5	1,8	1,4 – 2,2
Niveau d'autorité décisionnelle				
Faible ou modéré (réf = élevé)	1,0	1,0 – 1,1	1,2	1,0 – 1,4
Niveau de reconnaissance				
Faible (réf = modéré ou élevé)	1,2	1,1 – 1,3	1,3	1,1 – 1,6
Niveau de soutien des collègues				
Faible ou modéré (réf = élevé)	1,1	1,0 – 1,1	1,4	1,2 – 1,7
Niveau de soutien du supérieur				
Faible ou modéré (réf = élevé)	1,2	1,1 – 1,3	1,7	1,4 – 2,0
Conciliation travail et vie personnelle				
Difficile (réf = facile)	1,6	1,5 – 1,7	2,9	2,4 – 3,5
Moyens de faire un travail de qualité				
Sans moyens (réf = toujours avec moyens)	1,8	1,5 – 2,0	1,4	1,0 – 1,9
Heurte leur conscience professionnelle				
Oui (réf = jamais)	1,6	1,4 – 1,7	1,6	1,3 – 2,0

RP : rapport de prévalence; IC : intervalle de confiance; réf : catégorie de référence.

^a Modèle incluant tous les risques, ajusté pour le sexe, l'âge (18-44, 45-59, 60 ou plus), la composition familiale (seul, sans enfants, avec enfants), l'ethnicité (blanc, noir et autre) et le type d'emploi (infirmière, préposé aux bénéficiaires, médecin, personnel de l'administration et gestion et autres).

La combinaison de plusieurs RPS est associée à une augmentation de la probabilité de détresse psychologique élevée et très élevée. Plus le nombre de RPS auquel les TdeS sont exposés de façon simultanée est élevé et plus il est fréquent que ceux-ci vivent de la détresse psychologique. Plus spécifiquement, le tableau 8 suggère que la prévalence de détresse psychologique élevée est de 1,6 à 4,5 fois plus grande pour les TdeS exposés de 1 à 5 RPS, comparativement à ceux qui ne sont exposés à aucun RPS. Ce risque est encore plus important pour la détresse psychologique très élevée, passant de 2,4 pour une exposition à un seul RPS, à 21,3 pour une exposition à cinq RPS. En d'autres termes, les travailleurs exposés à la fois à un niveau élevé d'exigences psychologiques, une autorité décisionnelle faible ou modérée, une faible reconnaissance, un niveau faible ou modéré de soutien des collègues et du supérieur, sont 21 fois plus à risque de vivre une détresse psychologique très élevée en comparaison des travailleurs n'ayant aucune de ces expositions. Cette situation touche 5 travailleurs sur 100 dans la population à l'étude.

Tableau 8 Rapport de prévalence de détresse psychologique liée au travail selon le niveau global (nombre de risques) du risque psychosocial au travail (n = 5002)

Nombre de RPS (Karasek/Siegrist) auquel le travailleur est exposé ^a	Prévalence	Détresse élevée (≥ 7) liée au travail		Détresse très élevée (≥ 13) liée au travail	
		RP ajusté	IC à 95 %	RP ajusté	IC à 95 %
Aucun	(613; 12,3 %)	réf		réf	
Un	(1277; 25,5 %)	1,6	1,3 – 1,9	2,4	1,2 – 4,8
Deux	(1359; 27,2 %)	2,2	1,8 – 2,7	4,5	2,4 – 8,7
Trois	(941; 18,8 %)	3,1	2,5 – 3,7	8,2	4,3 – 15,7
Quatre	(560; 11,2 %)	3,8	3,1 – 4,6	15,1	7,9 – 28,8
Cinq	(252; 5,0 %)	4,5	3,7 – 5,5	21,3	11,1 – 40,9

^a Les risques psychosociaux inclus sont : niveau élevé d'exigences psychologiques, niveau faible ou modéré d'autorité décisionnelle, niveau faible ou modéré de reconnaissance, niveau faible ou modéré de soutien des collègues et niveau faible ou modéré de soutien du supérieur. Test de tendance linéaire pour l'exposition à un nombre croissant de risques psychosociaux (p<0,0001).

Le tableau 9 illustre les variations de la prévalence de détresse psychologique élevée et très élevée liée au travail qui est associée aux exigences psychologiques, lorsque combinées avec les autres indicateurs RPS. Ainsi, on constate (en rouge dans le tableau) que malgré un niveau élevé d'exigences psychologique au travail, la prévalence de la détresse augmente lorsque combiné à une exposition à d'autres RPS et diminue en présence de certains facteurs de « protection ». Par exemple, une exposition à un niveau d'exigences psychologiques élevé combinée à une difficulté à concilier travail et vie personnelle représente une prévalence de 2,2 fois plus élevée de détresse psychologique élevée et de 5,2 fois plus de détresse très élevée liée au travail. Lorsque les TdS sont exposés au même niveau d'exigences psychologiques, mais avec une facilité à concilier travail et vie personnelle, les rapports de prévalence de détresse liée au travail chutent à 1,5 et 1,9 respectivement. Cette diminution de la prévalence de détresse psychologique liée au travail est aussi observée pour d'autres facteurs de « protection », notamment lorsque le travail ne heurte pas la conscience professionnelle du travailleur, de même que lorsque le soutien offert par son supérieur est élevé dans le cas de la détresse psychologique très élevée.

Tableau 9 Association entre le niveau d'exigences psychologiques et la détresse psychologique liée au travail, en présence de différents niveaux des autres indicateurs des risques psychosociaux (N = 5002)

Indicateurs des risques psychosociaux évalués dans chaque modèle	Rapport de prévalence de la détresse psychologique liée au travail			
	Détresse élevée ^a (≥ 7)		Détresse très élevée ^a (≥ 13)	
	RP	IC à 95 %	RP	IC à 95 %
Niveaux d'exigences psychologiques et d'autorité décisionnelle				
Exigences faible/mod et autorité élevée	réf		réf	
Exigences faible/mod et autorité faible/mod	1,1	0,97 – 1,2	1,4	1,0 – 2,0
Exigences élevées et autorité élevée	1,5	1,3 – 1,7	2,2	1,5 – 3,0
Exigences élevées et autorité faible/mod	1,5	1,3 – 1,6	2,3	1,7 – 3,2
Niveaux d'exigences psychologiques et de reconnaissance				
Exigences faible/mod et reconnaissance élevée	réf		réf	
Exigences faible/mod et reconnaissance faible/mod	1,4	1,2 – 1,6	1,7	1,1 – 2,7
Exigences élevées et reconnaissance élevée	1,7	1,5 – 2,1	2,8	1,7 – 4,6
Exigences élevées et reconnaissance faible/mod	1,9	1,6 – 2,1	2,9	1,9 – 4,5
Niveaux d'exigences psychologiques et de soutien des collègues				
Exigences faible/mod et soutien collègues élevé	réf		réf	
Exigences faible/mod et soutien collègues faible/mod	1,2	1,0 – 1,4	2,2	1,6 – 3,1
Exigences élevées et soutien collègues élevé	1,5	1,4 – 1,6	2,1	1,7 – 2,8
Exigences élevées et soutien collègues faible/mod	1,4	1,3 – 1,6	2,6	2,0 – 3,5
Niveaux d'exigences psychologiques et de soutien du supérieur				
Exigences faible/mod et soutien supérieur élevé	réf		réf	
Exigences faible/mod et soutien supérieur faible/mod	1,5	1,3 – 1,7	2,5	1,8 – 3,4
Exigences élevées et soutien supérieur élevé	1,5	1,4 – 1,8	2,2	1,7 – 2,9
Exigences élevées et soutien supérieur faible/mod	1,7	1,5 – 1,9	3,2	2,4 – 4,2
Niveau d'exigences psychologiques et conciliation travail et vie personnelle				
Exigences faible/mod et conciliation facile	réf		réf	
Exigences faible/mod et conciliation difficile	1,8	1,6 – 2,1	3,1	2,3 – 4,3
Exigences élevées et conciliation facile	1,5	1,4 – 1,7	1,9	1,4 – 2,5
Exigences élevées et conciliation difficile	2,2	2,0 – 2,5	5,2	4,0 – 6,9
Niveau d'exigences psychologiques et moyens de faire un travail de qualité				
Exigences faible/mod et moyens pour travail de qualité	réf		réf	
Exigences faible/mod et sans moyens	2,1	1,7 – 2,5	2,0	1,3 – 3,1
Exigences élevées et moyens pour travail de qualité	2,1	1,7 – 2,7	3,2	1,9 – 5,6
Exigences élevées et sans moyens	2,8	2,3 – 3,3	3,2	2,0 – 5,1
Niveaux d'exigences psychologiques et travail qui heurtent la conscience professionnelle				
Exigences faible/mod et ne heurte pas la conscience	réf		réf	
Exigences faible/mod et heurte la conscience	1,9	1,6 – 2,1	2,3	1,6 – 3,2
Exigences élevées et ne heurte pas la conscience	1,8	1,6 – 2,1	2,8	1,9 – 4,0
Exigences élevées et heurte la conscience	2,3	2,1 – 2,6	3,4	2,4 – 4,7

RP : rapport de prévalence, IC : intervalle de confiance, réf : catégorie de référence.

^a Modèles ajustés pour le sexe, l'âge (18-44, 45-59, 60 ou plus), la composition familiale (seul, sans enfants, avec enfants), l'ethnicité (blanc, noir et autre), le type d'emploi (infirmière, préposé aux bénéficiaires, médecin, personnel de l'administration et gestion et autres) et les autres risques psychosociaux non évalués dans chaque modèle.

4.5 Association entre les autres facteurs liés à la COVID-19 dans le milieu de travail et la détresse psychologique liée au travail

Globalement, 33 % des répondants percevaient leur risque d'acquérir la COVID-19 dans leur milieu de travail comme élevé ou très élevé, et ce, avant d'être atteints de la COVID-19 (tableau 10). Plus de 80 % des répondants considéraient que les éléments suivants pour la prévention de la COVID-19 dans le milieu de travail étaient appropriés : la disponibilité des équipements de protection individuelle, la formation en prévention de la COVID-19, l'accès approprié aux tests et aux résultats et l'information sur le statut COVID-19 des patients. Par contre, 40 % des travailleurs à l'étude estimaient que les ressources humaines étaient insuffisantes pour assurer les soins des patients et la sécurité des travailleurs.

La détresse psychologique élevée et très élevée liée au travail était plus fréquente chez les travailleurs qui considéraient avoir un risque élevé ou très élevé d'acquérir la COVID-19 dans leur milieu de travail, ainsi que parmi ceux faisant une évaluation négative des différentes mesures de prévention de l'infection au travail. Une fois ajustés pour les caractéristiques démographiques, le risque perçu d'acquérir la COVID-19 dans le milieu de travail, le manque de ressources humaines et la persistance des symptômes de la COVID-19 sont associés avec la détresse psychologique élevée liée au travail (tableau 11). Par contre on n'observe pas d'association après ajustement pour les RPS.

Quant à la détresse psychologique très élevée liée au travail, les facteurs associés dans le modèle ajusté pour les caractéristiques démographiques réfèrent au manque de ressources humaines (RP = 1,8), à la formation insuffisante (RP = 1,5), à la difficulté d'accès aux tests de dépistage (RP = 1,5), à la perception du risque élevé de s'infecter dans le milieu de travail (RP = 1,4) et à la persistance des symptômes de la COVID-19 (RP = 1,4). Seule la persistance de symptômes était encore associée à la détresse très élevée après ajustement pour les RPS (RP = 1,3) (données non présentées).

Tableau 10 Évaluation des éléments en relation à la prévention de la COVID-19 dans le milieu de travail par les travailleurs de la santé infectés depuis le 12 juillet (n = 4046)^c

Perception des travailleurs				% Détresse psychologique liée au travail	
				élevée (≥ 7)	très élevée (≥ 13)
Risque d'acquérir la COVID-19 dans le milieu de travail depuis le 12 juillet et avant de devenir malade	Faible/Moyen	2727	67,4	36,7	9,2
	Élevé/Très élevé	1319	32,6	51,0	15,6
Évaluation des facteurs de prévention de la COVID-19 dans le milieu de travail					
- EPI sont disponibles et faciles d'accès	D'accord	3850	95,2	40,6	11,0
	En désaccord	196	4,8	56,1	17,9
- Bonne formation en prévention de la COVID-19 qui me permet de bien me protéger	D'accord	3516	86,9	39,6	10,0
	En désaccord	530	13,1	53,2	20,2
- Exercices pratiques sur l'utilisation de l'EPI	D'accord	2837	70,1	37,9	9,8
	En désaccord	1290	29,9	49,5	15,0
- Information pour bien savoir qui sont les patients suspectés ou confirmés de la COVID-19	D'accord	3315	81,9	40,2	10,4
	En désaccord	731	18,1	46,5	15,6
- Accès facile aux tests de dépistage de la COVID-19 et leurs résultats	D'accord	3596	88,9	40,5	10,3
	En désaccord	450	11,1	48,0	19,3
- L'espace et la disposition du mobilier permettent une distanciation de 2 m pendant les pauses et les repas	D'accord	3118	77,1	37,8	9,9
	En désaccord	928	22,9	53,3	16,2
- Ressources humaines suffisantes pour assurer les soins des patients et la sécurité des travailleurs	D'accord	2418	59,8	32,1	7,4
	En désaccord	1628	40,2	55,0	17,2

^c Parmi les 4046 participants qui ont répondu à tous les items et avaient aussi un score pour la détresse psychologique.

Tableau 11 Rapport de prévalence de la détresse psychologique élevée liée au travail selon la perception globale du risque d’acquérir la COVID-19 et des différents facteurs de risque de la COVID-19 dans le milieu de travail

Facteurs de prévention de la COVID-19 dans le milieu de travail et persistance des symptômes	Rapport de prévalence de la détresse psychologique élevée liée au travail			
	Modèle 1 ajusté pour caractéristiques démographiques ^a n = 3541		Modèle 2 ajusté pour caractéristiques démographiques ^a et RPS ^b n = 3541	
	RP	IC à 95 %	RP	IC à 95 %
Risque perçu d’acquérir la COVID-19 au milieu de travail élevé ou très élevé (vs faible ou moyen)	1,2	1,1 – 1,3	1,1	1,0 – 1,1
EPI non disponibles	1,0	0,8 – 1,1	1,0	0,9 – 1,2
Formation PCI insuffisante	1,1	1,0 – 1,2	1,0	0,9 – 1,1
Manque de formation pratique sur l’ÉPI	1,1	1,0 – 1,2	1,1	1,0 – 1,2
Manque d’information sur le statut COVID des patients	1,0	0,9 – 1,1	1,0	0,9 – 1,0
Difficile accès au test COVID-19	1,0	0,9 – 1,2	1,0	0,9 – 1,1
Aménagement qui permet la distanciation physique pendant les pauses et les repas	1,1	1,0 – 1,2	1,0	0,9 – 1,1
Ressources humaines insuffisantes	1,4	1,3 – 1,6	1,1	1,0 – 1,1
Persistance des symptômes de la COVID-19	1,2	1,1 – 1,3	1,1	1,0 – 1,2

RP : rapport de prévalence, IC : intervalle de confiance, EPI : équipement de protection individuelle, PCI : prévention et contrôle des infections.

^a Modèle 1 ajusté pour le sexe, l’âge (18-44, 45-59, 60 ou plus), la composition familiale (seul, sans enfants, avec enfants), l’ethnicité (blanc, noir et autre) et le type d’emploi (infirmière, préposé aux bénéficiaires, médecin, personnel de l’administration et gestion et autres).

^b Modèle 2 ajusté pour les variables démographiques du modèle 1 et aussi pour les risques psychosociaux.

5 Discussion

Les résultats confirment l'hypothèse formulée au départ voulant que la prévalence de la détresse psychologique élevée et très élevée liée au travail soit associée aux RPS, et ce tant pour les hommes que pour les femmes, et que pour ceux ayant fait ou non la maladie. Les RPS plus fortement associés à la détresse sont : le niveau élevé d'exigences psychologiques et la difficulté à concilier le travail et la vie personnelle. Le fait de ne pas avoir les moyens de faire un travail de qualité et celui de devoir faire un travail qui heurte sa conscience professionnelle sont aussi associés à une prévalence élevée de détresse liée au travail, mais de façon moins prononcée.

Les analyses suggèrent que la prévalence de détresse psychologique élevée et très élevée liée au travail est associée de façon directement proportionnelle au nombre de RPS auxquels les travailleurs rapportent être exposés, la prévalence de détresse psychologique très élevée étant jusqu'à 21 fois plus élevée chez les travailleurs cumulant cinq RPS que chez ceux qui n'en ont aucun. Ces mêmes analyses ne montrent pas d'association entre la détresse psychologique des travailleurs et travailleuses de l'échantillon et les mesures de prévention et de contrôle des infections dans les établissements de soins. De même, le risque perçu d'attraper la COVID-19 avant d'avoir contracté la maladie, la persistance des symptômes après la maladie et le manque de ressources humaines étaient associés à la détresse psychologique élevée liée au travail, mais ces associations ne sont plus observables après ajustement pour les RPS. Cela suggère que le manque de ressources humaines et la perception du risque élevé de s'infecter avec la COVID-19 dans le milieu de travail augmentent la détresse, au moins partiellement, à travers une augmentation des exigences psychologiques ou des autres RPS mesurés.

Comme il s'agit d'une enquête transversale et observationnelle, cette étude ne permet pas de conclure à une relation causale entre les RPS et la détresse psychologique liée au travail ni de conclure sur le sens de la relation entre les RPS et la détresse psychologique. Cependant, les résultats sont cohérents avec ceux de nombreuses études épidémiologiques prospectives et transversales qui ont montré de fortes associations entre l'exposition à la quasi-totalité des RPS mesurés dans notre étude et la détresse psychologique des travailleurs, de même que la dépression, l'anxiété et l'épuisement professionnel (11,12,28-30).

Dans l'étude, l'autorité décisionnelle faible ou modérée est le seul RPS pour lequel on n'observe pas d'association significative avec la détresse psychologique élevée ou très élevée liée au travail, lorsque contrôlée pour les autres RPS (12,16,28-30). Une meilleure compréhension de ces résultats serait rendue possible par la réalisation d'une étude qualitative complémentaire à cette étude. Une explication possible pourrait être qu'en période de pandémie, il serait plutôt rassurant pour les travailleurs de la santé d'avoir des protocoles plus stricts qui laissent peu de liberté pour décider comment faire son travail ou pour prendre des initiatives, qui réduisent aussi les risques d'erreurs et le fait d'être tenus responsables de celles-ci.

Par ailleurs, l'étude a montré que les taux de détresse psychologique très élevée liée au travail sont plus importants chez les TdeS atteints de la COVID-19 comparativement aux taux rapportés dans l'EQSP 2014-15. Ces comparaisons sont à interpréter en considérant que les données de l'EQSP ont plus de cinq ans d'écart avec les données de cette étude et qu'elles ont été collectées en-dehors du contexte pandémique. Néanmoins le fait que les deux enquêtes ont utilisé les mêmes questions et ont porté sur des travailleurs québécois et des travailleurs du même secteur d'activité (SSAS), ces comparaisons nous permettent de poser un jugement sur les données obtenues dans l'étude. L'EQSP 2014-15 fait état d'une prévalence de détresse psychologique très élevée liée au travail de 2,9 % pour les travailleurs en général (hommes : 2,4 % et femmes : 3,6 %) et de 3,1 % pour les

travailleurs du SSAS (hommes : 2,9 % et femmes : 3,2 %). La présente enquête rapporte une prévalence de détresse psychologique très élevée liée au travail de 8,3 % chez les hommes et de 11 % chez les femmes. Ce résultat augmente à 15,1 % pour les infirmiers et 14,5 % pour les infirmières. Rappelons que les prévalences de détresse psychologique très élevée augmentent de quelques pourcentages lorsqu'on inclut les prévalences de détresse psychologique non liée au travail. Ces résultats sont préoccupants, car bien que la détresse psychologique ne soit pas une maladie mentale, des études ont montré que 80 % des personnes ayant obtenu un score de détresse psychologique très élevé répondaient également aux critères diagnostiques du DSM-4 d'un trouble mental, de type anxieux ou dépressif (Laurence et coll., 2011; Furukawa et coll., 2003) (24,31). De plus, Pratt (2009) a montré que la détresse psychologique très élevée, telle que mesurée par un score de 13 et plus au questionnaire K6, est associée à une mortalité accrue, soit une augmentation du risque de 30 %, risque pouvant atteindre 54 % pour ceux présentant le niveau de détresse le plus élevé (32). La situation pourrait être plus inquiétante chez les travailleurs de la santé non atteints par la COVID-19, car la détresse psychologique élevée et très élevée liée au travail, observée dans le groupe témoins de la présente enquête, est encore plus fréquente que chez les participants atteints de la maladie, soit une prévalence de 15,2 % (7,0 % pour les hommes et 16,6 % chez les femmes). Ce résultat est surprenant, parce qu'on aurait pu croire que le fait d'avoir fait la maladie puisse être un facteur lié à la détresse psychologique, ce qui ne semble pas être le cas. Compte tenu des taux préoccupants de détresse psychologique élevée et très élevée, des actions de prévention tertiaire visant à réduire rapidement les symptômes de la détresse et à éviter les complications du côté de la maladie mentale sont essentielles.

En matière de perspectives de prévention primaire, nos résultats suggèrent que le risque de détresse psychologique liée au travail, associé aux exigences psychologiques du travail, est plus faible en présence de facteurs psychosociaux « de protection ». Par exemple, le risque de détresse psychologique très élevée est réduit de trois fois lorsque les horaires de travail sont estimés facilitant pour la conciliation travail et vie personnelle. De tels résultats permettent d'envisager des cibles d'action qui pourraient permettre de réduire les risques d'atteintes à la santé mentale du personnel soignant. En effet, en période de pandémie, il pourrait être plus difficile de réduire le niveau des exigences psychologiques du travail, un facteur particulièrement associé à la détresse psychologique élevée et très élevée liée au travail. Or, la mise en place de mesures pour augmenter le soutien social du supérieur auprès de son équipe ou pour reconnaître les efforts des travailleurs pourrait aider à réduire les taux de détresse psychologique élevée et très élevée liée au travail. La présence de tels facteurs psychosociaux « de protection » pourrait aussi avoir une influence réciproque sur les autres RPS. Par exemple, un environnement de travail promouvant l'autonomie décisionnelle et le soutien social des collègues ou du supérieur serait particulièrement favorable à la conciliation travail et vie personnelle (33–36). Selon une autre étude, il serait possible d'éliminer 14 % des nouveaux cas de troubles mentaux communs en réduisant les situations de tension au travail (37). Ces résultats sont compatibles avec ceux d'une autre étude qui a montré que les prévalences de la détresse psychologique et de symptômes dépressifs élevés liés au travail sont diminuées de moitié lorsque l'exposition à un travail émotionnellement exigeant s'accompagne d'un bon niveau de latitude décisionnelle et de soutien social au travail (38). Néanmoins, l'association entre les exigences psychologiques du travail et la détresse liée au travail demeure très importante et les actions qui s'attaqueront directement à ce facteur de risque auront une probabilité plus grande de réduire la détresse psychologique.

L'importance de réduire l'exposition des TdeS aux RPS et plus spécifiquement aux exigences psychologiques élevées, se trouve renforcée du fait que la prévalence de détresse psychologique très élevée liée au travail est directement proportionnelle au nombre de RPS auxquels les travailleurs sont exposés. Cette observation va dans le sens des modèles théoriques des RPS selon lesquels la

combinaison d'exigences psychologiques élevées, d'une faible autonomie et d'un faible soutien social au travail représente un risque plus élevé d'atteinte à la santé que l'exposition à un seul de ces trois RPS (17). Il en est de même pour la combinaison d'exigences psychologiques élevées et d'un faible niveau de reconnaissance au travail (18). Ces constats soulignent également l'importance de développer, au sein des établissements de santé, une culture de prévention en santé au travail, caractérisée par un engagement de la direction en faveur de la santé et de la sécurité de son personnel, incluant la protection de la santé mentale et la réduction des RPS. À cet effet, le concept de climat de sécurité psychosocial peut servir de référence. Dollard et Bakker (2010) définissent le climat de sécurité psychosocial comme référant aux politiques, pratiques et procédures organisationnelles pour la protection de la santé et de la sécurité psychologique des travailleurs (39). Il comprend quatre sous-dimensions : 1) l'engagement de la direction pour la santé psychologique, 2) la priorité accordée à ce dossier par rapport aux objectifs de productivité, 3) les communications sur ce sujet incluant l'écoute des préoccupations des employés et 4) la participation, la consultation et l'implication de toutes les parties prenantes à la prévention des RPS, de même que l'amélioration du bien-être au travail, incluant par exemple les syndicats et les travailleurs, les gestionnaires, la haute direction, les ressources humaines et les représentants en santé et sécurité du travail.

Enfin, de façon plus globale, cette étude souligne l'importance de l'association entre la détresse psychologique élevée liée au travail et le fait de ne pas avoir les moyens de faire un travail de qualité et de devoir faire un travail qui heurte sa conscience professionnelle. Ces éléments caractéristiques de conflits de valeurs peuvent être associés à une détresse ou une blessure morale et porter atteinte à l'identité professionnelle puis, conséquemment, entraîner une perte de sens du travail (14). Depuis le début de la crise sanitaire, plusieurs auteurs ont d'ailleurs fait état de l'impact potentiel de l'exposition à des situations hautement exigeantes générant chez les soignants des conflits ou de dilemmes éthiques ou moraux : manque de ressources pour offrir les soins jugés nécessaires, coupure de services avec certains patients ou usagers, conflits entre les obligations professionnelles et sa propre sécurité ou celle de ses proches, hiérarchisation difficile entre les moyens à sa disposition et les soins à prodiguer, etc. (40–44). Pour réduire ces conflits de valeurs, plusieurs de ces auteurs (41–44) de même que des organismes, telle l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT), en France, ont recommandé la mise en place d'espaces de discussion portant notamment sur l'expérience de travail et ses enjeux, les règles de métier, le sens de l'activité, les ressources et les contraintes (20). D'autres proposent plutôt la mise en place de stratégies de débriefing et de soutien structurées et accessibles en tout temps (45) ou encore d'activités facilitant le partage de responsabilité pour la prise de décisions difficiles ou, encore, une réorganisation du travail favorisant l'alternance entre les fonctions plus et moins stressantes (40).

Les constats relatifs à l'importance de la détresse psychologique liée au travail chez les TdeS sont à considérer pour comprendre les raisons qui motivent les départs ou le roulement de personnel dans le secteur de la santé. Une vaste enquête américaine a d'ailleurs montré que, même avant la pandémie, les problèmes de santé mentale de type *burnout* étaient invoqués par plus de 30 % des infirmières qui avaient quitté leur emploi et que celles qui travaillaient plus de 40 heures par semaine étaient trois fois plus nombreuses à cibler le *burnout* comme raison de quitter leur emploi. De plus, environ les deux tiers des répondants qui avaient quitté leur emploi ou qui avaient considéré le quitter en raison du *burnout*, en attribuaient les causes à un environnement de travail stressant ou à un manque de personnel (46). L'impact des RPS sur l'absentéisme maladie du personnel est aussi un enjeu soulevé dans de nombreuses études. À cet égard, Vézina et coll., (2021) rapporte 14 études prospectives, dans lesquelles plusieurs milliers de travailleurs ont été suivis entre une et douze années, qui ont examiné l'impact des RPS sur les absences du travail certifiées pour un problème de santé mentale (11). Treize de ces 14 études ont rapporté une association positive.

Cette étude comporte des forces. Une des forces principales est son grand nombre de participants. Par ailleurs, les TdeS ont été rejoints en moyenne un mois après leur diagnostic, ce qui a limité le pourcentage de refus de réponse en raison d'un état de santé encore trop détérioré. En plus, l'enquête s'est déroulée pendant les mois de décembre 2020, janvier et février 2021, ce qui fait que les résultats présentés reflètent la réalité pendant la deuxième vague pandémique au Québec et non une situation ponctuelle. Cette étude utilise une stratégie originale dans le choix de certains indicateurs qui n'avait pas été utilisé dans les autres enquêtes québécoises de santé publique en santé au travail. Ces indicateurs ont permis de mettre en lumière des résultats forts pertinents qui peuvent élargir les perspectives d'action pour la prévention de la détresse psychologique au travail. Enfin la présence d'un groupe témoin est une autre force importante de l'étude. Les résultats obtenus avec le même questionnaire chez un échantillon aléatoire des travailleurs de la santé qui n'ont pas eu la COVID-19 suggèrent fortement que les niveaux de détresse psychologique rapportés ne sont pas liés au fait d'avoir eu la COVID-19.

Cette étude a aussi des limites. D'abord, les expositions et les manifestations sont autorapportées, mais les biais devraient être limités puisque les questions sont issues de modèles théoriques reconnus internationalement depuis de nombreuses années et utilisés dans des enquêtes nationales. La transférabilité des résultats à l'ensemble des travailleurs de la santé pourrait être limitée due au fait que l'échantillon de l'enquête se compose des travailleurs atteints de la COVID-19 ou ayant eu des symptômes (groupe témoin), et que les travailleurs de certaines catégories d'emploi et installations sont surreprésentés par rapport à la distribution dans l'ensemble des travailleurs de la santé. Il n'est pas possible d'exclure la possibilité d'un biais de sélection lié au taux de réponse de près de 50 % tant pour les travailleurs atteints de la COVID que pour le groupe témoin, mais il est plus plausible qu'un tel biais aurait pour effet de sous-estimer le taux de détresse, et ce pour deux raisons. D'abord, la promotion de l'étude portait sur les mesures de prévention face à la COVID-19 et non pas sur la détresse psychologique. Il est donc peu probable que des travailleurs plus touchés par la question de la détresse psychologique se soient sentis interpellés pour participer à l'étude. Ensuite, les personnes en détresse psychologique élevée et très élevée peuvent se sentir trop mal pour répondre à un questionnaire.

Compte tenu de ses forces et malgré ses limites, les résultats de l'étude suggèrent que les mesures de prévention doivent viser en priorité la charge de travail, qui se manifeste à travers les exigences psychologiques du travail (travailler très vite et très fort), les difficultés à concilier le travail et la vie personnelle, le manque de moyens pour faire un travail de qualité et en accord avec sa conscience professionnelle, de même que le manque de ressources pour assurer la qualité des services auprès des patients et pour protéger la sécurité des travailleurs. Les problèmes de santé mentale au travail dans le réseau de la santé et des services sociaux étaient déjà préoccupants avant la présente crise. En 2015, un rapport sur la gestion de la présence au travail-assurance salaire du ministère de la Santé et des Services sociaux révélaient que ces problèmes de santé mentale sont les diagnostics les plus nombreux dans les dossiers actifs d'assurances salaire et engendrent le plus grand nombre d'heures de travail perdues^d. En 2017-2018, les heures en assurance salaire pour l'ensemble des établissements publics étaient de 24,5 millions d'heures, ce qui représente une hausse de 27,7 % comparativement à 2014-2015. Le plan d'action national visant la prévention des risques en milieu de travail et la promotion de la santé globale 2019-2023^e, ciblant comme premier objectif de veiller à la santé mentale au travail et réduire les RPS, est un pas dans la bonne direction, à condition d'en faire une priorité au niveau national et d'impliquer l'ensemble des parties prenantes à sa mise en application et sa bonification.

^d <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2098603>

^e <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-287-01W.pdf>

6 Conclusion

Les résultats de cette étude montrent que la prévalence de la détresse élevée et très élevée des TdeS au Québec pendant la deuxième vague pandémique de COVID-19 est très préoccupante. Cette détresse est principalement liée au travail et les facteurs qui y sont le plus associés touchent directement la charge de travail, laquelle se manifeste entre autres par des exigences psychologiques élevées et une difficulté à concilier le travail et la vie personnelle. Des mesures ciblant la charge de travail sont nécessaires et urgentes pour réduire les atteintes à la santé mentale des TdeS et les autres dommages collatéraux, encore plus critiques en temps de pandémie, telles que le taux de roulement, l'abandon de la profession et l'absentéisme maladie. Toutefois, la charge de travail demeure un enjeu de taille, complexe à évaluer et à modifier, pour lequel des réflexions en profondeur du système de la santé et son organisation seront probablement nécessaires. Une telle réflexion doit se faire avec l'ensemble des parties prenantes, dont les premiers concernés, les TdeS.

Références

1. De Serres G, Carazo S, Lorcy A, Villeneuve J, Laliberté D, Martin R, et coll. Enquête épidémiologique sur les travailleurs de la santé atteints par la COVID-19 au printemps 2020. Institut national de santé publique du Québec. 2020; 76 p.
2. De Serres G, Carazo S, Villeneuve J, Martin R, Laliberté D, Deshaies P, et coll. Enquête épidémiologique sur les travailleurs de la santé du Québec atteints par la COVID-19 entre le 12 juillet 2020 et le 16 janvier 2021. Institut national de santé publique du Québec. 2021; en préparation.
3. Batra K, Singh TP, Sharma M, Batra R, Schvaneveldt N. Investigating the psychological impact of COVID-19 among healthcare workers: A meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [En ligne]. Multidisciplinary Digital Publishing Institute; 5 déc. 2020 [cité le 12 mars 2021]; 17 (23) : 9096. Disponible : <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/23/9096>
4. Bell V, Wade D. Mental health of clinical staff working in high-risk epidemic and pandemic health emergencies a rapid review of the evidence and living meta-analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [En ligne]. 27 nov 2020 [cité le 12 mars 2021]; 56 (1) :1-11. Disponible : <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01990-x>
5. Cénat JM, Blais-Rochette C, Kokou-Kpolou CK, Noorishad P-G, Mukunzi JN, McIntee S-E, et coll. Prevalence of symptoms of depression, anxiety, insomnia, posttraumatic stress disorder, and psychological distress among populations affected by the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research* [En ligne]. 26 nov 2020 [cité le 12 mars 2021]; 295 : 113599. Disponible : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178120332601>
6. Crowe S, Howard AF, Vanderspank-Wright B, Gillis P, McLeod F, Penner C, et coll. The effect of COVID-19 pandemic on the mental health of Canadian critical care nurses providing patient care during the early phase pandemic: A mixed method study. *Intensive and Critical Care Nursing* [En ligne]. 11 déc. 2020 [cité le 15 mars 2021]; 102 999. Disponible : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339720302020>
7. Kisely S, Warren N, McMahon L, Dalais C, Henry I, Siskind D. Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. *BMJ*. 5 mai 2020; 369 : m1642.
8. Luo M, Guo L, Yu M, Jiang W, Wang H. The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public – A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res* [En ligne]. 7 juin 2020 [cité le 12 mars 2021]; 291 : 113 190. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7276119/>
9. Salazar de Pablo G, Vaquerizo-Serrano J, Catalan A, Arango C, Moreno C, Ferre F, et coll. Impact of coronavirus syndromes on physical and mental health of health care workers: Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* [En ligne]. 1 oct. 2020 [cité le 12 mars 2021]; 275 : 48-57. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7314697/>
10. Serrano-Ripoll MJ, Meneses-Echavez JF, Ricci-Cabello I, Fraile-Navarro D, Fiol-deRoque MA, Pastor-Moreno G, et coll. Impact of viral epidemic outbreaks on mental health of healthcare workers: a rapid systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* [En ligne]. 23 août 2020 [cité le 12 mars 2021]; 277 : 347-57. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7443314/>

11. Vézina M, Pelletier M, Brisson C, Biron C, Gilbert-Ouimet M, Letellier M-C, et coll. Facteurs de risque psychosociaux Chapitre 14. Dans : Manuel d'hygiène du travail : du diagnostic à la maîtrise des facteurs de risque. Québec : Modulo-Griffon; 2021. p. à paraître. (Association québécoise pour l'hygiène, la santé et la sécurité au travail (AQHSST)).
12. Dares Analyses. Les risques psychosociaux au travail - Un panorama d'après l'enquête Santé et itinéraire professionnel 2010. Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques [En ligne]. Mars 2014 [cité le 12 mars 2021]; mars 2014 (N° 031) : 11. Disponible : <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/publications/les-risques-psychosociaux-au-travail>
13. Cohidon C, Arnaudo B, Murcia M. Mal-être et environnement psychosocial au travail : Premiers résultats du programme Samotrace, volet entreprise, France. Bull Epidemiol Hebd. 9 juin 2009; 25-26 : 265-9.
14. Gollac M, Askenazy P, Baudelot C, Brochard P, Brun J-P, Davezies P, et coll. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. 2011; 223.
15. Amstad FT, Meier LL, Fasel U, Elfering A, Semmer NK. A meta-analysis of work-family conflict and various outcomes with a special emphasis on cross-domain versus matching-domain relations. J Occup Health Psychol. Avr. 2011; 16 (2) : 151-69.
16. Institut national de santé publique du Québec. Risques psychosociaux du travail : définition, indicateurs et résultats de l'Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015. Institut national de santé publique du Québec. 2021; en préparation.
17. Karasek R, Theorell T. Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York, NY : Basic Books; 1990. 381 p.
18. Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. J Occup Health Psychol. 1996; 1 (1) : 27-41.
19. Institut de la statistique du Québec. Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015 — Cahier technique : Livre de codes et définition des indices (Fichier maître), version révisée. Gouvernement du Québec. 2016; 596.
20. Agence National d'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT) [En ligne]. Mettre en place des espaces de discussion; 2017 [cité le 15 mars 2021]. Disponible : <https://www.anact.fr/mettre-en-place-des-espaces-de-discussion>
21. Institut de la statistique du Québec [En ligne]. Institut de la statistique du Québec. Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) 2020-2021; 2021 [cité le 16 mars 2021]. Disponible : <https://statistique.quebec.ca/fr/enquetes/en-cours-de-collecte/enquete-quebecoise-sur-la-sante-de-la-population-2020-2021>
22. Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand SLT, et coll. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. Psychol Med. Août 2002; 32 (6) : 959-76.
23. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) : Questionnaire de 2007 [En ligne]. 2007. Disponible : https://www23.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/pub/instrument/3226_Q1_V4-fra.pdf
24. Furukawa TA, Kessler RC, Slade T, Andrews G. The performance of the K6 and K10 screening scales for psychological distress in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. Psychol Med. Févr. 2003; 33 (2) : 357-62.

25. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Medical Research Methodology* [En ligne]. 20 oct 2003 [cité le 15 mars 2021]; 3 (1) : 21. Disponible : <https://doi.org/10.1186/1471-2288-3-21>
26. Skov T, Deddens J, Petersen MR, Endahl L. Prevalence proportion ratios: estimation and hypothesis testing. *Int J Epidemiol*. Févr. 1998; 27 (1) : 91-5.
27. Zou G. A modified poisson regression approach to prospective studies with binary data. *Am J Epidemiol*. 1 avr. 2004; 159 (7) : 702-6.
28. Theorell T, Hammarström A, Aronsson G, Träskman Bendz L, Grape T, Hogstedt C, et coll. A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms. *BMC Public Health* [En ligne]. 1er août 2015 [cité le 12 mars 2021]; 15 (1) : 738. Disponible : <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1954-4>
29. Madsen IEH, Nyberg ST, Magnusson Hanson LL, Ferrie JE, Ahola K, Alfredsson L, et coll. Job strain as a risk factor for clinical depression: systematic review and meta-analysis with additional individual participant data. *Psychol Med* [En ligne]. Juin 2017 [cité le 12 mars 2021]; 47 (8) : 1342-56. Disponible : https://www.cambridge.org/core/product/identifiant/S003329171600355X/type/journal_article
30. Rugulies R, Aust B, Madsen IE. Effort-reward imbalance at work and risk of depressive disorders. A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Scand J Work Environ Health*. 1er juill. 2017; 43 (4) : 294-306.
31. Lawrence D, Mitrou F, Zubrick SR. Non-specific psychological distress, smoking status and smoking cessation: United States National Health Interview Survey 2005. *BMC Public Health* [En ligne]. 22 avr. 2011 [cité le 12 mars 2021]; 11 (1) : 256. Disponible : <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-256>
32. Pratt LA. Serious psychological distress, as measured by the K6, and mortality. *Ann Epidemiol*. Mars 2009; 19 (3) : 202-9.
33. Beauregard TA, Henry LC. Making the link between work-life balance practices and organizational performance. *Human Resource Management Review* [En ligne]. 1er mars 2009 [cité le 15 mars 2021]; 19 (1) : 9-22. Disponible : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S105348220800065X>
34. Gilbert-Ouimet M, Brisson C, Vézina M. Psychosocial work stressors, high family responsibilities, and psychological distress among women: A 5-year prospective study. *Am J Ind Med*. févr. 2020; 63 (2) : 170-9.
35. Kossek EE, Pichler S, Bodner T, Hammer LB. Workplace social support and work-family conflict: a meta-analysis clarifying the influence of general and work-family-specific supervisor and organizational support. *Pers Psychol*. 2011; 64 (2) : 289-313.
36. Mache S, Bernburg M, Groneberg DA, Klapp BF, Danzer G. Work family conflict in its relations to perceived working situation and work engagement. *Work*. 15 févr. 2016; 53 (4) : 859-69.

37. Harvey SB, Sellahewa DA, Wang M-J, Milligan-Saville J, Bryan BT, Henderson M, et coll. The role of job strain in understanding midlife common mental disorder: a national birth cohort study. *The Lancet Psychiatry* [En ligne]. Elsevier; 1er juin 2018 [cité le 15 mars 2021]; 5 (6) : 498-506. Disponible : [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(18\)30137-8/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(18)30137-8/abstract)
38. Vézina M, Saint-Arnaud L. L'organisation du travail et la santé mentale des personnes engagées dans un travail émotionnellement exigeant. *Travailler* [En ligne]. Martin Média; 10 mars 2011 [cité le 12 mars 2021]; n° 25 (1) : 119-28. Disponible : <https://www.cairn.info/revue-travailler-2011-1-page-119.htm>
39. Dollard MF, Bakker AB. Psychosocial safety climate as a precursor to conducive work environments, psychological health problems, and employee engagement. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* [En ligne]. 24 déc. 2010 [cité le 12 mars 2021]; 83 (3) : 579-99. Disponible : <https://bpspsychub.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1348/096317909X470690>
40. El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yroni A, Brunault P, Bienvenu T, et coll. Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) : quels risques pour leur santé mentale? *Encephale* [En ligne]. 22 avr 2020 [cité le 12 mars 2021]; 46 (3) : S73-80. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7174182/>
41. Greenberg N, Docherty M, Gnanapragasam S, Wessely S. Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. *BMJ* [En ligne]. British Medical Journal Publishing Group; 26 mars 2020 [cité le 12 mars 2021]; 368 : m1211. Disponible : <https://www.bmj.com/content/368/bmj.m1211>
42. Horsch A, Lalor J, Downe S. Moral and mental health challenges faced by maternity staff during the COVID-19 pandemic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* [En ligne]. 1er juin 2020 [cité le 12 mars 2021]; 12 (S1) : S141-2. Disponible : <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/tra0000629>
43. Litam SDA, Balkin RS. Moral injury in health-care workers during COVID-19 pandemic. *Traumatology* [En ligne]. 3 déc. 2020 [cité le 12 mars 2021]; Advance online publication. Disponible : <https://psycnet.apa.org/fulltext/2020-91612-001.html>
44. Morley G, Sese D, Rajendram P, Horsburgh CC. Addressing caregiver moral distress during the COVID-19 pandemic. *CCJM* [En ligne]. Cleveland Clinic Journal of Medicine; 9 juin 2020 [cité le 12 mars 2021]; Disponible : <https://www.ccjm.org/content/early/2020/06/04/ccjm.87a.ccc047>
45. Selman LE, Chao D, Sowden R, Marshall S, Chamberlain C, Koffman J. Bereavement Support on the Frontline of COVID-19: Recommendations for Hospital Clinicians. *Journal of Pain and Symptom Management* [En ligne]. 4 mai 2020 [cité le 12 mars 2021]; 60 (2) : e81-6. Disponible : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S088539242030244X>
46. Shah MK, Gandrakota N, Cimiotti JP, Ghose N, Moore M, Ali MK. Prevalence of and factors associated with nurse burnout in the US. *JAMA Netw Open*. 4 févr. 2021; 4 (2) : e2036469.

Annexe A

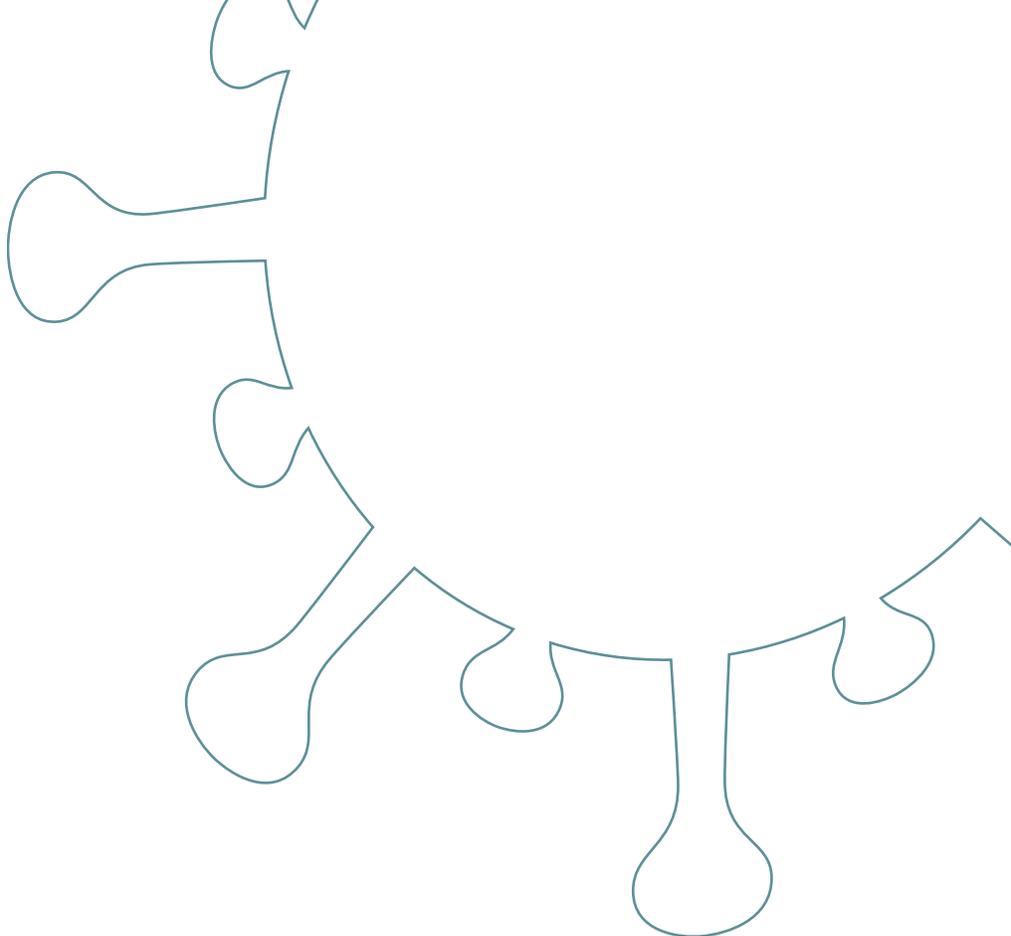
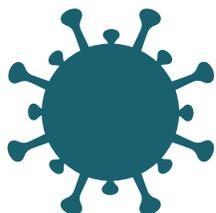
**Questions dans l'enquête des items et variables inclus
dans l'étude et construction d'indicateurs (risques
psychosociaux et détresse psychologique)**

Items et Questions	Choix de réponses et score assigné à chaque réponse	Construction de l'indicateur
1. Risques psychosociaux du travail		
<i>Les questions ci-dessous concernent votre travail principal actuel et les relations avec votre entourage professionnel. Les questions ci-dessous concernent votre travail principal actuel et les relations avec votre entourage professionnel :</i>		
<i>A. On me demande de faire une quantité excessive de travail</i>	Fortement en désaccord (0); en désaccord (0); D'accord (1); Tout à fait d'accord (2)	Exigences psychologiques. Somme des réponses aux items A à E (échelle de 0 à 10) Niveau faible : score = 0 ou 1 Niveau modéré : score = 2 ou 3 Niveau élevé : score = 4 ou plus
<i>B. Je reçois des demandes contradictoires (opposées) de la part des autres, ces demandes peuvent provenir de différents groupes : supérieurs, collègues, clientèle, etc.</i>	Fortement en désaccord (0); en désaccord (0); D'accord (1); Tout à fait d'accord (2)	
<i>C. Mon travail exige d'aller très vite.</i>	Fortement en désaccord (0); en désaccord (0); D'accord (1); Tout à fait d'accord (2)	
<i>D. J'ai suffisamment de temps pour faire mon travail.</i>	Fortement en désaccord (2); en désaccord (1); D'accord (0); Tout à fait d'accord (0)	
<i>E. Mon travail exige de travailler très fort (exigences mentales ou physiques)</i>	Fortement en désaccord (0); en désaccord (0); D'accord (1); Tout à fait d'accord (2)	
<i>F. Je subis plusieurs interruptions et distractions dans la réalisation de mes tâches.</i>	Fortement en désaccord (0); en désaccord (0); D'accord (1); Tout à fait d'accord (2)	
<i>G. J'ai la liberté de décider comment je fais mon travail.</i>	Fortement en désaccord (0); en désaccord (0); D'accord (1); Tout à fait d'accord (1)	Autorité décisionnelle. Somme des réponses aux items G et H (échelle de 0 à 2) Niveau élevé : score = 2 Niveau faible ou modéré : score 0 ou 1
<i>H. J'ai de l'influence sur la façon dont les choses se passent à mon travail</i>	Fortement en désaccord (0); en désaccord (0); D'accord (1); Tout à fait d'accord (1)	
<i>I. Ma sécurité d'emploi est faible</i>	Fortement en désaccord (0); en désaccord (0); D'accord (1); Tout à fait d'accord (2)	Reconnaissance. Somme des réponses aux items I à L (échelle de 0 à 8) Niveau élevé : score = 0 Niveau modéré : score = 1 ou 2 Niveau faible : score = 3 ou plus
<i>J. Vu tous mes efforts et réalisations, je reçois le respect et l'estime que je mérite à mon travail</i>	Fortement en désaccord (2); en désaccord (1); D'accord (0); Tout à fait d'accord (0)	
<i>K. Vu tous mes efforts et réalisations, mes perspectives de promotion sont satisfaisantes</i>	Fortement en désaccord (2); en désaccord (1); D'accord (0); Tout à fait d'accord (0)	
<i>L. Vu tous mes efforts et réalisations, mon salaire est satisfaisant</i>	Fortement en désaccord (2); en désaccord (1); D'accord (0); Tout à fait d'accord (0)	
<i>M. Mes collègues facilitent l'exécution de mon travail.</i>	Fortement en désaccord (0); en désaccord (0); D'accord (1); Tout à fait d'accord (1)	Soutien des collègues. Somme des réponses aux items M et N (échelle de 0 à 2) Niveau élevé : score = 2 Niveau faible ou modéré : score 0 ou 1
<i>N. À mon travail, j'ai l'impression de faire partie d'une équipe.</i>	Fortement en désaccord (0); en désaccord (0); D'accord (1); Tout à fait d'accord (1)	
<i>O. Mon supérieur immédiat facilite la réalisation de mon travail</i>	Fortement en désaccord (0); en désaccord (0); D'accord (1); Tout à fait d'accord (1)	Soutien du supérieur.

Items et Questions	Choix de réponses et score assigné à chaque réponse	Construction de l'indicateur
<i>P. Mon supérieur immédiat prête attention à ce que je dis</i>	Fortement en désaccord (0); en désaccord (0); D'accord (1); Tout à fait d'accord (1)	Somme des réponses aux items O et P (échelle de 0 à 2) Niveau élevé : score = 2 Niveau faible ou modéré : score 0 ou 1
<i>Les questions ci-dessous concernent votre appréciation sur votre travail PRINCIPAL actuel :</i>		
<i>A. J'ai les moyens de faire un travail de qualité</i>	Jamais; Parfois; Souvent; Toujours	Ne pas avoir les moyens de faire un travail de qualité. Oui : Réponses jamais, parfois ou souvent
<i>B. J'ai été contraint de travailler d'une façon qui heurtait ma conscience professionnelle</i>	Jamais; Parfois; Souvent; Toujours	Contraints de travailler d'une façon qui heurte leur conscience professionnelle. Oui : Réponses parfois, souvent ou toujours
<i>Conciliation travail – vie personnelle : À quel point il est facile ou difficile pour vous de maintenir un équilibre entre vos obligations professionnelles et vos responsabilités personnelles ou familiales?</i>	Très facile; Facile; Ni facile ni difficile; Difficile; Très difficile; Ne sais pas; Ne répond pas	Difficulté de concilier le travail et la vie personnelle. Oui : Réponses difficile ou très difficile à la question
2. Détresse psychologique		
<i>Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) ...</i>		
<i>A. nerveux (nerveuse)?</i>	Jamais (0); Rarement (1); Parfois (2); La plupart du temps (3); Tout le temps (4); Ne sais pas; Ne répond pas	Détresse psychologique. Somme des réponses fournies aux questions A à F (0 à 4 points par question). Détresse élevée = score ≥ 7 Détresse très élevée = score ≥ 13
<i>B. désespéré(e)?</i>	Jamais (0); Rarement (1); Parfois (2); La plupart du temps (3); Tout le temps (4); Ne sais pas; Ne répond pas	
<i>C. agité(e) ou incapable de tenir en place?</i>	Jamais (0); Rarement (1); Parfois (2); La plupart du temps (3); Tout le temps (4); Ne sais pas; Ne répond pas	
<i>D. si déprimé(e) que plus rien ne pouvait vous faire sourire?</i>	Jamais (0); Rarement (1); Parfois (2); La plupart du temps (3); Tout le temps (4); Ne sais pas; Ne répond pas	
<i>E. que tout était un effort (à ce point fatigué(e) que tout est un effort)?</i>	Jamais (0); Rarement (1); Parfois (2); La plupart du temps (3); Tout le temps (4); Ne sais pas; Ne répond pas	
<i>F. Bon(ne) à rien?</i>	Jamais (0); Rarement (1); Parfois (2); La plupart du temps (3); Tout le temps (4); Ne sais pas; Ne répond pas	
<i>Lien avec le travail : Croyez-vous que ces sentiments du dernier mois sont reliés à votre emploi (principal) actuel?</i>	Complètement reliés à mon emploi (principal) actuel; Partiellement reliés à mon emploi (principal) actuel la plupart du temps; Pas du tout reliés à mon emploi (principal) actuel; Ne sais pas; Ne répond pas	Détresse liée au travail : si le participant répond complètement ou partiellement reliée à mon emploi actuel.

Items et Questions	Choix de réponses et score assigné à chaque réponse	Construction de l'indicateur
3. Variables sociodémographiques et d'emploi		
Âge	Nombre d'ans	
Sexe	M; F	
Ethnicité : <i>Quelle catégorie parmi les suivantes vous décrit le mieux?</i>	Arabe; Asiatique; Autochtone; Blanc; Hispanique; Noir; Autre; Ne sais pas; Préfère ne pas répondre	
Composition familiale : <i>À part vous, combien d'adultes (18 ans et plus) vivent avec vous? Combien d'enfants (moins de 18 ans) vivent avec vous (incluant les enfants en garde partagée)?</i>	Nombre d'adultes et nombre d'enfants	
Type d'emploi : <i>Quel est le travail principal que vous occupez dans le système de la santé, en priorisant celui qui a des contacts avec des patients si vous avez plusieurs emplois?</i>	Menu avec les types d'emplois	
Installation : <i>Dans quel type d'établissement avez-vous travaillé principalement pendant les 14 jours avant le début de votre maladie?</i>	Menu avec les installations	
4. Perceptions des facteurs de risque et facteurs de protection dans le milieu de travail		
Risque de COVID-19 : <i>Depuis le 12 juillet, avant de devenir malade, quel était selon vous votre risque d'acquérir la COVID-19 dans votre milieu de travail?</i>	Faible; Moyen; Élevé; Très élevé	
Facteurs de protection contre la COVID-19. <i>Comment évaluez-vous les facteurs suivants en relation à la prévention de la COVID-19 dans votre milieu de travail actuellement?</i>		
A. <i>Les équipements de protection individuelle (masque, protection oculaire/visière, blouse, gants) sont disponibles et facile d'accès.</i>	Fortement en désaccord; en désaccord; D'accord; Tout à fait d'accord	D'accord = d'accord ou tout à fait d'accord En désaccord = en désaccord ou fortement en désaccord
B. <i>J'ai une bonne formation en prévention de la COVID-19 qui me permet de bien me protéger</i>	Fortement en désaccord; en désaccord; D'accord; Tout à fait d'accord	
C. <i>Ma formation incluait des exercices pratiques sur l'utilisation de l'équipement de protection individuelle</i>	Fortement en désaccord; en désaccord; D'accord; Tout à fait d'accord	
D. <i>J'ai facilement l'information me permettant de bien savoir qui sont les patients avec la COVID-19 ou soupçonnés d'avoir la COVID-19</i>	Fortement en désaccord; en désaccord; D'accord; Tout à fait d'accord	
E. <i>L'accès aux tests de dépistage de la COVID-19 et à leur résultat est facile pour les travailleurs de la santé</i>	Fortement en désaccord; en désaccord; D'accord; Tout à fait d'accord	
F. <i>L'espace et la disposition du mobilier permettent une distanciation de 2 mètres avec les autres travailleurs pendant les pauses et les repas</i>	Fortement en désaccord; en désaccord; D'accord; Tout à fait d'accord	
G. <i>Les ressources humaines sont suffisantes pour assurer les soins des patients et la sécurité des travailleurs</i>	Fortement en désaccord; en désaccord; D'accord; Tout à fait d'accord	

Centre d'expertise
et de référence



www.inpsq.qc.ca

*Institut national
de santé publique*

Québec

