

Analyse du travail des premiers répondants en gestion de crise pandémique

Maximiser la performance et la résilience

Sébastien Tremblay
Marie-Eve Drouin
Isabelle Turcotte
Fanny Audet Paradis
Gabrielle Côté
Jean-Michel Lavertu

ÉTATS DE LA QUESTION

QR-1154-fr



NOS RECHERCHES travaillent pour vous !

Solidement implanté au Québec depuis 1980, l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) est un organisme de recherche scientifique reconnu internationalement pour la qualité de ses travaux.

Mission

Contribuer, par la recherche, à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi qu'à la réadaptation des travailleurs qui en sont victimes;

Assurer la diffusion des connaissances et jouer un rôle de référence scientifique et d'expertise;

Offrir les services de laboratoires et l'expertise nécessaires à l'action du réseau public de prévention en santé et en sécurité du travail.

Doté d'un conseil d'administration paritaire où siègent en nombre égal des représentants des employeurs et des travailleurs, l'IRSST est financé par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail.

Pour en savoir plus

Visitez notre site Web ! Vous y trouverez une information complète et à jour. De plus, toutes les publications éditées par l'IRSST peuvent être téléchargées gratuitement. www.irsst.qc.ca

Pour connaître l'actualité de la recherche menée ou financée par l'IRSST, abonnez-vous gratuitement :

- au magazine *Prévention au travail*, publié conjointement par l'Institut et la CNESST (preventionautravail.com)
- au bulletin électronique [InfoIRSST](#)

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2022
ISBN 978-2-89797-202-8 (PDF)

© Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail, 2022

IRSST - Direction des communications, de la veille et de la mobilisation des connaissances
505, boul. De Maisonneuve Ouest
Montréal (Québec) H3A 3C2
Téléphone : 514 288-1551
publications@irsst.qc.ca
www.irsst.qc.ca

Analyse du travail des premiers répondants en gestion de crise pandémique

Maximiser la performance et la résilience

Sébastien Tremblay¹, Marie-Eve Drouin², Isabelle Turcotte²,
Fanny Audet Paradis², Gabrielle Côté¹, Jean-Michel Lavertu²

¹ Université Laval

² Centre RISC

ÉTATS DE LA QUESTION

QR-1154-fr



Avis de non-responsabilité

L'IRSST ne donne aucune garantie relative à l'exactitude, la fiabilité ou le caractère exhaustif de l'information contenue dans ce document.

En aucun cas l'IRSST ne saurait être tenu responsable pour tout dommage corporel, moral ou matériel résultant de l'utilisation de cette information.

Notez que les contenus des documents sont protégés par les législations canadiennes applicables en matière de propriété intellectuelle.



NOTE AU LECTEUR

Les conclusions et recommandations sont celles des auteurs.
Les résultats des travaux publiés dans ce document n'ont pas fait l'objet d'une évaluation par les pairs.

REMERCIEMENTS

Le présent projet a été réalisé grâce au financement obtenu par l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) dans le cadre de l'appel de propositions COVID-19 et Santé et sécurité du travail. L'IRSST dirige et finance des recherches visant à réduire et éliminer les risques d'atteinte à la santé et à la sécurité des travailleurs et pour favoriser leur réadaptation.

Nous tenons à remercier tous les organismes ayant contribué de près ou de loin à la réalisation de ce projet. Dans un premier temps, nous remercions les organisations qui nous ont aidés dans le recrutement de participants pour cette étude. Ensuite, nous sommes particulièrement reconnaissants aux intervenants qui ont généreusement accepté de donner de leur temps pour participer à ce projet, et ce, dans une période où ils se retrouvent déjà surchargés à cause de la pandémie. Veuillez noter que les opinions et conclusions présentées dans ce rapport ne constituent pas nécessairement celles du ministère de la Sécurité publique.

SOMMAIRE

En ces temps de crise pandémique, les intervenants de première ligne se trouvent en situation de vulnérabilité accrue, alors que leurs interventions se diversifient et se complexifient. L'arrivée soudaine de la pandémie de COVID-19 a ajouté une certaine incertitude exacerbée par les fréquentes mises à jour des lignes directrices, des procédures et des protocoles dans un contexte d'intervention déjà critique où les temps de décision et de réaction sont limités. Se retrouvant au front de cette crise sanitaire, ces travailleurs sont donc plus susceptibles d'en ressentir les effets.

Ce projet de recherche a permis d'analyser le travail de ces intervenants, soit les policiers, les paramédics et les agents correctionnels en contexte de pandémie. Plus précisément, les objectifs étaient d'identifier les risques et les bonnes pratiques, et d'évaluer l'efficacité des outils de formation en place, ainsi que leur pérennité.

Ce rapport présente les résultats de cette analyse ainsi que des recommandations visant à maximiser la santé, la sécurité et la résilience de ces travailleurs en vue d'une prochaine situation de crise.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	i
SOMMAIRE	iii
TABLE DES MATIÈRES	v
LISTE DES TABLEAUX	vii
LISTE DES FIGURES	ix
LISTE DES ACRONYMES, SIGLES ET ABRÉVIATIONS	xi
1. INTRODUCTION	1
2. ÉTAT DES CONNAISSANCES	3
2.1 Défis d'adaptation	3
2.2 Sécurité du personnel	4
2.3 Charge mentale et conscience de la situation	5
2.4 Risques et vulnérabilités	6
2.5 Policiers	6
2.6 Paramédics.....	7
2.7 Agents correctionnels	8
3. OBJECTIFS DE RECHERCHE	11
4. MÉTHODOLOGIE	13
4.1 Recrutement	13
4.2 Collecte de données	14
4.2.1 Collecte documentaire.....	14
4.2.2 Questionnaire	14
4.3 Analyses.....	15
4.3.1 Tâche d'analyse orientée sur les buts (GDTA)	15
4.3.2 Analyses quantitatives.....	16
4.3.3 Analyses qualitatives.....	16
5. RÉSULTATS	19
5.1 Échantillon	19
5.2 Modélisation du travail	20
5.2.1 Policiers.....	20
5.2.2 Paramédics	23
5.2.3 Agents correctionnels.....	25

5.3	Risques et facteurs de vulnérabilités.....	27
5.3.1	Policiers.....	27
5.3.2	Agents correctionnels.....	29
6.	DISCUSSION	33
7.	RECOMMANDATIONS	37
7.1	Offrir des outils de soutien facilement accessibles (aux formats adéquats et aux moments nécessaires)	37
7.2	Impliquer davantage les milieux dans l'élaboration des outils, et valider la faisabilité d'exécution des procédures.....	38
7.3	Privilégier des formations axées sur les compétences non techniques	38
7.4	Désigner une personne ressource disponible pour chaque quart de travail	39
8.	CONCLUSION.....	41
	BIBLIOGRAPHIE	43
	ANNEXE A : Questionnaire	47

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Statistiques descriptives de l'échantillon	19
Tableau 2.	Résultats des risques et facteurs de vulnérabilités mesurés auprès des policiers	29
Tableau 3.	Résultats des risques et facteurs de vulnérabilités mesurés auprès des agents correctionnels.....	31

LISTE DES FIGURES

Figure 1.	Policiers – Diversification des interventions en contexte de pandémie.....	22
Figure 2.	Paramédics – Arbre décisionnel et déroulement des opérations.....	24
Figure 3.	Agents correctionnels – Directives à l’intégration d’une PI.....	26

LISTE DES ACRONYMES, SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AC :	Agent correctionnel
CS :	Conscience de la situation
EPI :	Équipement de protection individuel
GDTA :	Goal-Directed Task Analysis
PAESF :	Programme d'aide aux employés - Services à la famille du Canada
PI :	Personne incarcérée

1. INTRODUCTION

Les différentes organisations ayant comme mandat d'assurer la sécurité publique sont responsables de la mise en place des meilleures procédures de gestion en cas de situations de crise (p. ex., catastrophes naturelles, accidents industriels, attaques terroristes, pandémie, etc.). Pourtant, les fréquentes modifications sur le plan des procédures, recommandations et lignes directrices observées pendant la crise pandémique de COVID-19, pourraient avoir créé des difficultés pour le personnel de première ligne. Travaillant déjà dans des conditions où le stress et l'incertitude sont présents, les premiers répondants - plus particulièrement les policiers et les paramédics¹ - et dans un contexte d'intervention différent, les agents correctionnels² (AC) pourraient avoir vécu certaines problématiques d'adaptation à ces multiples changements. En plus de la difficulté liée à la présence de protocoles pouvant porter à confusion et de lignes directrices ambiguës, les conditions de travail en lien avec la crise pandémique pourraient aussi avoir entraîné des conséquences négatives tant au niveau physique que psychologique chez les premiers répondants. Pour mener à bien leur travail, ceux-ci doivent se concentrer sur les informations et les connaissances contextuelles disponibles afin de bien guider la planification adaptative, la prise de décision agile et les interventions efficaces. Œuvrant dans des domaines où la bonne maîtrise des procédures est cruciale pour sauver des vies, il est facile de comprendre l'importance pour ces professionnels de suivre des lignes directrices précises et d'avoir accès à des protocoles clairs. Étant donné les défis quotidiens occasionnés par la pandémie, une augmentation des connaissances et des compétences collectives s'avère nécessaire afin d'assurer la santé physique et mentale de ces travailleurs.

Les intervenants d'urgence travaillent souvent dans des environnements qui sont complexes, dynamiques et imprévisibles (Janssen, Lee, Bharosa et Cresswell, 2010) et qui imposent de grandes exigences au système de traitement de l'information humain (Schraagen et van de Ven, 2011). Les premiers répondants doivent traiter un énorme volume d'informations et prendre les bonnes décisions dans des conditions stressantes qui défient parfois les limites physiques et mentales (Ayaz *et al.*, 2011; Schraagen et van de Ven, 2011). Ces environnements sont aussi plus propices à l'occurrence d'erreurs qui peuvent s'avérer fatales. Par la nature même de leur travail, les premiers répondants font face à de nombreux défis reliés à la protection des citoyens, à leur propre sécurité et à l'efficacité des opérations au quotidien. Les exigences intrinsèques de la réponse d'urgence, combinées à des facteurs de stress tant internes (p. ex., biais émotionnel, fatigue) qu'externes (p. ex., bruit de fond) peuvent exercer des pressions sur les systèmes cognitif et émotionnel et, conséquemment, gravement compromettre l'efficacité des intervenants. De plus, les premiers répondants sont exposés à une combinaison de facteurs physiques et mentaux qui contribuent à une charge mentale élevée, du stress et de la fatigue, ce qui peut nuire à leur prise de décision et entraîner des erreurs, qui dans de nombreux cas pourraient mettre leur vie et celle des citoyens en danger (Karakul et Qudrat-Ullah, 2008). Ainsi, ils sont confrontés à un éventail de facteurs cognitifs, tels que la surcharge d'informations, le multitâche, les interruptions, le stress et la fatigue qui peuvent avoir un impact majeur sur leur performance.

¹ Le terme « paramédic » est utilisé dans ce rapport par respect pour les membres de la profession qui préfèrent ce terme à « ambulanciers paramédicaux ».

² Afin d'alléger le texte, le terme « premiers répondants » est utilisé pour désigner ces trois groupes de travailleurs (policiers, paramédics et agents correctionnels).

La charge mentale est définie comme la quantité de ressources mentales nécessaires pour exercer une tâche (Jeffri et Rambli, 2021). La réponse d'urgence nécessite l'exécution d'une gamme de tâches d'intervention d'ampleur et de complexité variables qui comprennent une quantité très élevée d'information à traiter. Ceci peut facilement entraîner, chez les premiers répondants, le sentiment de se sentir « submergés » par la quantité d'informations qui doit être consultée et traitée. La surcharge d'information est également reliée à une charge de travail excessive (Durantin, Gagnon, Tremblay et Dehais, 2014). Bien que la charge de travail puisse fluctuer durant l'exécution d'une tâche, lors de périodes durant lesquelles elle est intense, la performance peut être diminuée en raison d'une demande cognitive excessive (Haugen, McCrillis, Smid et Nijdam, 2017). Par ailleurs, une concentration cognitive intense est requise pour performer sous la pression, ce qui peut susciter de la fatigue mentale. Caractérisée par un manque d'enthousiasme (subjectif) à continuer ou une difficulté à maintenir la performance à un niveau adéquat pendant l'exécution d'une tâche, la fatigue mentale apparaît après de longues ou intenses périodes d'activité cognitive (Zhang et Yu, 2010). Le stress, quant à lui, se définit comme une réaction du corps à une menace physique ou psychologique et se produit lorsque l'individu perçoit que les demandes d'une situation externe vont au-delà de sa capacité à y faire face (Lazarus, 1999).

La sécurité et l'efficacité des premiers répondants reposent sur leur conscience de la situation (CS), c'est-à-dire leur habileté à percevoir rapidement les informations pertinentes dans l'environnement, à comprendre la situation et anticiper son évolution ainsi qu'à reconnaître les impacts de leurs actions sur la situation (Salmon *et al.*, 2009). Compte tenu des demandes intrinsèques liées à leur travail ainsi que des facteurs cognitifs auxquels ils sont déjà confrontés quotidiennement, les différentes contraintes entourant la pandémie de COVID-19 ajoutent un élément de risque supplémentaire pour les premiers répondants. En première ligne, les policiers sont les principaux acteurs lorsqu'il s'agit d'assurer le respect des mesures sanitaires pendant la pandémie (Poston, 2020). Ils font partie de la catégorie de personnes la plus à risque puisqu'ils sont en contact avec des étrangers et des personnes marginalisées quotidiennement dans le cadre de leur travail (Poston, 2020). De leur côté, les paramédics font partie intégrante du système de santé et sont les premiers à avoir un contact étroit avec les personnes nécessitant divers traitements médicaux (Higginson, Jones, Kerr et Ridley, 2020). Les AC, quant à eux, sont aussi à risque de contracter et de propager le virus par la proximité physique engendrée par leur environnement de travail (Maruschak, Sabol, Potter, Reid et Cramer, 2009). L'imposition de mesures sanitaires adaptées au milieu bien particulier qu'est un centre de détention a entraîné des bouleversements notables au cadre de leur travail habituel ainsi que des défis sur le plan des relations avec les personnes incarcérées.

2. ÉTAT DES CONNAISSANCES

2.1 Défis d'adaptation

La pandémie de COVID-19 a entraîné des défis sans précédent, non seulement pour les gouvernements et les preneurs de décisions, mais aussi pour les citoyens, et ce, mondialement (Anderson, Pooley, Mills, Anderson et Smith, 2020). Une crise sanitaire de cette ampleur génère des transformations importantes au niveau de la société et de son fonctionnement. En effet, les organisations du monde entier ont fait face à une multitude de nouveaux défis et ont dû revoir leurs pratiques en ces temps incertains. La pandémie a engendré un stress important sur le système de santé, sur la santé psychologique ainsi que sur le bien-être individuel. Malgré ces contraintes, plusieurs pays ont su s'adapter rapidement et développer des stratégies pour contenir efficacement la propagation du virus. Alors que le nombre de cas d'individus infectés et le nombre de morts directement relié à la pandémie continuaient d'augmenter (Hageman, 2020), plusieurs pays ont imposé une période de confinement à leurs citoyens afin de tenter de minimiser les possibilités de transmission. Tandis que la majorité des individus respectaient les indications gouvernementales de distanciation physique et de télétravail, le personnel de première ligne ne pouvait en faire de même. Les intervenants ont dû composer avec plusieurs modifications au niveau des directives et des procédures à suivre afin de réaliser leurs tâches quotidiennes, compliquant et élargissant la nature et la portée de leurs interventions.

Afin de diminuer l'exposition possible au virus, les policiers ont reçu l'instruction de diminuer le nombre d'arrêts liés aux infractions routières et d'éviter les interactions interpersonnelles non nécessaires (Mohler *et al.*, 2020). Or, bien que le nombre d'appels requérant le service des policiers ait légèrement diminué depuis le point culminant de la pandémie (Campedelli, Aziani et Favarin, 2020; Mohler *et al.*, 2020), certaines offenses ont augmenté telles que le vandalisme, la violence domestique (Mohler *et al.*, 2020) et le vol d'équipement médical (Hulett, 2020).

Les paramédics ont quant à eux fait face à des défis uniques en raison de la nature imprévisible de l'évolution de la pandémie et de leur rôle sur le plan préhospitalier (Buick *et al.*, 2020). Certains ont même remis en cause leurs obligations professionnelles et leurs attentes liées à l'urgence dans cette situation pandémique hors du commun (Anderson *et al.*, 2020). Plus les paramédics perçoivent la menace de COVID-19 comme étant élevée, plus ils tendent à présenter des symptômes d'anxiété physiologique, de dépression et d'épuisement émotionnel (Shahzad *et al.*, 2020).

Réalisée à la fin du mois d'avril 2020, une étude visant à produire une analyse compréhensive des conséquences de la pandémie sur le système pénal soulignait la nécessité d'utiliser une approche de dépistage plus proactive au sein des établissements de détention (Blair, Parnia et Siddiqi, 2020). À ce moment, au moins cinq pénitenciers canadiens rapportaient des éclosions de coronavirus alors qu'un dépistage basé sur la présence de symptômes était déjà en place. Plusieurs cas demeuraient non détectés puisque le dépistage était basé sur une simple évaluation des symptômes visibles et évidents. Avec des différences dans la méthode de dépistage dans plusieurs juridictions et l'enregistrement d'éclosions dans plusieurs pénitenciers au Canada, les prisons sont devenues un véritable champ de bataille contre la pandémie. Par ailleurs, pour les personnes admises dans les établissements de détention au début de la crise sanitaire, l'une des solutions préconisées pour limiter la propagation de la COVID-19 a été l'instauration d'une quarantaine, au moyen d'une mise en isolement. La mesure a été appliquée

à toute personne nouvellement admise dans un établissement, qu'elle provienne de l'extérieur, d'un autre établissement de détention ou d'un hôpital (Protecteur du citoyen, 2021).

2.2 Sécurité du personnel

En raison de leurs fonctions et responsabilités, du risque d'exposition par le biais d'interactions avec la communauté, de l'appréhension de contracter la COVID-19 et de l'inquiétude d'exposer leur famille au virus (Santarone, McKenny et Elkbuli, 2020), l'anxiété des premiers répondants face à la crise pandémique est compréhensible. Plus que jamais, leur prise de décisions au quotidien se déroule dans un contexte d'incertitude, de complexité, de peur et de stress. Ils doivent non seulement considérer leurs devoirs envers les citoyens, mais aussi leur sécurité personnelle et familiale (Santarone *et al.*, 2020). De plus, au-delà des dangers associés aux contacts étroits avec une personne infectée, la pandémie a aussi mis en évidence la possibilité pour ces travailleurs de subir une contamination intentionnelle (Margolin, 2020). En effet, les policiers ont rapporté des incidents où des personnes disant être infectées et voulant propager le virus ont intentionnellement vaporisé leurs fluides corporels sur des agents (Bates, 2020). Ces actions ont entraîné des questionnements importants sur la façon dont les policiers devraient répondre et agir pendant leurs interventions, non seulement pour prévenir la transmission du virus d'un individu envers un autre, mais aussi envers eux. Malgré les indications gouvernementales en lien avec la prévention et le contrôle des infections ainsi que la publication, par différents organismes reconnus, de protocoles spécifiques pour contrer la contamination par maladie infectieuse, l'ampleur de la crise de COVID-19 a créé d'importantes considérations en ce qui a trait à la vulnérabilité des travailleurs de première ligne (Technical Resources, Assistance Center, and Information exchange [TRACIE], 2017).

Les connaissances sur le processus de transmission et de dépistage du virus ont évolué en même temps que les lignes directrices. Ainsi, les nombreux changements apportés aux protocoles et recommandations à suivre pourraient avoir créés certains enjeux pour les premiers répondants. Bien qu'il puisse être parfois difficile de respecter toutes les directives émises dans un contexte de travail complexe, dynamique et incertain, le soutien organisationnel et une formation adéquate peuvent favoriser l'adhérence aux procédures (Houghton *et al.*, 2020). Toutefois, il est possible que l'arrivée soudaine et impromptue de la pandémie ait retardé la mise en place de tels éléments dans ces milieux de travail (Houghton *et al.*, 2020).

Une revue de littérature portant sur les épidémies émergentes de maladies infectieuses a révélé que plusieurs facteurs sont associés à une mauvaise adhérence aux comportements de protection individuelle recommandés (Brooks, Greenberg, Wessely et Rubin, 2020). Parmi ceux-ci, un manque d'orientation sur les protocoles de soins envers les personnes infectées et soi-même, la présence de conseils incohérents en lien avec les directives à respecter lorsqu'un individu est jugé non infectieux ainsi que la difficulté à déterminer ce qui devrait être priorisé sont fréquemment signalés comme motifs de non-conformité (Brooks *et al.*, 2020). Plus précisément, les directives sont jugées inadéquates puisqu'elles sont, soit trop longues et entraînent une surcharge d'informations pour le personnel, soit les protocoles sont modifiés trop fréquemment pour que le personnel puisse les suivre et/ou le personnel reçoit des messages contradictoires provenant de différentes sources (Brooks *et al.*, 2020). Ainsi, une charge de travail élevée, des changements trop fréquents et/ou un manque de cohérence pourrait constituer un obstacle au respect des comportements recommandés.

2.3 Charge mentale et conscience de la situation

Une charge de travail élevée combinée au stress et à la pression temporelle peut entraîner une perte de CS. Selon Endsley et Jones (2016), la CS peut être décrite comme le fait d'être conscient de ce qui se passe autour de soi, de comprendre ce que ces informations signifient et d'être en mesure de prédire ce qu'elles signifieront dans le futur. Les premiers répondants doivent prendre des décisions rapides et agir en fonction de la reconnaissance d'un événement, de l'interprétation de celui-ci et de la prédiction des conséquences possibles dans différents contextes (Berlin et Carlström, 2008), tous des éléments centraux de la CS (Hunter, Porter et Williams, 2020). Par exemple, dans le but de traiter un patient de façon sécuritaire, il est impératif que les paramédics sachent reconnaître chacun des signes/symptômes et comprennent leur signification d'un point de vue médical afin d'être capable de prédire rapidement comment ceux-ci vont affecter, non seulement l'état immédiat du patient, mais aussi la sécurité des personnes présentes sur les lieux (Hunter *et al.*, 2020).

Un grand nombre d'experts soulignent l'importance de promouvoir la CS chez les intervenants et les preneurs de décisions, et plus particulièrement, chez ceux travaillant dans des environnements complexes et dynamiques (Banbury, Tremblay, Rousseau, Forbes et Breton, 2008). En effet, la prise de décision dépend fortement de la CS c'est-à-dire de l'image en constante évolution de l'état de l'environnement. De plus, soutenir la CS renforce directement les processus cognitifs tels que la planification, l'organisation et l'adaptation aux changements (Banbury *et al.*, 2008). Toutefois, la CS est axée sur les objectifs et, par définition, les facteurs environnementaux sont déterminés en fonction des objectifs associés à la tâche. La CS est donc largement influencée par les conditions dans lesquelles l'intervenant travaille. Lorsque divers stressseurs sont présents et que les ressources cognitives d'un individu sont déjà fortement sollicitées, il peut devenir particulièrement difficile de maintenir une CS adéquate. La pandémie de COVID-19 a ajouté de l'incertitude, du stress, de l'anxiété, de la fatigue et une charge de travail supplémentaire imposant des exigences cognitives considérables aux premiers répondants. Dans la majorité des cas, l'erreur humaine ne se produit pas parce que les gens prennent de mauvaises décisions ou exécutent mal leurs actions, mais plutôt parce qu'ils comprennent mal la situation. Par conséquent, la meilleure façon d'optimiser la performance des intervenants serait de favoriser le développement d'une bonne CS.

Les différents stressseurs utilisent une partie de la mémoire de travail qui est elle-même déjà limitée. Les ressources cognitives étant restreintes, si elles sont déjà utilisées en réaction aux stressseurs, un nombre moindre demeure disponible pour traiter et conserver les informations en mémoire afin de former la CS. Lorsqu'ils font face à des stressseurs, les intervenants sont moins efficaces pour recueillir des informations et ils accordent moins d'attention aux informations périphériques, ce qui rend le processus moins systématique et plus propice aux erreurs (Endsley et Jones, 2016). La rapidité avec laquelle les données changent peut aussi créer un besoin d'apport en informations qui dépasse rapidement les capacités sensorielles et cognitives. Comme l'être humain ne peut saisir et traiter qu'une quantité limitée d'informations à la fois, des lacunes importantes dans la CS peuvent se produire. La complexité de la tâche à réaliser augmente la charge de travail mentale (p. ex., augmentation de la quantité d'informations dont l'intervenant doit se rappeler pour réaliser une tâche ou déterminer une action appropriée) et peut rendre d'autres tâches associées à la CS, comme la mémoire prospective (c'est-à-dire se rappeler une tâche à faire dans le futur), plus sujettes aux erreurs (Wichman et Oyasato, 1983).

Le modèle d'Endsley divise la CS en 3 niveaux d'analyse distincts. Le premier niveau consiste à percevoir les éléments dans l'environnement, le deuxième, à comprendre la situation en cours et le troisième, à prévoir le statut futur de la situation (Endsley et Garland, 2000). La CS est orientée vers les buts, les éléments de l'environnement nécessitant un approfondissement étant déterminés en fonction des buts associés à leurs emplois.

2.4 Risques et vulnérabilités

Les politiques de distanciation physique liées à la pandémie ont entraîné des changements dans les protocoles afin de restreindre la propagation du virus. Parmi ceux-ci, l'obligation de porter des équipements de protection individuelle (EPI), les modifications dans les routines et les heures de travail peuvent avoir contribué à augmenter le niveau de stress des intervenants. Étant parmi les plus à risque en ces temps incertains, ils sont aussi plus vulnérables aux impacts psychologiques de la pandémie (Zolnikov et Furio, 2020).

Bien que les recherches portant sur la santé mentale des premiers répondants en lien avec la COVID-19 soient limitées, le Programme d'aide aux employés - Services à la famille du Canada (PAESF) avait prédit que ceux-ci feraient face à des défis uniques en raison « de longs quarts de travail, de pauses peu fréquentes, de nouvelles politiques et procédures, d'une isolation sociale et d'une peur de la maladie » (PAESF, 2020). Ces facteurs peuvent augmenter le niveau de stress, d'anxiété et de dépression ressentie et entraîner des déficits sur le plan de la performance et de l'efficacité au travail (Regehr et Leblanc, 2017). La pandémie est un événement traumatisant en soi, car elle présente un risque physique persistant et requiert une hypervigilance constante de la part des intervenants en ce qui concerne leur environnement de travail. L'exposition quotidienne au stress, aux protocoles de sécurité et aux politiques de distanciation physique peut avoir limité leur capacité à s'engager dans des stratégies d'adaptation positives. De plus, des stéréotypes et préjugés sont souvent présents envers les difficultés de santé mentale chez les premiers répondants, ce qui entraîne un risque accru de maladies chroniques telles que le trouble de stress post-traumatique (Haugen *et al.*, 2017). De tels problèmes de santé peuvent entraîner des incapacités et réduire la main-d'œuvre disponible (Haugen *et al.*, 2017; Lazarus, 1999).

2.5 Policiers

Le métier de policier est l'une des professions les plus éprouvantes mentalement. Les agents sont confrontés à de longs quarts de travail propices aux changements, des menaces de violence, un besoin accru d'hypervigilance et un manque de soutien du public, ce qui peut causer un stress chronique (Stogner, Miller et McLean, 2020). La perturbation soudaine résultant de la pandémie est particulièrement préoccupante car celle-ci peut avoir un impact sur la santé mentale des policiers à un moment où la population en a le plus besoin. Les agents des forces de l'ordre n'étant pas à l'abri du stress que la COVID-19 a généré au sein de la population générale, ils sont même plus susceptibles d'être fortement touchés car ils font partis des « travailleurs essentiels » qui doivent poursuivre leurs tâches et répondre aux appels de service, tandis que la population générale est incitée à se confiner. Les policiers subissent donc un risque de stress accru en raison de la menace prolongée d'exposition au virus et de l'application de la conformité aux ordonnances de confinement. En raison des conditions dans lesquelles ils exercent leurs fonctions, les policiers présentent déjà une prévalence de problématique en santé mentale plus élevée que la population générale et ce, avant même de devoir gérer les défis, le stress et l'incertitude reliés à la pandémie (Hartley, Burchfiel, Fekedulegn, Andrew et Violanti, 2011). Par conséquent, ils sont plus à risque de souffrir de dépression ou d'une expérience familiale conflictuelle, d'abus d'alcool ou de

commettre une tentative de suicide (Ménard et Arter, 2013; Rees et Smith, 2008). L'utilisation de telles stratégies d'adaptations négatives peut entraver la résilience des policiers lorsqu'ils sont confrontés à des événements traumatisants.

En plus de devoir assumer la charge de travail supplémentaire associée à l'absence de collègues ayant contracté la COVID-19, les policiers font aussi face à l'exacerbation et à l'apparition de nouveaux stressseurs. D'abord, il est attendu qu'ils appliquent de nouvelles politiques permettant d'assurer la distanciation physique au moment même où les directives dictant l'importance de rester à la maison sont contestées sur des bases politiques, économiques et juridiques. Étant responsables d'assurer le respect de nouvelles restrictions impopulaires auprès de la population, les policiers peuvent avoir ressenti une anxiété et une désapprobation de la part des citoyens (Shirzad, Abbasi Farajzadeh, Hosseini Zijoud et Farnoosh, 2020). Ils ont aussi dû adapter les pratiques déjà existantes à la nouvelle réalité de la COVID-19. Par exemple, les programmes communautaires et pour les délinquants, les réponses aux appels de service et les pratiques de patrouille ont dû être adaptés pour limiter l'exposition et s'assurer qu'un nombre suffisant d'agents reste en bonne santé pour maintenir la sécurité publique (Stogner *et al.*, 2020). Ces adaptations, souvent centrées sur la limitation des contacts interpersonnels, ont potentiellement créé une dissonance cognitive chez les policiers. Par exemple, s'ils n'ont pas pu servir le public et procéder à une arrestation mineure puisqu'ils devaient limiter leur propre exposition au virus, ils peuvent avoir ressenti un état de tension puisque les cognitions (connaissances, opinions ou croyances) étaient incompatibles entre elles (leur travail est de servir la population, mais ils ne peuvent pas le faire car ils doivent limiter leur exposition).

En plus de l'impact direct de la pandémie sur le bien-être des policiers, celle-ci a entraîné une augmentation probable du nombre de rencontres stressantes et à hauts risques avec des personnes souffrant de problèmes de santé mentale aggravés par la peur de la contagion, l'incertitude économique, le manque de ressources et l'isolement (Stogner *et al.*, 2020). Dans le contexte de la COVID-19, les arguments de Slocum (2010) concernant la prolifération du stress peuvent s'appliquer aux policiers sous formes primaires et secondaires. Non seulement l'incertitude et les demandes en lien avec la pandémie qui sortent de l'ordinaire représentent de nouveaux stressseurs, mais elles peuvent aussi exacerber d'autres facteurs de stress déjà présents dans l'environnement de travail et pouvant avoir un impact sur la santé mentale des agents (Stogner *et al.*, 2020). Traiter avec un citoyen indiscipliné devient de plus en plus difficile en raison du port de l'EPI et des attentes de distanciation physique. L'augmentation du stress se produit également dans un contexte où les précautions prises peuvent affecter la vie familiale des agents. Par exemple, les policiers peuvent éviter les contacts avec des membres de leur famille au cas où ils seraient infectés et se retrouver limités dans leurs stratégies d'adaptation au stress (p. ex., ne plus pouvoir rencontrer une personne proche pour discuter et se confier). Ainsi, le fait de travailler pendant la pandémie a potentiellement eu un impact à plusieurs niveaux, notamment sur le stress et les stratégies d'adaptation utilisées par les agents.

2.6 Paramédics

Les paramédics jouent un rôle crucial dans la réponse d'urgence, que ce soit par le triage des patients, le traitement médical ou le transport de personnes malades ou blessées. Les soins donnés aux patients dans les hôpitaux, où l'environnement est contrôlé, diffèrent beaucoup de ceux donnés par les paramédics. En effet, les soins et le transport offerts par les paramédics entraînent des défis uniques en raison de la configuration de l'ambulance (l'espace restreint et fermé pendant le transport), la nécessité de prendre des décisions médicales rapides et le

manque d'informations sur le patient. Avec le rythme rapide de mises à jour concernant les directives à suivre pendant la pandémie, les paramédics devaient évaluer l'évolution des informations et s'adapter à cette nouvelle situation incertaine.

Une étude réalisée en 2020 a démontré que, comme pour les autres corps de métiers du groupe de premiers répondants, les paramédics éprouvent eux aussi de hauts niveaux de stress et de dépression (Anderson *et al.*, 2020). De plus, la proximité immédiate avec les patients favorise la transmission du virus par le biais de gouttelettes. Cet enjeu devient extrêmement problématique pour la santé et la sécurité des paramédics lorsqu'ils doivent procéder à une réanimation cardiovasculaire car celle-ci engendre nécessairement l'émission de gouttelettes. Un risque de mauvaise utilisation de l'EPI est aussi présent chez les paramédics, par exemple, lorsqu'ils doivent accéder à un patient et l'extirper d'un espace restreint, le lever ou le manipuler, le monter ou descendre dans des escaliers, l'entrer et le sortir de l'ambulance ou manœuvrer dans des environnements extérieurs défavorables (Leong *et al.*, 2020). Bien que cela puisse entrer en contradiction avec l'éthique des paramédics qui consiste à sauver la vie des patients, il demeure impératif qu'ils se protègent eux-mêmes en tout premier lieu.

2.7 Agents correctionnels

Le maintien d'un groupe de personnes dans un établissement institutionnalisé et confiné peut favoriser la transmission de maladies infectieuses. Il suffit d'une seule personne (p. ex., un AC asymptomatique) pour rapidement infecter tout l'établissement. De plus, il s'avère particulièrement difficile de suivre les mesures de distanciation physique émises par la santé publique dans un tel environnement (Lofgren *et al.*, 2020). Des limites inhérentes à la réalité des établissements de détention (p. ex., disposer d'un nombre suffisant de membres du personnel pour être en mesure de bien maîtriser la situation en période de pandémie) représentent des défis importants. Les personnes incarcérées (PI) sont dépendantes de l'institution pour subvenir à leurs besoins de bases (p. ex., se nourrir) et représentent une population particulièrement vulnérable aux infections sévères, étant donné leur santé générale souvent précaire (Burki, 2020). D'ailleurs, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) souligne que les PI présentent une santé plus fragile que la population générale puisque leur système immunitaire peut être affaibli en raison du stress, d'une alimentation déficiente et d'une prévalence accrue d'autres maladies (Protecteur du citoyen, 2021).

Dans les pays à revenus élevés, les résultats épidémiologiques provenant d'études sur les maladies respiratoires telles que la grippe, les adénovirus et la tuberculose démontrent une probabilité plus élevée de transmission et d'incidence de la maladie dans les établissements carcéraux que dans la population générale (Kinner *et al.*, 2020). Alors que les AC et les PI sont déjà particulièrement exposés à un risque élevé d'infection par la COVID-19, d'autres facteurs spécifiques interviennent et placent ces populations à un risque plus élevé de conséquences graves (Lofgren *et al.*, 2020). Parmi ceux-ci se trouvent l'entrée régulière de personnel pouvant provenir de communautés propices à la transmission du virus ainsi que l'arrivée de nouvelles PI possiblement infectés mais asymptomatiques, pouvant importer la maladie dans les établissements. En effet, ces facteurs mettent non seulement à risque les autres détenus, mais aussi les AC et le reste du personnel. À la fin du mois de mars 2020, Service Correctionnel Canada a indiqué avoir pris des précautions pour prévenir et être en mesure de répondre à une éclosion de COVID-19 dans les pénitenciers (Blair *et al.*, 2020). Cependant, les résultats d'une étude suggèrent qu'au moins cinq établissements fédéraux, un en Colombie-Britannique, trois au Québec et un en Ontario, ont vécu des éclosions majeures du virus. De plus, parmi les PI, le

nombre de patients diagnostiqués ayant connu un rétablissement était moins élevé que dans la population générale (Blair *et al.*, 2020).

3. OBJECTIFS DE RECHERCHE

Ce projet visait à mieux comprendre le travail des policiers, des paramédics et des AC en temps de crise pandémique afin d'identifier les facteurs de risques et de vulnérabilités auxquels ils ont été confrontés dans l'exercice de leurs fonctions à la suite de l'arrivée imprévue de la COVID-19. Ce projet comprenait cinq objectifs spécifiques :

- 1- Modéliser le travail des premiers répondants en contexte de pandémie;
- 2- Évaluer la conscience de la situation et les moyens de l'augmenter;
- 3- Identifier les risques et les bonnes pratiques;
- 4- Évaluer l'efficacité des outils de formation en place et leur pérennité;
- 5- Développer, au besoin, des outils et des formations permettant de partager les meilleures pratiques à long terme.

Le premier objectif était d'identifier et mieux comprendre l'ensemble des problématiques liées aux réalités particulières rencontrées par ces trois groupes de professionnels au sein de leur milieu de travail respectif. Une tâche d'analyse orientée sur les buts a permis de modéliser leur travail en fonction des changements découlant de la situation de crise pandémique. Le deuxième objectif concernait un concept clé dans le domaine de la gestion de crise et des interventions en sécurité, la CS. Au cœur de l'efficacité et de la sécurité du premier répondant réside la capacité de rapidement percevoir l'information pertinente dans son environnement, comprendre la situation et anticiper l'évolution de la situation et l'impact de ses actions. Le troisième objectif était de réaliser une analyse systémique des modèles construits afin d'identifier les points de vulnérabilités (risques) et d'extraire les meilleures pratiques. Cette analyse a permis de formuler des recommandations afin de maximiser la performance, la sécurité et la résilience des premiers répondants. Ces nouvelles connaissances pourraient soutenir le développement d'outils d'information, de formations ou d'exercices de simulation afin d'étendre et de consolider les meilleures pratiques et de les pérenniser.

4. MÉTHODOLOGIE

Une démarche empirique systémique a été utilisée afin d'atteindre les objectifs de recherche. Des participants provenant des trois milieux d'interventions ciblés ont été recrutés et une collecte de données a été effectuée en deux temps. Tout d'abord, une collecte documentaire a permis de mieux définir la problématique et de cerner les protocoles en place pour les interventions en période de crise sanitaire. Ensuite, l'administration d'un questionnaire électronique a permis de récolter les perceptions des intervenants concernant leur réalité sur le terrain. Une fois les données colligées, une modélisation du travail a été effectuée pour chaque milieu ciblé, ainsi que des analyses quantitatives et qualitatives.

4.1 Recrutement

Les intervenants ciblés dans le cadre de cette étude, soit les policiers, les paramédics et les AC ont été approchés via leurs différentes organisations. Tout d'abord, un premier lien a été établi à l'aide d'un courriel s'adressant aux dirigeants de certains organismes avec lesquels le Centre RISC collabore ou a déjà collaboré dans le cadre de projet de recherche. Ce courriel avait pour but de leur expliquer le projet, de leur demander s'ils voyaient un intérêt à y participer et de solliciter leur aide pour recruter des participants au sein de leur organisme. Pour certaines organisations, le lien et la présentation du projet ont été faits par l'entremise d'une association les représentants. Les organismes qui ont accepté de participer à l'étude ont d'abord envoyé un courriel de recrutement fourni par l'équipe de recherche à leurs membres. Ce courriel présentait l'étude et ses objectifs et les invitait à participer en communiquant avec le Centre RISC par courriel. Par la suite, l'équipe de recherche leur faisait parvenir un formulaire de consentement à signer et retourner. Lorsque celui-ci était signé par le chercheur principal, la copie du participant lui était retourné avec un lien pour compléter le questionnaire électronique.

Il est à noter que quelques difficultés ont été rencontrées en lien avec les procédures liées à la participation des intervenants à ce projet. Tout d'abord, se déroulant au moment où la crise pandémique était à son plus haut niveau et que les gens œuvrant dans des champs administratifs étaient en télétravail, l'obtention des approbations éthiques nécessaires pour débiter le recrutement des participants s'est vu largement retardé. De plus, la multiplication des approbations institutionnelles requises avant de pouvoir procéder, telles que celle du Comité éthique de l'Université Laval et de celui du Campus Notre-Dame-de-Foy, ainsi que la revue du processus et l'évaluation du protocole pour approbation de projet de recherche à l'interne par deux Services correctionnels, les Services policiers et paramédicaux, ont été plus demandant qu'initialement prévu. Ensuite, l'équipe de recherche a dû faire face au refus de participer et au désistement de certaines organisations. Bien évidemment, les organisations liées au milieu de la santé et de la sécurité étant extrêmement occupées en raison de la pandémie, il est compréhensible que leur temps soit privilégié pour exercer leurs fonctions pendant une crise pandémique majeure. Finalement, malgré les grands efforts des organisations participantes, la campagne de recrutement n'a malheureusement pas eu les effets escomptés. La durée nécessaire pour le recrutement ayant augmenté drastiquement et le nombre limité de participants ont fait en sorte que les étapes d'observation et de focus groupes initialement planifiées ont dû être abandonnées. Toutefois, les difficultés rencontrées étaient principalement dues au manque de disponibilités et à la surcharge de travail des intervenants, ce qui supporte la nécessité d'effectuer de telles études pour pouvoir contrer les conséquences néfastes engendrées par la pandémie et protéger les premiers répondants.

4.2 Collecte de données

La collecte de données a été réalisée en deux temps. Dès le démarrage du projet, l'équipe de recherche s'est concentrée à effectuer la recension de la documentation nécessaire à l'élaboration de la modélisation du travail des premiers répondants. Ensuite, un questionnaire sous forme électronique a été élaboré afin de mesurer les facteurs de risques et de vulnérabilité des premiers répondants ainsi que les changements perçus par ces derniers dans différents aspects de leur travail. Les différentes étapes liées à la collecte de données ont été réalisées dans le respect des normes sanitaires en vigueur, au moment de la réalisation de l'étude.

4.2.1 Collecte documentaire

Dans le but de modéliser le travail des premiers répondants pendant la crise pandémique, une recension exhaustive de la littérature a été effectuée afin de rassembler le plus d'informations possibles en lien avec leurs tâches au travail, leur environnement, les outils auxquels ils ont accès et les consignes qui leurs ont été données en lien avec les précautions à prendre et les diverses mesures liées à la pandémie. Cette étape impliquait d'effectuer une révision des procédures officielles, des lignes directrices et des documents de formations reliés à la COVID-19 qui ont été émis par la Santé Publique et les différentes organisations portant sur la santé et la sécurité. L'extraction de l'information de base a permis de se familiariser avec les milieux à l'étude de même qu'avec le vocabulaire et les procédures fréquemment utilisés dans ces environnements de travail. Puisque ces documents peuvent être partiellement représentatif de la réalité et ne sont pas nécessairement à jour, l'information récoltée durant cette étape a été utilisée comme base préliminaire pour la collecte de données subséquente. En parallèle, une revue de la littérature scientifique portant sur les risques et les vulnérabilités des premiers répondants a été menée pour mieux comprendre la nouvelle réalité entourant la COVID-19 ainsi que les défis vécus par les premiers répondants pendant la pandémie. Des bases de données telles que *Google Scholar*, *Jurn* et les différentes bases de données de l'Université Laval spécialisées en psychologie et travail social (c'est-à-dire *PsycNET*, *Corsini Encyclopedia of Psychology*, *Social Services Abstract*) ont été utilisées pour mener à bien ce processus de revue de littérature.

4.2.2 Questionnaire

Un questionnaire a été développé par l'équipe de recherche pour les besoins spécifiques du projet à partir de questionnaires existants et ayant été validés sur le plan psychométrique. Composé de 34 questions, ce questionnaire visait à approfondir la compréhension des risques et des vulnérabilités tels que perçus par les premiers répondants et était composé de questions à choix multiples, de questions à court développement ainsi que de questions utilisant une cotation sur une échelle de type Likert de 9 points, allant de « 1 » (Faible) à « 9 » (Élevé; voir Annexe A).

Dans un premier temps, cet instrument recensait le sexe, l'âge, la fonction occupée dans le secteur d'intervention et le nombre d'années d'expérience. Ensuite, une section visait à évaluer la CS ainsi que la charge de travail pouvant avoir été perçues par les répondants depuis le début de la pandémie. Cette dernière section comprenait des questions tirées de questionnaires et d'échelles bien établis :

- La CS a été évaluée à l'aide de questions tirée et traduite du *Situation Awareness Rating Technique* (SART) élaboré par Taylor en 1990 (Salmon *et al.*, 2009). Les questions portaient entre autres sur l'instabilité, la complexité, la familiarité et la variabilité de la situation, ainsi que sur la division de l'attention. La version originale du questionnaire

utilise une cotation sur une échelle de Likert en 7 points. Toutefois, pour les besoins de ce projet et dans le but d'uniformiser le questionnaire, une échelle de 9 points a été utilisée.

- La **charge mentale** a été mesurée par le biais de l'échelle auto-rapportée subjective NASA-TLX. Développé au centre de recherche NASA AMES par Hart et Staveland (1988), le NASA-TLX est un court questionnaire humain (Ganier, Hoareau et Devillers, 2013) dans lequel les participants doivent estimer la contribution de six dimensions précises dans leur charge de travail. Il permet d'évaluer leur perception des exigences physiques, mentales et temporelles ressenties, ainsi que du niveau d'effort, de performance, et de frustration.

Finalement, les participants ont été interrogés sur trois facettes de la pandémie, soit les nouvelles formations (directives, procédures ou mesures), les outils d'aide (aide-mémoire, grilles, liste de vérification, documentation ou autre) ainsi que les risques et facteurs de vulnérabilités engendrés la pandémie. Ce questionnaire a été converti en format électronique et déposé sur une plateforme sécurisée offerte par l'Université Laval. Un lien direct permettant d'accéder au questionnaire a été envoyé aux premiers répondants sous forme de courriel, soit par l'entremise des organismes participants ou d'une personne de l'équipe de recherche à la suite de la complétion du formulaire de consentement.

4.3 Analyses

Un modèle de travail basé sur la GDTA a été produit en récoltant l'information présente dans les documents existants. Par la suite, les réponses tirées du questionnaire ont été analysées à l'aide des méthodes quantitative et qualitative dans le but d'obtenir un portrait précis des changements liés à la pandémie et pouvant être à l'origine des risques et des vulnérabilités présentes lors des interventions.

4.3.1 Tâche d'analyse orientée sur les buts (GDTA)

Les analyses et la modélisation du travail basé sur la contextualisation ont été réalisées à l'aide d'une GDTA (Goal Directed Task Analysis, GDTA; Bolstad, Riley, Jones et Endsley, 2002; Eurocontrol, 2012). Celle-ci est utilisée afin de construire la hiérarchie des buts du travailleur, de déterminer les informations qu'il devrait connaître, de comprendre comment ces informations doivent être assimilées en relation avec les buts à accomplir, ainsi que les projections nécessaires pour atteindre ces buts. Une telle analyse est orientée vers la CS d'un travailleur, et non seulement sur la tâche à proprement dite. La GDTA se concentre sur les buts que la personne doit accomplir pour réussir avec succès la tâche, sur les décisions devant être prises pour atteindre le but et sur les informations requises pour prendre une décision appropriée. Ainsi, la GDTA permet de cibler les niveaux appropriés de CS requis pour qu'un travailleur soit en mesure de prendre des décisions et d'atteindre ses buts au travail.

Ce type d'analyse est similaire aux analyses de tâches plus classiques (Stanton, 2006), car elle permet de réaliser une décomposition hiérarchique du travail des intervenants. Toutefois, la différence entre ces deux techniques provient du fait que la GDTA met en évidence les buts, sous-but, les décisions du travailleur et les exigences en CS plutôt que les tâches et actions réalisées pour accomplir le travail. Présentée sous forme hiérarchique, la GDTA se décline tout d'abord en trois niveaux d'objectifs. Le plus haut niveau fait référence à l'objectif ultime du poste à l'étude, alors que le niveau subséquent est divisé en objectifs généraux. Le dernier niveau précise chaque objectif général en sous-objectifs. Pour chacun des sous-objectifs, la GDTA

permet de lister les prises de décision nécessaires à l'atteinte de l'objectif, ainsi que l'information requise pour chaque prise de décision.

4.3.2 Analyses quantitatives

Les données issues du questionnaire électronique ont été exportées dans le logiciel d'analyses statistiques SPSS. Des analyses descriptives ont été effectuées, permettant d'extraire les pourcentages, la moyenne (\bar{X}) et le mode correspondant à la valeur dominante pour les variables d'intérêt (Fox, 1999). Ensuite, des analyses de tableaux croisés ont été réalisées afin d'identifier les relations possibles entre certaines variables indépendantes et dépendantes (Fox, 1999). Concrètement, ces analyses avaient pour but de vérifier si le nombre d'années d'expérience ou le sexe des intervenants pouvaient être reliés aux différents facteurs de vulnérabilités mesurés. Par la suite, les dimensions pertinentes des questionnaires NASA et SART ont été analysés pour fournir un score moyen selon chaque sous-échelles.

4.3.3 Analyses qualitatives

Des analyses qualitatives ont été utilisées afin de compléter les résultats liés aux analyses quantitatives, ainsi que pour certaines variables spécifiques du questionnaire. Par exemple, certaines questions comportaient le choix de réponse « Autres, spécifiez : » permettant aux participants d'ajouter un choix et de le justifier par des explications écrites. De plus, trois questions à court développement ont été insérées dans le questionnaire afin de recueillir les commentaires des participants. Les deux premières questions concernaient l'importance des différents outils mis à leur disposition depuis le début de la pandémie ainsi que les modifications perçues au niveau de leur charge de travail. La troisième question invitait les intervenants à suggérer des outils qu'ils jugeraient pertinents afin de les aider dans l'accomplissement de leurs tâches.

Les données ont été analysées à l'aide d'une méthode inductive générale (Blais et Martineau, 2006; Thomas, 2006). Cette démarche, utilisée afin de systématiser les procédures d'analyses qualitatives, comporte plusieurs étapes. La première étape consiste à préparer les données, c'est-à-dire à les organiser dans un format commun. Dans le cadre de ce projet, les données ont été sauvegardées en fichier Word avant d'être importées dans le logiciel d'analyse qualitative NVivo. La seconde étape consiste à procéder à une lecture attentive, approfondie et répétée afin de s'appropriier les données. La troisième étape consiste à identifier, à partir de ces lectures répétées, des segments de texte qui apparaissent comme ayant une signification spécifique, une unité de sens. À partir de ces unités de sens, un arbre de codes a été élaboré en créant une catégorie possédant une étiquette et une description unique, à laquelle d'autres segments de textes peuvent être ajoutés.

Ces catégories et étiquettes sont habituellement créées à partir des mots ou des phrases utilisés dans les transcriptions et sont directement liées aux objectifs de recherche. Les catégories peuvent aussi contenir des sous-catégories. Il s'agit en fait de la quatrième et dernière étape, durant laquelle l'arbre de codes est révisé et raffiné. La méthode inductive générale permet en général de créer un arbre de codes ayant entre trois et huit catégories. Toutefois, cette méthode s'est avérée difficile à suivre dans le présent projet, entre autres en raison de la brièveté des réponses. Il a donc été décidé d'utiliser une méthode d'analyse légèrement différente, inspirée de l'analyse qualitative contextuelle (Paillé et Mucchielli, 2016). Cette dernière implique de faire ressortir le sens d'un événement (dans ce cas-ci, la pandémie), sachant que l'information contenue dans les réponses des participants ne devient un renseignement utile seulement que

lorsqu'il y a recoupement avec d'autres informations (réponses des participants). Ainsi, les trois catégories principales de l'arbre de codes ont été créées *a priori*, relativement à la pandémie et correspondent aux facettes évaluées à l'aide du questionnaire, soit 1) les outils ou pratiques en place, 2) les risques et vulnérabilités et 3) les outils ou pratiques qu'il serait pertinent de développer. De plus, deux requêtes d'encodage matricielles ont été réalisées afin de regarder les relations entre les réponses des participants selon 1) le sexe des participants et 2) leur nombre d'années d'expérience.

5. RÉSULTATS

Cette section présente et détaille les résultats obtenus en lien avec chaque objectif de ce projet. Plus précisément, l'échantillon de participants y est décrit, les modélisations du travail réalisées pour les trois corps de métiers ciblés, ainsi que les résultats obtenus en lien avec la CS et les risques et facteurs de vulnérabilités sont présentés.

5.1 Échantillon

L'échantillon total comprend 118 participants, soit 49 femmes et 69 hommes âgés de 23 à 60 ans (\bar{X} âge = 39,0 ans). Plus précisément, 69 participants proviennent du milieu policier, 5 participants du milieu paramédical et 44 participants du milieu carcéral. Le tableau 1 présente les statistiques descriptives de l'échantillon total ainsi que celles des échantillons pour les différents milieux d'intervention.

Tableau 1. Statistiques descriptives de l'échantillon

	Échantillon total N = 118	Policiers n = 69	Paramédics n = 5	Agents correctionnels n = 44
Âge	39,1 ans (23 à 60 ans)	39,0 ans (23 à 57 ans)	32,6 ans (23 à 41 ans)	40,1 ans (28 à 60 ans)
Sexe	49 femmes (41,5 %) 69 hommes	20 femmes (29,0 %) 49 hommes	3 femmes (60,0 %) 2 hommes	26 femmes (59,1 %) 18 hommes
Nombre d'années d'expérience :				
1 an et moins	7 (5,9 %)	5 (7,2 %)	2 (40,0 %)	-
Entre 1 et 3 ans	16 (13,6 %)	16 (23,2%)	-	-
Entre 3 et 5 ans	14 (11,9 %)	9 (13,0 %)	-	5 (11,4 %)
Entre 5 et 10 ans	21 (17,8 %)	9 (13,0 %)	1 (20,0 %)	11(25,0 %)
11 ans et plus	60 (50,8 %)	30 (43,5 %)	2 (40,0 %)	28 (63,6 %)

Pour ce qui est des policiers ($n = 69$), ils sont âgés en moyenne de 39,0 ans (23 à 57 ans) et la majorité (71,0 %) des répondants sont des hommes (29,0 % de femmes). Le nombre d'années d'expérience varie de *1 an et moins* à *11 ans et plus*. Toutefois, les pourcentages de policiers plus élevés se retrouvent dans les catégories *entre 1 et 3 ans* (23,2 %) et *11 ans et plus* (43,5 %).

Les participants paramédics ($n = 5$) sont âgés de 23 à 41 ans (\bar{X} âge = 32,6 ans) et l'échantillon comprend 3 femmes et 2 hommes. Leur nombre d'années d'expérience varie de *1 an et moins* ($n = 2$), *entre 5 et 10 ans* ($n = 1$) et de *11 ans et plus* ($n = 2$). Il est à noter qu'étant donné le faible nombre de paramédics ayant participé à l'étude, ils ont été pris en compte dans les analyses de l'échantillon total, mais aucune analyse spécifique n'a pu être faite pour ce groupe.

Les AC ($n = 44$) qui ont participé à l'étude sont âgés en moyenne de 40,11 ans (28 à 60 ans), dont 26 femmes et 18 hommes. De plus, 63,6 % d'entre eux détiennent 11 années d'expérience et plus dans leur domaine d'intervention (11,4 % *entre 3 et 5 ans*; 25,0 % *entre 5 et 10 ans*).

5.2 Modélisation du travail

À la suite de la recension documentaire, la modélisation du travail, sous forme de diagramme, a été réalisée pour chacune des trois catégories d'intervenants. Ces diagrammes représentent différents buts et tâches du travail des premiers répondants qui impliquent des mesures et directives liées à la pandémie de COVID-19.

5.2.1 Policiers

La modélisation du travail des policiers a permis de démontrer la diversification de leurs interventions depuis le début de la pandémie. D'ailleurs, le changement principal se situe au niveau de la nature des interventions réalisées. En effet, vu la diversité et les nombreuses tâches qu'ils doivent effectuées depuis le début de la pandémie, une différence dans la modélisation de leur travail est évidente comparativement aux autres corps de métier (diagramme présenté de niveau horizontal dû à la multiplication des tâches).

L'exercice de modélisation a permis de relever des points d'incertitude aux niveaux de certaines tâches qui pourraient avoir un impact sur la santé et la sécurité des policiers. Un premier point d'incertitude provient de nouvelles activités illégales ayant fait leur apparition avec l'arrivée de la pandémie. Par exemple, des signalements au niveau de la cybercriminalité, les fraudes et escroqueries, les produits médicaux contrefaits, l'intimidation et la propagande intentionnelle de contamination (voir figure 1) ont entraîné une hausse des interventions pour les policiers. L'apparition de ces activités a augmenté de façon considérable la charge de travail et les responsabilités des policiers qui doivent désormais répondre aux différents signalements directement en lien avec la pandémie.

Un deuxième point d'incertitude lié à la crise découle des interventions d'ordre public et de la gestion des zones de confinement. Devant travailler en contact avec les citoyens, les policiers doivent faire respecter les mesures sanitaires en place, sans nécessairement savoir si les individus auprès desquels ils interviennent sont contaminés par le virus. Ils doivent donc prendre toutes les précautions nécessaires et ce, dans la mesure du possible, alors qu'ils ont aussi reçu la directive de limiter les contacts lors de leurs interventions. Le fait de devoir réaliser leurs tâches quotidiennes en sachant que les individus auxquels ils font face peuvent être atteints de la COVID-19 et peuvent, de façon intentionnelle, vouloir les contaminer entraîne une charge et une fatigue mentale supplémentaire ainsi que des préoccupations susceptibles d'entraver la qualité de leurs interventions.

Plusieurs points d'incertitude découlent de situations dans lesquelles les policiers doivent maîtriser une personne refusant de coopérer. Bien qu'ils doivent limiter le plus possible les contacts rapprochés, si une confrontation éclate, les policiers n'ont pas le temps de revêtir l'EPI avant d'intervenir et se retrouvent donc directement exposés au virus. Dans ce type de circonstances, il apparaît normal que ceux-ci soient inquiets face à la pandémie et qu'ils s'en fassent, non seulement pour leur propre santé, mais aussi pour celle de leur famille qui pourrait aussi se retrouver contaminée par leur faute. La présence de tels stressors dans l'exercice des tâches quotidiennes des policiers vient indéniablement ajouter une charge mentale supplémentaire. Le type d'environnement dans lequel ils doivent effectuer leurs tâches étant déjà

complexes et dynamiques, ils sont maintenant encore plus à risque de souffrir d'une surcharge mentale dû à une augmentation du nombre de tâches et responsabilités, de la fatigue physique et mentale en découlant, et du stress quasi constant de contamination. Malgré une volonté de bien faire, ces facteurs peuvent avoir des conséquences négatives sur l'efficacité des policiers, la qualité de leurs interventions et leur conscience de la situation.

Finalement, en plus des éléments déjà mentionnés, les policiers ont aussi reçu plusieurs nouvelles directives concernant les procédures à suivre pendant leurs interventions (voir section 5.3.1). Cette affluence de nouvelles directives entraîne une surcharge d'informations pour le personnel, et ce, encore plus si les protocoles sont modifiés trop fréquemment pour que le personnel puisse les suivre et s'y habituer. Une telle surcharge informationnelle s'avère dangereuse puisqu'elle entrave la CS des policiers. D'ailleurs, le policier 135 a mentionné : « *Nous faisons face à trop d'informations en peu de temps, ce qui fait en sorte qu'il est difficile pour nous de s'y retrouver* ».

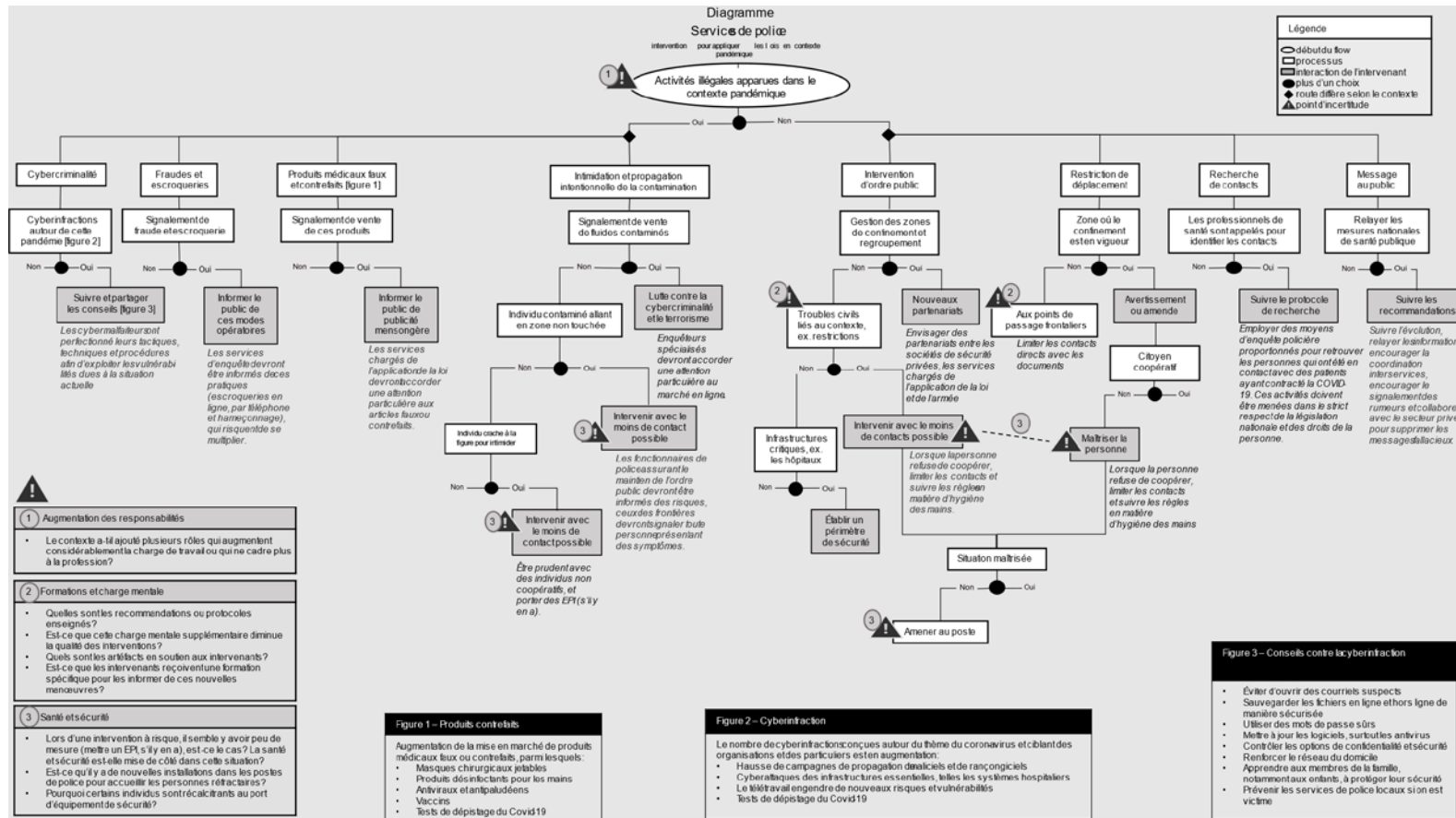


Figure 1. Policiers – Diversification des interventions en contexte de pandémie.

5.2.2 Paramédics

La modélisation du travail des paramédics a été effectuée autour des procédures de prise en charge des patients, bien que certaines tâches à réaliser n'étaient pas suffisamment claires et quelques questions demeuraient sans réponses. Suite de la réception d'un appel, diverses avenues peuvent être empruntées par les paramédics pour intervenir auprès d'un patient dépendamment de trois éléments principaux, soit le résultat du patient au diagnostic de la COVID-19, son niveau de conscience et son niveau de coopération (voir figure 2). Une fois que la réponse à chacun de ces éléments est déterminée par le paramédic, celui-ci peut suivre la procédure recommandée selon l'intervention. Cependant, il semble que la procédure à suivre puisse différer à certaines étapes, selon l'organisme qui la communique au public.

La modélisation a démontré certains points d'incertitude principalement reliés aux contacts avec des patients potentiellement atteints de la COVID-19. Par exemple, des points d'incertitude sont reliés au fait de revêtir l'EPI pour le paramédic lorsque le patient présente un résultat positif à la COVID-19 et au port du masque par le patient. Lorsque diagnostiqué positif, celui-ci doit mettre un masque chirurgical dès sa prise en charge par les paramédics. L'ordre strict dans lequel le paramédic doit revêtir l'EPI ou le refus d'un patient à porter le masque chirurgical sont des sources de stress pour l'intervenant. De plus, les directives concernant la mise et le retrait de l'EPI semblent différer d'une instance à l'autre. D'ailleurs, le paramédic 68 rapporte : « [...] *étant vraiment larges et imprécises comme informations, il y avait souvent plusieurs interprétations qui menaient parfois à plusieurs façons de travailler différentes* ». Donc, en plus de faire face au stress de savoir qu'ils doivent s'occuper d'un patient contaminé (qui peut être réfractaire au port du masque), le fait de recevoir différentes directives en fonction du superviseur en charge a un impact sur le travail du paramédic. En plus de créer de la confusion, l'augmentation de la quantité d'informations dont l'intervenant doit se souvenir pour réaliser une tâche ou déterminer une action appropriée augmente la charge mentale puisque la mémoire est sollicitée alors que l'intervenant doit se rappeler des différentes directives. Cela rend aussi d'autres tâches associées à la CS plus sujettes aux erreurs.

Un autre point d'incertitude concerne l'évaluation du patient lorsque celui-ci est calme et coopère, mais que le paramédic n'a reçu aucune information préalable sur son état de santé par le centre d'appel. Cette intervention doit être réalisée à une distance de 2 mètres du patient. Les intervenants prennent donc des décisions en se basant sur une quantité d'informations beaucoup moins élevée, ce qui affecte la qualité de l'intervention. Il est aussi possible que le patient soit plutôt agité et refuse de coopérer. La charge mentale du paramédic devient alors beaucoup plus grande car en plus de tenter de traiter le patient et de prendre les meilleures décisions possibles pour la santé et la sécurité de tous, l'intervenant doit calmer le patient.

Finalement, le protocole de réanimation cardio-respiratoire présente un point d'incertitude puisque la perception du danger associée à cette procédure peut être différente d'un intervenant à l'autre. La propagation de gouttelettes associée à ce protocole peut rendre les paramédics plus anxieux et avoir un impact sur la qualité des soins offerts.

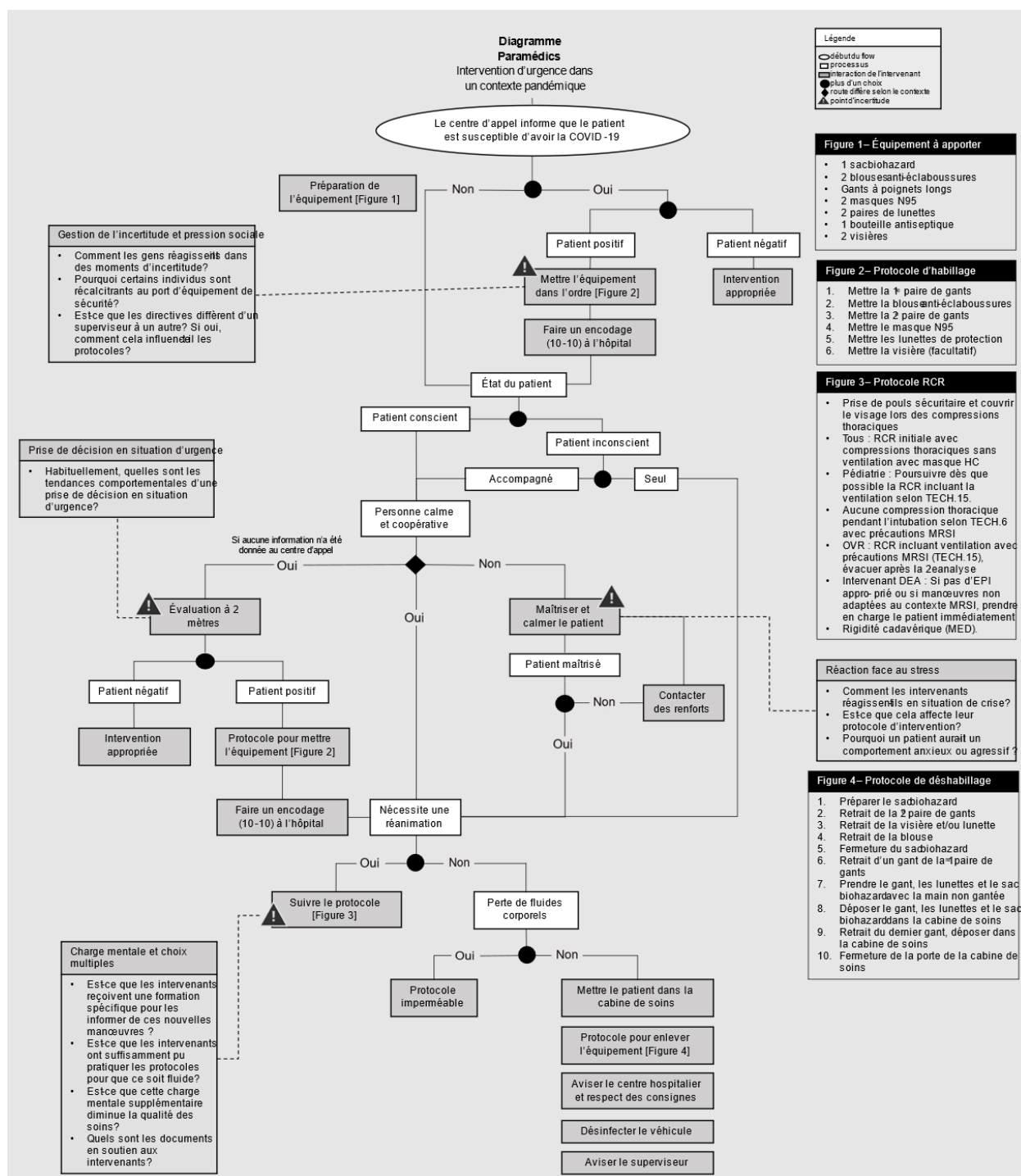


Figure 2. Paramédics – Arbre décisionnel et déroulement des opérations.

5.2.3 Agents correctionnels

Pour les AC, la modélisation du travail a été effectuée autour du risque de contamination des PI. Des points d'incertitude sont reliés aux moments où des décisions critiques doivent être prises lorsque l'état de santé de la PI n'est pas confirmé par un laboratoire (voir figure 3). En vertu des mesures spéciales liées à la COVID-19, dès son admission, toute personne qui entame une période d'incarcération ou qui arrive dans un nouvel établissement à la suite d'un transfert est placée en isolement pendant 14 jours qu'elles soient symptomatiques ou non. Face à cette situation, l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2021) a recommandé le dépistage des PI nouvellement admises plutôt que la mise en quarantaine pendant 14 jours. Toutefois, lors de la réintégration de la PI, l'évaluation des risques d'une contamination à la COVID-19 est aussi réalisée par les AC à l'aide d'une série de questions précises posées à la PI. Cette étape pose un problème puisque l'évaluation repose strictement sur les réponses de la PI, et sur son honnêteté. La prise de décision des AC concernant la zone (chaude, tiède ou froide) dans laquelle la PI doit être placée se déroule donc dans un contexte d'incertitude puisqu'ils ne peuvent garantir la franchise de ses réponses. Ceci ajoute un stress important pour l'AC, car il s'agit d'une décision critique qui peut mettre la vie des gens en danger et touche aussi la notion de confiance des AC envers les PI. De surcroît, le degré de coopération des PI ainsi qu'une possible propension à mentir dans le but de provoquer les personnes en position d'autorité doivent être pris en considération lors de l'évaluation.

Au-delà des dangers associés au mauvais classement de zone, demeure aussi la possibilité pour les AC de subir une contamination intentionnelle. L'AC se retrouve donc avec toutes ces préoccupations en tête et doit prendre la décision appropriée dans ces conditions stressantes. Cela ajoute grandement à sa charge mentale et peut influencer négativement sa prise de décision. De plus, les questionnements préalablement mentionnés pour les autres corps de métier, tels que le fait d'avoir reçu une formation, la pratique des nouveaux protocoles, l'accès à des outils et aide-mémoire sont tous aussi valables pour ce corps de métier.

Dans le même ordre d'esprit, un autre point créant de l'incertitude est lorsque la PI doit être transférée d'une zone à une autre, mais qu'aucune confirmation de son état de santé n'a été donnée par le laboratoire. Le roulement élevé de détenus au sein des établissements augmente les risques de contacts et de contamination. Les PI changent de zones selon leur état de santé, mais ces nombreux changements apportent des risques supplémentaires et rendent difficile pour les AC d'assurer la sécurité des détenus. De plus, le partage obligé d'aires communes comme les douches et les cours extérieures sont problématiques lors des déplacements de PI. Le personnel responsable de l'entretien et de la désinfection des cellules doit être très minutieux, car une éclosion du virus peut se produire et se propager très rapidement dans ces circonstances.

Un aspect fondamental demeure la communication entre les AC, l'établissement et la direction régionale de la santé publique. Les modalités de cette collaboration sont propres à chaque CISSS et CIUSSS et la qualité des échanges influencent l'efficacité du travail des AC.

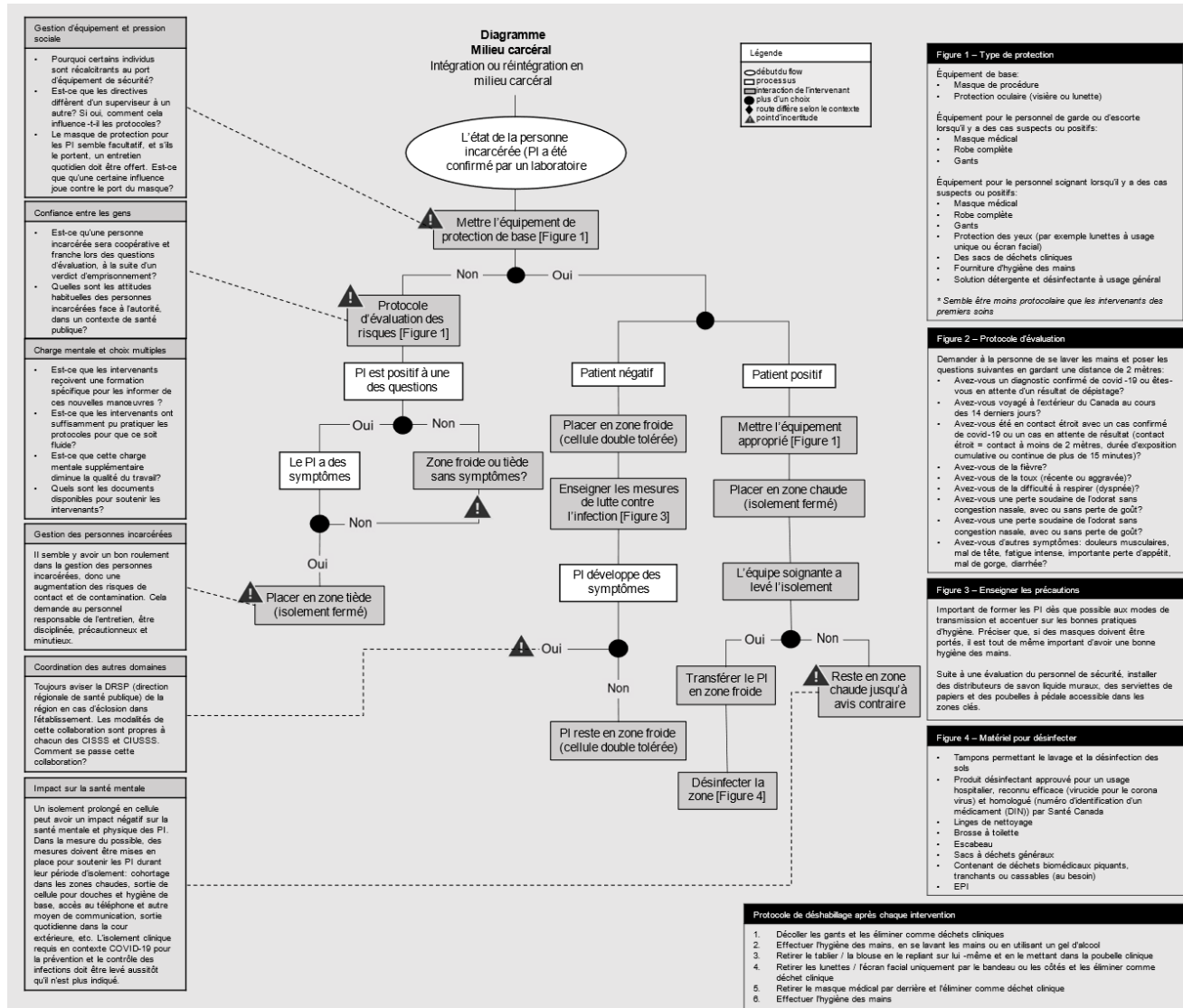


Figure 3. Agents correctionnels – Directives à l'intégration d'une PI.

5.3 Risques et facteurs de vulnérabilités

Les résultats suivants concernent les risques et les facteurs de vulnérabilités, tels que perçus par les premiers répondants. Tout d'abord, les premiers résultats se concentrent sur les mesures et les outils qui ont été mis en place durant la pandémie. Ensuite, la CS, la charge de travail et le niveau de stress ont été mesurés en comparant la situation avant et pendant la crise pandémique.

Comme mentionné précédemment, le nombre de paramédics ayant répondu au questionnaire étant très bas ($n = 5$), aucune analyse spécifique n'était possible pour ce groupe. Cette section ne comprend donc aucun résultat pour les paramédics.

5.3.1 Policiers

Nouvelles formations, directives, procédures ou mesures

Depuis le début de la pandémie, 72,5 % des policiers ayant participé au projet ont rapporté n'avoir reçu aucune nouvelle formation en lien avec la façon de procéder lors de leurs interventions. Pour ceux ayant rapporté avoir reçu une telle formation, celle-ci était d'une durée moyenne de moins d'une heure (47,4 %). La plupart ont toutefois rapporté avoir reçu de nouvelles directives, procédures ou mesures à suivre (95,7 %). Le temps d'apprentissage en lien avec ces nouvelles directives (procédures ou mesures) était principalement de moins d'une heure (39,4 %) ou de 1 à 2 heures(s) (37,9 %). La possibilité de pratiquer ces nouvelles directives avant de devoir les appliquer en contexte d'intervention semble partagée. En fait, 45,5 % des policiers affirment qu'ils ont eu la chance de les pratiquer, alors que 54,5 % rapportent qu'ils n'ont pas eu cette possibilité. D'ailleurs, 53,0 % des policiers ont trouvé que le temps de pratique ou de révision des directives était suffisant, alors que 47,0 % ont trouvé que c'était insuffisant. Un policier explique : « *J'aurais préféré que l'on prenne le temps de nous expliquer les changements chaque fois qu'il y en avait en début de quart de travail. Pour que l'on puisse soulever les questions/réponses, le cas échéant, et que l'on soit tous à jour sur la réglementation en vigueur* » (policier 135).

De façon presque unanime, soit 90,9 %, des policiers ont répondu que les nouvelles directives, ou procédures à appliquer ont changé plus de trois fois depuis le début de la pandémie. Cet aspect est ressorti dans les commentaires faits par les policiers, comme en témoigne le participant 83 : « *À chaque nouveau changement annoncé par le gouvernement, les directives changent, donc plus de 10-15 courriels avec des consignes différentes, nous avons perdu le fil et malgré une bonne volonté, il était difficile de faire appliquer les règlements* ».

Outils

Sur les 69 policiers ayant participé, 60 ont mentionné avoir reçu des outils afin de les aider à se rappeler des formations ou directives mises en place depuis le début de la crise sanitaire. De plus, 73,3 % d'entre eux trouvent que ces outils étaient facilement accessibles et disponibles lors de leurs interventions. Cependant, plusieurs policiers ont rapporté que les informations mises à leur disposition n'étaient pas toujours à jour, ce qui engendrait des difficultés, comme en témoigne le policier (106) : « *[...] un résumé des nouvelles mesures sanitaires dans le véhicule de patrouille, mais à jour. Cela simplifie le travail pour y référer avant d'aller sur une plainte* ».

L'importance de ces outils lors des interventions policières a été mesurée et 26,7 % des policiers ont rapporté que ces outils sont d'une importance faible à moyenne. Par ailleurs, 73,3 % des policiers considèrent plutôt ces outils d'importance moyenne-élevée à très élevée, dont 33,3 % ont rapporté qu'ils avaient une importance très élevée.

Plus précisément, 17 participants ont rapporté l'utilité des aide-mémoire mis à leur disposition, en mettant l'accent sur l'importance de connaître les aspects légaux d'une situation dans leur travail. Ainsi, un des policiers (120) a rapporté que : « *L'aide-mémoire sur la réglementation et libellé des infractions est très utile, car cela permet d'inscrire la bonne situation* ». De plus, 16 policiers ont souligné l'utilité des outils pour les aider à prendre une décision, bien que certains rapportent des difficultés à utiliser ou appliquer les mesures et outils mis en place.

Risques et facteurs de vulnérabilité

Les prochains éléments concernent l'impact de la pandémie sur différents aspects du travail des policiers, en comparaison avec la situation avant la COVID-19.

Selon 63,8 % des policiers ayant participé, le personnel au sein de leur organisation est insuffisant pour répondre à tous les besoins d'interventions engendrés par la pandémie. 84,1% d'entre eux ont d'ailleurs rapporté que leur charge de travail a augmenté. Par exemple, un policier (125) a mentionné : « *La charge de travail reliée à la santé mentale augmente exponentiellement depuis des années, mais la pandémie a accéléré le phénomène de manière considérable* ». Cette augmentation se caractérise essentiellement par le changement dans la nature des interventions qu'ils doivent réaliser (72,5 %) et les nouvelles directives qu'ils doivent suivre (66,7 %). De plus, 21,7 % des policiers ont rapporté une augmentation « *autre* » dans leur charge de travail. En fait, selon 11 participants, de nouvelles tâches liées à la crise sanitaire se sont ajoutées au travail des policiers, comme mentionné : « *Les tâches réalisées en période pré-pandémique ont pratiquement toutes été abandonnées. [...] le temps disponible a été récupéré par l'organisation pour m'attribuer de nouvelles tâches directement en lien avec les impacts réels ou potentiels de la crise sanitaire* » (policier 100).

Différents facteurs de risque et de vulnérabilité ont été mesurés à l'aide de questions dont les réponses prenaient la forme d'une échelle de type Likert, soit de 1 (faible) à 9 (élevé), dont 5 équivalait à aucun changement. Ces résultats sont présentés dans le tableau 3. Plus précisément, les policiers ont mentionné devoir traiter une plus grande quantité d'informations dans l'exercice de leurs fonctions depuis le début de la pandémie ($\bar{X} = 7,01$). Les policiers ont aussi rapporté un niveau de frustration plus élevé dans l'exercice de leurs fonctions ($\bar{X} = 7,03$; *Mode* = 7). Selon les répondants, les interventions policières sont plus complexes et possèdent plusieurs composantes interdépendantes depuis la crise sanitaire ($\bar{X} = 7,06$). Les situations d'intervention sont aussi beaucoup plus variables avec l'arrivée de la pandémie, c'est-à-dire que le nombre de facteurs pouvant changer et varier lors des interventions policières est plus élevé ($\bar{X} = 6,65$; *Mode* = 7).

Tableau 2. Résultats des risques et facteurs de vulnérabilités mesurés auprès des policiers

Risques et facteurs mesurés	Policiers <i>n</i> = 69
Dimensions du NASA	Résultats
Attention mentale	\bar{X} = 6,68; Mode = 5
Pression temporelle	\bar{X} = 6,29; Mode = 5
Performance	\bar{X} = 4,62; Mode = 5
Frustration	\bar{X} = 7,03; Mode = 7
Dimensions du SART	Résultats
Capacité cognitive	\bar{X} = 5,51; Mode = 5
Quantité d'informations	\bar{X} = 7,01; Mode = 5; 7; 9
État d'alerte	\bar{X} = 5,75; Mode = 5
Instabilité	\bar{X} = 6,29; Mode = 5
Variabilité	\bar{X} = 6,65; Mode = 7
Familiarité	\bar{X} = 4,80; Mode = 5
Complexité	\bar{X} = 7,06; Mode = 6; 7
Autre facteur mesuré	Résultats
Niveau d'anxiété	\bar{X} = 6,16; Mode = 5

Analyses selon le genre et le nombre d'années d'expérience

La présence d'un lien entre ces différents facteurs de vulnérabilités et le genre ou le nombre d'années d'expérience des participants a été vérifiée à l'aide d'analyses de tableaux croisés. Toutefois, celles-ci n'ont pas révélé l'existence d'un lien significatif entre ces variables. Cependant, une requête d'encodage matricielle effectuée sur les variables qualitatives a permis de révéler que le genre a eu un impact sur le facteur de variabilité des situations d'intervention. En effet, 9 policiers ont mentionné que les changements fréquents représentaient une difficulté pour eux, alors que seulement 2 policières ont rapporté un tel effet. Aucun lien significatif n'a été observé entre les facteurs de vulnérabilité et le nombre d'années d'expérience.

5.3.2 Agents correctionnels

Nouvelles formations, directives, procédures ou mesures

Plus de la majorité (65,9 %) des AC ayant répondu au questionnaire ont mentionné ne pas avoir reçu de nouvelles formations en lien avec la façon de procéder dans leurs interventions depuis le début de la pandémie. Ceux ayant indiqué avoir reçu une nouvelle formation ont souligné que la durée de celle-ci était de moins d'une heure (73,3 %). Cependant, 42 des AC (95,5 %) ont

rapporté avoir reçu de nouvelles directives, procédures ou mesures à suivre en lien avec la façon de procéder lors de leurs interventions depuis le début de la pandémie. Ces derniers ont mentionné un temps d'apprentissage variant de moins d'une heure (78,6 %) à plus de 4 heures (4,8 %), alors que 66,7 % d'entre eux mentionnent ne pas avoir eu l'occasion de pratiquer ou réviser ces nouvelles directives (procédures ou mesures). Pourtant, les exercices pratiques semblent être utiles comme le rapporte l'AC 24 : « *Au lieu de voir une vidéo sur comment mettre les équipements de protection, que l'on puisse pratiquer au moins une fois. La pratique est toujours plus simple* ». Ils ont aussi rapporté que le temps pour pratiquer ou réviser ces nouvelles directives n'était pas suffisant (73,8 %) avant de devoir les appliquer en contexte d'intervention.

Selon 83,3 % des AC, ces nouvelles directives auraient changé plus de trois fois depuis le début de la crise pandémique. D'ailleurs, l'AC 30 a mentionné : « *Ça allait vite, les procédures changeaient tout le temps, pas possible de s'adapter* ». Les AC ont rapporté que la nature de leur travail leur permet difficilement de lire les documents décrivant les nouvelles mesures et procédures, ce qui engendrent des problèmes dans la mise en place et l'application des mesures, particulièrement lorsqu'elles changent souvent. De plus, différents AC ont mentionné le fait que les nouvelles directives ne sont pas toujours respectées et qu'il y a peu d'encadrement à ce sujet. Par exemple, l'AC 50 a rapporté : « *Malgré les nombreuses directives émises par notre ministère, très peu sont rigoureusement utilisées par les agents et peu de suivi est fait par la gestion* ».

Outils

Selon 81,8 % des AC ayant répondu au questionnaire, ils ont reçu des outils, définis comme aide-mémoire, grilles, liste de vérification, documentation ou autre, pour les aider à se remémorer les formations, les nouvelles directives, procédures ou mesures mises en place depuis le début de la pandémie. De plus, la majorité (58,3 %) des AC considèrent que ces outils sont facilement accessibles. Leur importance lors des interventions varie de faible (1) à élevé (9). 55,6 % des AC ont rapporté qu'ils considèrent que l'importance de ces outils varie de faible à moyen, tandis que 44,4 % les considèrent d'importance moyenne-élevée à très élevée. Les commentaires de AC mentionnent que les outils disponibles pour se remémorer les procédures ou baliser les tâches sont pertinents (10 AC participants). L'AC 29 souligne notamment que des aide-mémoire placés à des endroits spécifiques (par exemple sur les portes) facilitent le travail en permettant aux employés de se repérer rapidement. De plus, les outils peuvent aider à soutenir la CS, comme l'a indiqué l'AC 47 : « *[...] les outils] aident à nous structurer car les procédures ont tellement été modifiées lors de la pandémie que nous devenons confus* ». Par ailleurs, des difficultés d'utilisation des outils et d'application des mesures sont aussi rapportées par 25 % des AC. En fait, il semble que les outils soient difficiles à utiliser dans la pratique quotidienne, car ils ne sont pas toujours en cohérence avec la réalité du terrain. De plus, il semble que les outils aient été créés à l'extérieur du milieu de travail, ce qui a un impact sur leur efficacité.

Risques et facteurs de vulnérabilité

Plus de la majorité des AC, soit 88,6 %, ont rapporté qu'il n'y a pas suffisamment de personnel au sein de leur organisation pour répondre à tous les besoins d'intervention engendrés par la pandémie. De plus, la totalité des AC a mentionné que leur charge de travail a augmenté depuis le début de la crise sanitaire. Cette augmentation concerne principalement le nombre d'heures de travail (52,3 %) et de nouvelles directives (95,5 %) ainsi que la nature des interventions qui a changé (81,8 %). Les AC (56,8 %) ont également rapporté l'augmentation d'une charge de travail « *autre* », soient principalement des ajouts de tâches spécifiques à la COVID-19 (14 participants) ainsi qu'un manque de personnel (12 participants). Enfin, 8 participants ont aussi souligné les

réactions des PI parmi les facteurs augmentant leur charge de travail et leur stress : « *Le niveau de stress et d'anxiété a augmenté autant au niveau du personnel que chez les personnes incarcérées. Il y a beaucoup plus de tension dans la prison, beaucoup de violence entre détenus et une augmentation considérable d'assaut sur les agents dans la dernière année* » (AC 55).

Tableau 3. Résultats des risques et facteurs de vulnérabilités mesurés auprès des agents correctionnels

Risques et facteurs mesurés	Agents correctionnels <i>n</i> = 44
Dimensions du NASA	Résultats
Attention mentale	\bar{X} = 6,91; Mode = 8
Pression temporelle	\bar{X} = 7,84; Mode = 9
Performance	\bar{X} = 4,95; Mode = 5
Frustration	\bar{X} = 8,27; Mode = 9
Dimensions du SART	Résultats
Capacité cognitive	\bar{X} = 5,95; Mode = 8
Quantité d'informations	\bar{X} = 7,80; Mode = 9
État d'alerte	\bar{X} = 6,23; Mode = 9
Instabilité	\bar{X} = 7,23; Mode = 7
Complexité	\bar{X} = 7,91; Mode = 9
Variabilité	\bar{X} = 7,75; Mode = 7
Familiarité	\bar{X} = 5,57; Mode = 7
Autre facteur mesuré	Résultats
Niveau d'anxiété	\bar{X} = 7,57; Mode = 9

Les AC ont rapporté que le niveau d'attention mentale et intellectuelle (\bar{X} = 6,91; Mode = 8) requis dans le cadre de leur fonction ainsi que la pression temporelle (\bar{X} = 7,84; Mode = 9) sont plus élevés depuis le début de la pandémie. Ils ont aussi mentionné avoir à traiter une plus grande quantité d'informations avec la crise de la COVID-19 (\bar{X} = 7,80; Mode = 9). L'AC 26 a mentionné : « *Il y a eu beaucoup d'informations de divulguées, des tableaux tout en couleur, mais la problématique se situait au niveau de l'interprétation que les intervenants en faisaient [...]* ». Le niveau d'anxiété (\bar{X} = 7,57; Mode = 9) et de frustration (\bar{X} = 8,27; Mode = 9) chez les AC ont aussi augmenté. De même, ils ont rapporté que la situation lors d'interventions est instable et susceptible de changer rapidement (\bar{X} = 7,23; Mode = 7), en plus d'être complexe avec plusieurs composantes interdépendantes (\bar{X} = 7,91; Mode = 9). De plus, les AC ont aussi rapporté une variabilité, soit le nombre de facteurs qui peuvent changer et varier lors des interventions, plus élevée (\bar{X} = 7,75; Mode = 7).

Analyses selon le genre et le nombre d'années d'expérience

Une analyse de tableaux croisés n'a révélé aucun lien significatif entre ces différents facteurs de vulnérabilités, le genre et le nombre d'années d'expérience.

D'un autre côté, une requête d'encodage matricielle avec les analyses qualitatives a démontré que plus les AC ont un nombre d'années d'expérience élevé, plus ils rapportent une augmentation de leur charge de travail et de leur niveau de stress. De plus, alors que 13 hommes et 15 femmes ont rapporté une augmentation de leur charge de travail, seulement 8 hommes comparativement à 23 femmes ont mentionné une augmentation du niveau de stress.

6. DISCUSSION

À la suite des analyses et résultats obtenus, il est possible de tirer trois grands constats du travail des intervenants d'urgence en contexte pandémique. Tout d'abord, l'utilisation d'outils (p. ex., aide-mémoire, grille, etc.) semble être priorisée dans les organisations comparativement aux formations. Ensuite, l'augmentation de la charge de travail en raison de la pandémie semble avoir été perçue de façon quasi unanime à travers les intervenants ayant participé à l'étude. Puis, le facteur de vulnérabilité étant ressorti le plus et qui devrait être pris en compte dans l'évaluation de la santé et la sécurité au travail chez les intervenants semble être le niveau de frustration. La section suivante détaille ces trois éléments et présente les limites de la présente étude.

De façon générale, un faible nombre de policiers et d'AC ont rapporté avoir reçu des formations en lien avec la façon de procéder dans leurs interventions depuis le début de la pandémie. Ils ont toutefois reçu des directives, procédures et/ou mesures à suivre. Le temps alloué pour l'apprentissage et la révision de ces outils avant de devoir les appliquer sur le terrain semble relativement court pour les intervenants, et même insuffisant pour la majorité des AC. D'autre part, les changements fréquents de ces directives semblent amener des difficultés dans l'application et le respect de celles-ci. Il est possible, tel que le suggèrent Houghton et ses collègues (2020), que l'arrivée soudaine de la pandémie ait occasionné un manque de temps pour la mise en place d'un soutien organisationnel et de formations adéquates favorisant l'adhérence et le respect des procédures.

Les outils, définis comme des aide-mémoire, grilles, listes de vérification, documentations ou autres, semblent avoir été privilégiés dans les organisations afin d'aider les intervenants à se remémorer les nouvelles directives, procédures ou mesures mises en place depuis le début de la pandémie. En fait, la majorité des policiers ayant participé au projet semble avoir reçu ce type d'outils et ont mentionné les trouver facilement accessibles lors de leurs interventions. Ainsi, plusieurs semblaient considérer ces outils comme importants dans la réalisation de leurs tâches. Les policiers ont toutefois soulevé l'importance des mises à jour constantes de l'information et des directives, étant donné le caractère légal de leur profession. D'un autre côté, les AC semblent avoir vécu une réalité différente. La majorité rapporte avoir reçu ce type d'outils pour les aider dans leurs interventions, mais ceux-ci n'étaient pas facilement accessibles à tous. La perception de l'importance et de l'utilité de ces outils semble également partagée. Il est possible que des difficultés d'utilisation et une absence de concordance avec la réalité sur le terrain soient à l'origine de cette impression. Bien qu'étant beaucoup plus nuancés, ces résultats se rapprochent de ce qui est rapporté dans la littérature, soit que les lignes directrices sont considérées comme inadéquates compte tenu de leur longueur et de la surcharge d'informations qu'elles entraînent (Brooks *et al.*, 2020).

D'autre part, l'augmentation de la charge de travail en contexte pandémique semble être présente et partagée par les policiers et les AC. Cela pourrait être attribué au manque de personnel dans les organisations, un problème soulevé par les participants. En effet, il semble que ce manque d'effectif soit antérieur à la pandémie, mais que celle-ci ait exacerbé cette problématique. Comme mentionné dans la littérature, les premiers répondants sont plus à risque de présenter des problèmes de santé mentale entraînant des incapacités et la réduction de la main-d'œuvre disponible (Haugen *et al.*, 2017; Lazarus, 1999), ce qui pourrait être une piste d'explication.

Outre le manque de personnel, cette augmentation de la charge de travail est caractérisée par un nombre d'heures de travail plus élevé et la mise en place de nouvelles directives, en plus des

changements dans la nature des interventions à réaliser. En conséquence, les participants ont mentionné devoir traiter une plus grande quantité d'informations depuis le début de la pandémie, et que la complexité de leurs interventions a beaucoup augmenté. Ces résultats rejoignent les conclusions de l'étude de Durantin et collègues (2014) qui rapportent que la surcharge d'information peut occasionner une charge de travail excessive. Par ailleurs, ces auteurs mentionnent aussi que de telles circonstances peuvent diminuer la performance des intervenants. La complexité des tâches peut aussi augmenter la charge de travail mentale, en plus de rendre les intervenants plus sujets à commettre des erreurs (Wichman et Oyasato, 1983). De plus, la diversification des interventions et l'ajout de tâches directement liées à la pandémie viennent accroître davantage la charge de travail des premiers répondants.

Autre élément intéressant, le niveau de frustration est un des facteurs de vulnérabilité qui ressort fortement auprès des différents milieux. En fait, depuis le début de la pandémie, il semblerait que les intervenants ressentent plus de frustration dans l'exercice de leurs fonctions, entraînant un sentiment d'irritabilité. Il est possible que ce sentiment de frustration soit lié aux différentes conditions de travail en contexte pandémique, telles que l'augmentation de la charge de travail, le manque de personnel ainsi que l'instabilité et la variabilité ressenties par les participants lors de leur intervention. Certains commentaires permettent d'entrevoir des explications, telles que le manque d'appui des organisations et l'absence de formation. De ce fait, la pandémie de COVID-19 implique pour les premiers répondants, d'importants facteurs de risques et de vulnérabilités qui doivent être connus et pris en considération (TRACIE, 2017; Zolnikov et Furio, 2020) pour améliorer leur santé et sécurité au travail.

Les résultats obtenus soulèvent aussi d'autres questions d'importance selon les corps de métier. Par exemple, les policiers doivent intervenir tout en suivant les directives visant à réduire les risques de contamination (distanciation de 2 mètres, limiter les contacts directs). Lorsque les cibles d'intervention refusent de coopérer ou nécessitent d'être maîtrisées, les agents disposent souvent de quelques secondes pour prendre une décision critique sur comment ils vont réagir pour résoudre la situation. S'ajoutant maintenant comme facteur de stress à considérer dans ces moments, ils doivent penser au risque possible de contamination. D'un autre côté, les nouvelles tâches découlant directement de la pandémie qui se sont ajoutées à leur charge de travail peuvent requérir l'adoption d'un nouveau rôle qui ne cadre pas nécessairement avec leurs convictions ou leur perception de la profession.

Les paramédics quant à eux, sont directement confrontés au virus puisqu'ils doivent prodiguer des soins aux patients ayant été diagnostiqués positifs. Le stress qu'ils peuvent ressentir à ce moment pourrait augmenter l'adhésion au nouveau protocole d'intervention. De plus, les possibles différences entre les directives données en fonction du superviseur ont une influence sur l'état mental des paramédics. En effet, l'attitude d'un superviseur vis-à-vis les mesures à suivre face à la COVID-19 a un impact non seulement sur le paramédic en tant qu'individu, mais aussi sur l'équipe de travail.

Du côté des AC, une importante dynamique d'interaction est en jeu lors de l'évaluation de l'état de santé d'une PI. Celle-ci peut adopter différentes attitudes, comme mentir, être sincère ou tenter de provoquer les personnes en position d'autorité. Cette nouvelle tâche d'évaluation entraîne un stress supplémentaire aux AC qui visent à prendre la meilleure décision possible. D'ailleurs, le fait de travailler dans un établissement fermé et à proximité de PI qui possèdent des attitudes différentes face, non seulement aux AC, mais aussi, à la pandémie comme telle, requiert plusieurs échanges et une chaîne d'information parfaite entre les différents acteurs. La confiance

et la qualité des interventions sont des facteurs primordiaux dans ce contexte de travail déjà très complexe.

Limites de la recherche

Une limite de cette étude est le nombre de participants recruté du côté des paramédics ($n = 5$). Ce faible échantillon s'explique par les difficultés de recrutement mentionnées précédemment. En fait, la pandémie de COVID-19 a engendré un manque de disponibilité et une surcharge de travail chez plusieurs intervenants, ce qui a beaucoup limité le recrutement possible pour cette étude. Bien que cela limite la portée de résultats rapportés pour les paramédics, cet élément tend vers l'hypothèse d'un impact réel de la pandémie auprès des premiers répondants.

Malheureusement, les difficultés de recrutement ont aussi occasionné l'abandon de certaines étapes du projet. Par exemple, des phases d'observations et de collecte de données étaient prévues à l'aide de lunettes intelligentes de captation vidéo ainsi que des *focus groups* afin d'approfondir certaines dimensions. Ceci aurait permis d'explorer davantage la réalité vécue par les premiers répondants en temps de pandémie. De futures études devraient pallier cette limite afin d'enrichir la modélisation du travail des intervenants.

Finalement, il est aussi important de souligner que le manque de documentation officielle concernant certains aspects du travail des premiers répondants a limité la réalisation d'une modélisation exhaustive du travail. En effet, certaines étapes cruciales des interventions n'ont pu être modélisées en raison d'un manque d'informations disponibles. Ainsi, plusieurs autres aspects du travail des intervenants seraient à explorer plus en détail, afin de pouvoir bien évaluer les conséquences de la pandémie sur leur performance.

7. RECOMMANDATIONS

Un des objectifs de ce projet était d'évaluer si des ajustements, des bonifications ou de nouveaux moyens pouvaient être apportés pour assurer la conformité des documents et éviter les irritants et difficultés associés au non-respect, aux oublis ou à une méconnaissance des procédures. La démarche réalisée dans le cadre de cette étude a permis d'identifier différentes recommandations qui pourraient être appliquées afin de maximiser la performance et la résilience au travail des premiers répondants dans un contexte pandémique. Ces recommandations sont inspirées des différents résultats obtenus.

7.1 Offrir des outils de soutien facilement accessibles (aux formats adéquats et aux moments nécessaires)

Plusieurs participants ont rapporté de nombreux changements au niveau des nouvelles directives et procédures à suivre relativement à la pandémie. Or, le travail des premiers répondants est teinté par l'urgence et nécessite de prendre des décisions importantes rapidement. Il est donc difficile, par la nature de leur travail, de consacrer beaucoup de temps à lire, assimiler et apprendre le contenu de documents décrivant de nouvelles mesures ou procédures.

De ce fait, nous recommandons de générer des guides spécifiques sur les outils de travail afin de rendre les intervenants plus autonomes et de les rassurer lors d'éventuels soucis. En matière de guides et d'outils de soutien, donner accès à un guide détaillé est pertinent pour recueillir l'ensemble de l'information associée à une formation. Prioriser un format simplifié ou permettre une recherche à l'information rapide est nécessaire. Certains policiers ont d'ailleurs souligné que les résumés des nouvelles mesures qu'ils gardaient directement dans leurs auto-patrouilles permettaient de simplifier leur travail. D'un point de vue plus technologique, ce format simplifié pourrait considérer, par exemple, l'intégration de raccourcis (p. ex., usage d'hyperliens et/ou d'ancrages). Il pourrait aussi être bénéfique de donner accès à de courts exemples de certaines notions afin de faciliter la compréhension de l'information et son assimilation. Dynamiser le contenu par des images qui illustrent le message à véhiculer favorise l'apprentissage et minimise la charge mentale. Ces outils devraient être mis à jour régulièrement, en fonction des changements de directives, et spécialement lorsque le travail effectué comporte des aspects légaux. Il est donc bien important de considérer le mode de fonctionnement du corps de métier lors de l'élaboration des outils, afin que ceux-ci soient bien adaptés pour chacun.

Afin de favoriser une économie cognitive — notamment lors de tâches complexes demandant des prises de décisions critiques — les intervenants doivent connaître et maîtriser suffisamment les outils afin de pouvoir les utiliser à leur plein potentiel. Pour qu'ils puissent développer un niveau d'expertise souhaitable, il est recommandé de fournir de façon proactive un accompagnement adapté. Afin de développer une certaine familiarité et une aisance pour utiliser adéquatement les outils, nous recommandons que les intervenants fassent usage des outils en formation. De ce fait, nous recommandons l'intégration d'un volet pratique dans l'offre de formation. Pour que soit facilitée l'assimilation des fonctionnalités importantes, ce volet gagnerait à être construit autour du processus et des tâches que les premiers répondants doivent accomplir.

7.2 Impliquer davantage les milieux dans l'élaboration des outils, et valider la faisabilité d'exécution des procédures

Un point pertinent retrouvé au sein de la littérature et ayant été rapporté par des participants dans ce projet concerne la non-concordance entre les nouvelles directives ou procédures et la réalité de la situation sur le terrain. En effet, Brooks et ses collègues (2020) rapportent que la non-conformité envers les comportements de protection individuelle est liée, entre autres, à la présence de consignes incohérentes dans les protocoles devant être respectés. Ce genre de comportements peut survenir lorsque les intervenants se sentent déconnectés des outils mis à leur disposition. Puisque plusieurs participants ont rapporté le manque de pertinence ou d'accessibilité des outils dans le cadre de leur travail, il serait important de consulter des intervenants sur le terrain dans le développement des outils afin d'assurer leur pertinence. De plus, ces intervenants pourraient aussi être consultés afin de valider la faisabilité et l'exécution des nouvelles directives ou procédures selon les réalités sur le terrain.

7.3 Privilégier des formations axées sur les compétences non techniques

Les situations de crise sont complexes, dynamiques et imprévisibles, imposant de grandes exigences au système de traitement de l'information. Tandis qu'une formation est nécessaire pour s'assurer que le personnel est prêt à faire face à de telles situations lorsqu'elles se présentent, les opportunités d'apprentissage basées sur l'expérience en cours d'emploi sont rares puisqu'il est impossible de prédire la nature exacte de la prochaine crise. Lors de la formation des intervenants, l'accent devrait être mis sur les compétences cognitives de haut niveau (p. ex., le leadership, le maintien de la conscience de la situation) plutôt que sur les compétences perceptives ou motrices de bas niveau. Indéniablement, un aspect majeur de la formation des intervenants est de favoriser l'acquisition de compétences non techniques, les fonctions cognitives, communes à la gestion de tout type de crise. Les compétences non techniques jouent un rôle central dans la détermination de l'efficacité de la réponse d'urgence, étant donné que les intervenants sont souvent confrontés à l'improvisation et à la prise de décision complexe.

La quantité d'informations contenue dans les nouvelles directives et procédures ainsi que la fréquence à laquelle elles sont modifiées sont susceptibles d'engendrer de la confusion chez les premiers répondants. Ceux-ci peuvent éprouver de la difficulté à déterminer celles qui doivent être priorisées et appliquées. Ainsi, une offre de formation continue devrait être envisagée, considérant les besoins des intervenants ainsi que les nouveautés et les mises à jour associées aux directives et procédures. La mise en place d'une offre de formation continue, où sont proposées des « séances de rafraîchissement » afin d'assurer l'acquisition des connaissances et des compétences, est proposée. L'élaboration et la mise en place de formations adaptées portant sur des réalités tangibles associées au travail des intervenants seraient tout à fait pertinentes et nécessaires dans ce contexte pandémique. Par exemple, il pourrait s'agir de courtes formations disponibles en ligne ou, lorsqu'un changement survient, d'un résumé rapide des points cruciaux offert par un responsable au début du quart de travail. Ceci favoriserait l'autonomisation des procédures pour les intervenants et diminuerait leur charge de travail mentale ainsi que leur niveau de stress.

7.4 Désigner une personne ressource disponible pour chaque quart de travail

Les problèmes de communication peu claire ont également été identifiés comme des problèmes majeurs dans plusieurs opérations d'urgence. Ainsi, l'échange d'informations devient une condition préalable essentielle pour faire face à différents types de catastrophes, telles une pandémie et une réponse réussie dépend beaucoup d'une communication efficace, en raison de son rôle dans la création d'une compréhension partagée. Un point important souligné par les participants concerne l'exécution, sur le terrain, des nouvelles procédures. Certains ont mentionné une inconsistance dans la manière dont les directives sont appliquées, provenant possiblement d'une disparité dans les directives données en fonction du superviseur. Afin de s'assurer du respect et de l'uniformité des mesures, une personne-ressource pourrait être désignée pour chaque quart de travail. Celle-ci pourrait être responsable du rappel des procédures et des modifications aux directives, le cas échéant. Les intervenants pourraient se référer à celle-ci pour des questions et du soutien dans la mise en place des mesures sur le terrain. Ainsi, une personne-ressource pourrait s'avérer une alliée utile afin de pallier les changements fréquents des procédures et la quantité d'informations à retenir et traiter.

8. CONCLUSION

Les premiers répondants ont été particulièrement touchés par l'arrivée de la pandémie de COVID-19 qui a nécessité des interventions diversifiées et complexes, en plus des fréquents changements dans les nouvelles directives et procédures à appliquer. En situation de crise, trois éléments cruciaux entrent en jeu lors de l'exécution des tâches : 1) la cognition et les connaissances, 2) les comportements et les compétences; 3) les attitudes et l'approche adoptée envers les tâches à réaliser. À un niveau ou un autre, ces trois éléments ont vécu des bouleversements majeurs avec l'arrivée de la pandémie.

En effet, une augmentation de la charge de travail dû à différents facteurs a été perçue par de nombreux intervenants. Le manque de personnel affligeant déjà certaines organisations, la crise sanitaire n'a fait qu'exacerber ce problème. Le nombre d'heures de travail plus élevé, la mise en place de nouvelles directives, et les changements dans la nature des interventions à réaliser ont contribué à augmenter la charge de travail des intervenants. Il en résulte une plus grande quantité d'informations à traiter ainsi qu'une hausse dans la complexité de leurs interventions. La variabilité ainsi que l'inadéquation des directives et des procédures ont aussi été soulignées comme problématiques par les premiers répondants. L'accumulation de ces différentes conditions a d'ailleurs entraîné un sentiment de frustration plus élevé chez les intervenants.

Afin d'améliorer la résilience de ces professionnels, différentes recommandations ont été formulées à partir des résultats obtenus. Celles-ci concernent principalement les outils de soutien et les formations pour mieux préparer les premiers répondants en vue d'une prochaine situation de crise.

BIBLIOGRAPHIE

- Anderson, C., Pooley, J. A., Mills, B., Anderson, E. et Smith, E. C. (2020). Do paramedics have a professional obligation to work during a pandemic? A qualitative exploration of community member expectations. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 14(3), 406-412. doi: 10.1017/dmp.2020.212
- Ayaz, H., Shewokis, P., Bunce, S., Izzetoglu, K., Willems, B. et Onaral, B. (2011). Optical brain monitoring for operator training and mental workload assessment. *NeuroImage*, 59(1), 36-47. doi: 10.1016/j.neuroimage.2011.06.023
- Banbury, S., Tremblay, S., Rousseau, R., Forbes, K. et Breton, R. (2008). Applying the Contextual Control Model (COCOM) to the identification of situation awareness requirements for tactical army commanders. *Human Factors and Ergonomics Society Annual Meetings Proceedings*, 52(19), 1402-1406. doi: 10.1177/154193120805201921
- Bates, J. (2 avril 2020). Police departments, sheriffs' offices across the U.S. grapple with COVID-19's impact on public safety, and their own. *TIME*. Tiré de <https://time.com/5812833/coronavirus-police-departments/>
- Berlin, J. M. et Carlström, E. D. (2008). The 20-minute team: A critical case study from the emergency room. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14(4), 569-576. doi: 10.1111/j.1365-2753.2007.00919.x
- Blair, A., Parnia, A. et Siddiqi, A. (2020). Testing lags and emerging COVID-19 outbreaks in federal penitentiaries in Canada. *MedRxiv*. doi: 10.1101/2020.05.02.20086314
- Blais, M. et Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1-18
- Bolstad, C., Riley, J., Jones, D. et Endsley, M. (2002). Using goal directed task analysis with army brigade officer teams. *Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society Annual Meeting*, 46, 472-476. doi:10.1177/154193120204600354
- Brooks, S. K., Greenberg, N., Wessely, S. et Rubin, G. J. (2020). Factors affecting healthcare workers' compliance with social and behavioural infection control measures during emerging infectious disease outbreaks: Rapid evidence review. *MedRxiv*. doi: 10.1101/2020.05.27.20114744
- Buick, J. E., Cheskes, S., Feldman, M., Verbeek, P. R., Hillier, M., Leong, Y. C. et Drennan, I. R. (2020). COVID-19: What paramedics need to know! *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 22(4), 426-430. doi:10.1017/cem.2020.367
- Burki, T. (2020). Prisons are "in no way equipped" to deal with COVID-19. *The Lancet*, 395(10234), 1411-1412. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30984-3
- Campedelli, G. M., Aziani, A. et Favarin, S. (2020). Exploring the immediate effects of COVID-19 containment policies on crime: An empirical analysis of the short-term aftermath in Los Angeles. *American Journal of Criminal Justice*, 46(5), 704-727. doi: 10.1007/s12103-020-09578
- Durantini, G., Gagnon, J. F., Tremblay, S. et Dehais, F. (2014). Using near infrared spectroscopy and heart rate variability to detect mental overload. *Behavioural Brain Research*, 259, 16-23. doi: 10.1016/j.bbr.2013.10.042
- Endsley, M. R. et Garland, D. J. (2000). *Situation awareness analysis and measurement*. Boca Raton, FL: CRC Press.
- Endsley, M. R. et Jones, D. G. (2016). *Designing for situation awareness: An approach to user-centered design* (2^e éd.). Boca Raton, FL: CRC press.
- Eurocontrol. (2012). Goal-Directed Task Analysis (GDTA). Tiré de <https://ext.eurocontrol.int/ehp/?q=node/1603>

- Fox, W. (1999). *Statistiques sociales* (3^e éd.). Sainte-Foy, QC: Presses de l'Université Laval.
- Ganier, F., Hoareau, C. et Devillers, F. (2013). Évaluation des performances et de la charge de travail induits par l'apprentissage de procédures de maintenance en environnement virtuel. *Le travail humain*, 76(4), 335-363. doi: 10.3917/th.764.0335
- Hageman, J. R. (2020). The coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Pediatric Annals*, 49(3), e99-e100. doi: 10.3928/19382359-20200219-01
- Hart, S. G. et Staveland, L. E. (1988). Development of NASA-TLX (Task Load Index): Results of empirical and theoretical research. *Advances in Psychology*, 52, 139-183. doi: 10.1016/S0166-4115(08)62386-9
- Hartley, T. A., Burchfiel, C. M., Fekedulegn, D., Andrew, M. E et Violanti, J. M. (2011). Health disparities in police officers: Comparisons to the U.S general population. *International Journal of Emergency Mental Health*, 13(4), 211-220.
- Haugen P. T., McCrillis, A. M., Smid, G. E. et Nijdam, M. J. (2017). Mental health stigma and barriers to mental health care for first responders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric research*, 94, 218-229. doi: 10.1016/j.jpsychires.2017.08.001
- Higginson, R., Jones, B., Kerr, T. et Ridley, A. M. (2020). Paramedic use of PPE and testing during the COVID-19 pandemic. *Journal of Paramedic Practice*, 12(6), 221-225. doi: 10.12968/jpar.2020.12.6.221
- Houghton, C., Meskell, P., Delaney, H., Smalle, M., Glenton, C., Booth, A., . . . Biesty, L. M. (2020). Barriers and facilitators to healthcare workers' adherence with infection prevention and control (IPC) guidelines for respiratory infectious diseases: A rapid qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.CD013582
- Hulett, J. (1 Mai 2020). Medical-related fraud and theft increase during COVID-19 crisis [Billet de blogue]. Tiré de <https://www.verisk.com/insurance/visualize/medical-related-fraud-and-theft-increase-during-covid-19-crisis/>
- Hunter, J., Porter, M. et Williams, B. (2020). Towards a theoretical framework for situational awareness in paramedicine. *Safety Science*, 122. doi: 10.1016/j.ssci.2019.104528
- Janssen, M., Lee, J., Bharosa, N. et Cresswell, A. (2010). Advances in multi-agency disaster management: Key elements in disaster research. *Information Systems Frontiers*, 12(1), 1-7. doi: 10.1007/s10796-009-9176-x
- Jeffri, N. F. S. et Rambli, D. R. A. (2021). A review of augmented reality systems and their effects on mental workload and task performance. *Heliyon*, 7(3). doi: 10.1016/j.heliyon.2021.e06277
- Karakul, M. et Qudrat-Ullah, H. (2008). How to improve dynamic decision making? Practice and promise. Dans H. Qudrat-Ullah, J. M. Spector et P. I. Davidsen (Édit.), *Complex decision making: Theory and practice* (p. 3-24). Berlin, Allemagne: Springer.
- Kinner, S. A., Young, J. T., Snow, K., Lopez-Acuna, D., Ferreira-Borges, C. et O'Moore, É. (2020). Prison and custodial settings are part of a comprehensive response to COVID-19. *The Lancet Public Health*, 5(4), e188-e189. doi: 10.1016/S2468-2667(20)30058-X
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York, NY: Springer.
- Leong, Y. C., Cheskes, S., Drennan, I. R., Buick, J. E., Latchmansingh, R. G. et Verbeek, P. R. (2020). Clinical considerations for out-of-hospital cardiac arrest management during COVID-19. *Resuscitation Plus*, 4, 1-5. doi: 10.1016/j.resplu.2020.100027
- Lofgren, E., Lum, K., Horowitz, A., Madubonwu, B., Myers, K. et Fefferman, N. H. (2020). The epidemiological implications of incarceration dynamics in jails for community, corrections officer, and incarcerated population risks from COVID-19. *Medrxiv*. doi: 10.1101/2020.04.08.20058842

- Margolin, J. (23 mars 2020). White supremacists encouraging their members to spread coronavirus to cops, Jews, FBI says. *ABC News*. Tiré de <https://abcnews.go.com/US/white-supremacists-encouraging-members-spread-coronavirus-cops-jews/story?id=69737522>
- Maruschak, L. M., Sabol, W. J., Potter, R. H., Reid, L. C. et Cramer, E. W. (2009). Pandemic influenza and jail facilities and populations. *American Journal of Public Health, 99*(S2), S339-S344. doi: 10.2105/AJPH.2009.175174
- Ménard, K. S. et Arter, M. L. (2013). Police officer alcohol use and trauma symptoms: Associations with critical incidents, coping, and social stressors. *International Journal of Stress Management, 20*(1), 37-56. doi: 10.1037/a0031434
- Mohler, G., Bertozzi, A. L., Carter, J., Short, M. B., Sledge, D., Tita, G. E., . . . Brantingham, P. J. (2020). Impact of social distancing during COVID-19 pandemic on crime in Los Angeles and Indianapolis. *Journal of Criminal Justice, 68*, 1-7. doi: 10.1016/j.jcrimjus.2020.101692
- Organisation mondiale de la santé. (2021). *La prévention et de la maîtrise de la COVID-19 en prison et dans d'autres lieux de détention*. Tiré de <https://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/focus-areas/prevention-and-control-of-covid-19-in-prisons-and-other-places-of-detention/faq-prevention-and-control-of-covid-19-in-prisons-and-other-places-of-detention>
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2016). Les techniques d'analyse contextualisantes, configurationnelles et systémiques. Dans P. Paillé et A. Mucchielli (Édit.), *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4^e éd., p. 161-185). Paris, France: Armand Colin.
- Poston, B. (18 mars 2020). Arrests by LAPD and Sheriff's Department drop amid coronavirus outbreak. *Los Angeles Times*. Tiré de <https://www.latimes.com/california/story/2020-03-18/lapd-arrests-crime-coronavirus-03182020>
- Programmes d'aide aux employés et services à leur famille. (31 mars 2020). Soutenir le bien-être mental et psychologique des employés(ées) durant la pandémie de la COVID-19 [Billet de blogue]. Tiré de [https://fr.fseap.ca/news/soutenir-le-bien-%C3%AAtre-mental-et-psychologique-des-employ%C3%A9s\(%C3%A9es\)-durant-la-pand%C3%A9mie-de-la-covid-19](https://fr.fseap.ca/news/soutenir-le-bien-%C3%AAtre-mental-et-psychologique-des-employ%C3%A9s(%C3%A9es)-durant-la-pand%C3%A9mie-de-la-covid-19)
- Protecteur du citoyen. (2021). *Rapport annuel d'activités 2020-2021*. Tiré de https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_annuels/2020-2021-protecteur-rapport-annuel.pdf
- Rees, B. et Smith, J. (2008). Breaking the silence: The traumatic circle of policing. *International Journal of Police Science & Management, 10*(3), 267-279. doi: 10.1350/ijps.2008.10.3.83
- Regehr, C. et Leblanc, V. R. (2017). PTSD, acute stress, performance and decision-making in emergency service workers. *The Journal of American Academy of Psychiatry and the Law, 45*(2), 184-92.
- Salmon, P. M., Stanton, N. A., Walker, G. H., Jenkins, D., Ladva, D., Rafferty, L. et Young, M. (2009). Measuring situation awareness in complex systems: Comparison of measures study. *International Journal of Industrial Ergonomics, 39*(3), 490-500. doi: 10.1016/j.ergon.2008.10.010
- Santarone, K., McKenney, M. et Elkbuli, A. (2020). Preserving mental health and resilience in frontline healthcare workers during COVID-19. *The American Journal of Emergency Medicine, 38*(7), 1530-1531. doi: 10.1016/j.ajem.2020.04.030
- Schraagen, J. M. et van de Ven, J. (2011). Human factors aspects of ICT for crisis management. *Cognition, Technology & Work, 13*(3), 175-187. doi: 10.1007/s10111-011-0175-6
- Shahzad, F., Du, J., Khan, I., Fateh, A., Shahbaz, M., Abbas, A. et Wattoo, M. U. (2020). Perceived threat of COVID-19 contagion and frontline paramedics' agonistic behaviour: Employing a Stressor–Strain–Outcome perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(14). doi: 10.3390/ijerph17145102

- Shirzad, H., Abbasi Farajzadeh, M., Hosseini Zijoud, S. R. et Farnoosh, G. (2020). The role of military and police forces in crisis management due to the COVID-19 outbreak in Iran and the world. *Journal of Police Medicine*, 9(2), 63-70. doi: 10.30505/9.2.63
- Slocum, L. A. (2010). General strain theory and the development of stressors and substance use over time: An empirical examination. *Journal of Criminal Justice*, 38(6), 1100-1112. doi: 10.1016/j.jcrimjus.2010.08.002
- Stanton, N. A. (2006). Hierarchical task analysis: Developments, applications, and extensions. *Applied Ergonomics*, 37, 55-79. doi:10.1016/j.apergo.2005.06.003
- Stogner, J., Miller, B. L. et McLean, K. (2020). Police stress, mental health, and resiliency during the COVID-19 pandemic. *American Journal of Criminal Justice*, 45(4), 718-730. doi: 10.1007/s12103-020-09548-y
- Technical Resources, Assistance Center, and Information Exchange. (2017). *EMS infectious disease playbook*. Tiré de <https://files.asprtracie.hhs.gov/documents/aspr-tracie-transport-playbook-508.pdf>
- Thomas, D. R. (2006). A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. *American Journal of Evaluation*, 27(2), 237-246. doi: 10.1177/1098214005283748
- Wichman, H. et Oyasato, A. (1983). Effects of locus of control and task complexity on prospective remembering. *Human Factors*, 25(5), 583-591. doi: 10.1177/001872088302500512
- Zhang, C. et Yu, X. (2010). Estimating mental fatigue based on electroencephalogram and heart rate variability. *Polish Journal of Medical Physics and Engineering*, 16(2), 67-84. doi: 10.2478/v10013-010-0007-7
- Zolnikov, T. R. et Furio, F. (2020). First responders and social distancing during the COVID-19 pandemic. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 31(1-4), 244-253. doi: 10.1080/10911359.2020.1811826

ANNEXE A : QUESTIONNAIRE

Analyse du travail des premiers répondants en gestion de crise pandémique : Maximiser la performance et la résilience

Depuis le mois de mars, nous faisons face à la pandémie de la COVID-19. Cette urgence sanitaire a considérablement modifié les habitudes de l'ensemble de la population et touche toutes les sphères de nos vies.

Ce questionnaire porte sur vos expériences de travail en temps de crise pandémique.

Données sociodémographiques

1. À quel sexe vous identifiez-vous?
 - Homme
 - Femme
 - Je préfère ne pas répondre

2. Indiquez votre âge :
 - (Menu déroulant entre 18 et 70 ans)

3. À quel poste de police êtes-vous affiliés? (Veuillez laisser la case vide si vous ne souhaitez pas répondre à cette question)

4. Quel est votre titre/fonction dans ce secteur d'intervention?

5. Combien d'années d'expérience avez-vous dans le domaine?
 - 1 an et moins
 - Entre 1 et 3 ans
 - Entre 3 et 5 ans
 - Entre 5 et 10 ans
 - 11 ans et plus

Les questions suivantes portent sur les nouvelles formations, directives, procédures ou mesures à suivre que vous avez reçues depuis le début de la pandémie.

6. Depuis le début de la pandémie, avez-vous reçu de nouvelles formations en lien avec la façon de procéder lors de vos interventions?
 - Oui
 - Non

7. Combien de temps total ont duré cette ou ces formations?
- Moins de 1 heure
 - De 1 heure à 2 heures
 - De 2 à 3 heures
 - De 3 à 4 heures
 - Plus de 4 heures
8. Depuis le début de la pandémie, avez-vous reçu de nouvelles directives, procédures ou mesures à suivre en lien avec la façon de procéder lors de vos interventions?
- Oui
 - Non
9. Combien de temps total avez-vous consacré à l'apprentissage de ces formations, procédures ou protocoles?
- Moins de 1 heure
 - De 1 heure à 2 heures
 - De 2 à 3 heures
 - De 3 à 4 heures
 - Plus de 4 heures
- i. Spécifiez _____
10. Avez-vous eu l'occasion de pratiquer ou réviser ces nouvelles directives, procédures ou mesures à suivre avant de devoir les appliquer en contexte d'intervention?
- Oui
 - Non
11. Trouvez-vous que vous avez eu suffisamment de temps pour pratiquer ou réviser ces nouvelles directives, procédures ou mesures à suivre avant de devoir les appliquer en contexte d'intervention?
- Oui
 - Non
12. Combien de temps auriez-vous aimé avoir pour pratiquer ou réviser ces nouvelles directives, procédures ou mesures à suivre avant de devoir les appliquer en contexte d'intervention?
- Moins de 1 heure
 - Entre 1 heure ou 2 heures
 - Entre 2 et 3 heures
 - Entre 3 et 4 heures
 - Plus de 4 heures

13. À quelle fréquence ces nouvelles directives, procédures ou mesures ont-elles changées ou ont-elles été modifiées depuis le début de la pandémie?

- Jamais, elles sont restées les mêmes depuis le début
- Une seule fois
- Deux fois
- Trois fois
- Elles ont changé plus de trois fois
 - i. Spécifiez combien de fois _____

Les questions suivantes portent sur les différents outils (aide-mémoire, grille, liste de vérification, documentation, etc.) que vous avez reçus depuis le début de la pandémie.

14. Avez-vous des outils (aide-mémoire, grille, liste de vérification, documentation, etc.) pour vous aider à vous remémorer les formations, nouvelles directives, procédures ou mesures mises en place depuis le début de la pandémie?

- Oui
- Non

15. Concernant ces outils (aide-mémoire, grille, liste de vérification, documentation, etc.), sélectionnez la réponse qui s'applique :

- Je n'utilise pas d'outils même si certains sont disponibles, car je n'en ai pas besoin
- J'utilise ceux fournis par mon organisation
- J'utilise ceux que j'ai faits moi-même
- J'utilise ceux fournis par mon organisation ET ceux que je me suis faits moi-même

Ces outils (aide-mémoire, grille, liste de vérification, documentation, etc.) sont-ils facilement accessibles, sont-ils à votre disposition immédiate lors de vos interventions?

- Oui
- Non

16. Quelle est, selon vous, l'importance de ces outils lors de vos interventions? Sont-ils inutiles, inefficaces et de faible importance ou sont-ils plutôt pratiques, efficaces et d'importance élevée?

1 = Importance faible

9 = Importance élevée

- Votre réponse : 1-2-3-4-5-6-7-8-9

17. En lien avec votre réponse précédente, pourquoi diriez-vous que les outils aident ou n'aident pas à votre processus d'intervention?

(Par exemple : ils aident à structurer l'intervention, le nombre trop élevé de procédures nuit aux interventions, etc.) _____

18. Quels types d'outils aimeriez-vous avoir ou trouveriez-vous utiles lors de vos interventions?

19. Trouvez-vous qu'il y a assez de personnel au sein de votre organisation pour répondre à tous les besoins d'intervention engendrés par la pandémie?

- Oui
- Non

20. Selon vous, votre charge de travail a-t-elle augmenté depuis le début de la pandémie? Si oui, à quel niveau, de quelle façon? Sélectionnez toutes les réponses appropriées.

- Ma charge de travail n'a pas augmenté
- Le nombre d'heures de travail que je dois effectuer a augmenté
- La nature des interventions que je dois performer a changé
- Le nombre de formation auquel je dois participer a augmenté
- Les nouvelles directives que je dois suivre ont augmenté
- Autres
 - Si vous avez répondu Autres à la question précédente, veuillez spécifier :

Les questions suivantes portent sur votre travail dans la situation actuelle (en temps de crise pandémique) comparativement à votre travail avant la crise pandémique. S'il n'y a aucun changement, veuillez choisir le numéro '5'

21. Depuis le début de la pandémie, est-ce que le niveau d'attention mentale et intellectuelle requis dans l'exercice de vos fonctions (p. ex., réflexion, décision, analyse, mémorisation, observation, recherche, etc.) est plus faible ou plus élevé?
Par exemple, vos tâches sont-elles plus simples, nécessitant moins d'attention (faible) ou plus complexes, nécessitant plus d'attention (élevé)?

1 = Faible

5 = Aucun changement

9 = Élevé

- Votre réponse : 1-2-3-4-5-6-7-8-9

22. Depuis le début de la pandémie, est-ce que le niveau de pression temporelle ressenti dans l'exercice de vos fonctions est plus faible ou plus élevé?

Par exemple, est-ce que vous vous sentez moins pressé par le temps quand vous accomplissez vos tâches (faible) ou plus pressé par le temps (élevé)?

1 = Faible

5 = Aucun changement

9 = Élevé

- Votre réponse : 1-2-3-4-5-6-7-8-9

23. Depuis le début de la pandémie, est-ce que votre capacité mentale dans l'exercice de vos fonctions est plus faible ou plus élevée?
Par exemple, est-ce que vous sentez que vous devez faire un effort mental supplémentaire pour accomplir vos tâches (capacité mentale plus faible) ou est-ce que vous sentez que votre capacité mentale est plus grande et que vous pouvez gérer plusieurs variables en même temps (élevé)?

1 = Faible
5 = Aucun changement
9 = Élevé

- Votre réponse : 1-2-3-4-5-6-7-8-9

24. Depuis le début de la pandémie, devez-vous traiter (recevoir et comprendre) une plus petite quantité d'informations dans l'exercice de vos fonctions (faible), ou devez-vous traiter une plus grande quantité d'informations (élevé)?

1 = Faible
5 = Aucun changement
9 = Élevé

- Votre réponse : 1-2-3-4-5-6-7-8-9

25. Depuis le début de la pandémie, est-ce que vous ressentez que votre niveau de vigilance est plus faible dans l'exercice de vos fonctions ou est-ce que vous ressentez que vous êtes plus alerte?

1 = Faible
5 = Aucun changement
9 = Élevé

- Votre réponse : 1-2-3-4-5-6-7-8-9

26. Depuis le début de la pandémie, est-ce que vous sentez que votre taux de réussite (atteinte des objectifs) dans l'exercice de vos fonctions est plus faible ou est-ce que votre taux de réussite est plus élevé?

1 = Faible
5 = Aucun changement
9 = Élevé

- Votre réponse : 1-2-3-4-5-6-7-8-9

27. Depuis le début de la pandémie, avez-vous l'impression que votre niveau d'anxiété est plus faible dans l'exercice de vos fonctions ou est-ce qu'il a augmenté (élevé)?

1 = Faible
5 = Aucun changement
9 = Élevé

- Votre réponse : 1-2-3-4-5-6-7-8-9

28. Depuis le début de la pandémie, est-ce que votre niveau de frustration dans l'exercice de vos fonctions est plus faible (vous vous sentez satisfait) ou est-ce qu'il est plus élevé (vous vous sentez plutôt irrité)?

1 = Faible

5 = Aucun changement

9 = Élevé

○ Votre réponse : 1-2-3-4-5-6-7-8-9

29. Depuis le début de la pandémie, est-ce que la situation lors de vos interventions est stable et constante (faible) ou est-ce qu'elle est plutôt très instable et susceptible de changer soudainement (élevé)?

1 = Faible

5 = Aucun changement

9 = Élevé

○ Votre réponse : 1-2-3-4-5-6-7-8-9

30. Depuis le début de la pandémie, est-ce que la situation lors de vos interventions est facile et évidente (faible) ou est-ce qu'elle est plus complexe avec plusieurs composantes interdépendantes (élevé)?

1 = Faible

5 = Aucun changement

9 = Élevé

○ Votre réponse : 1-2-3-4-5-6-7-8-9

31. Depuis le début de la pandémie, est-ce que le nombre de facteurs qui peuvent changer et varier lors de vos interventions est faible, ou est-ce que le nombre de facteurs qui peuvent changer et varier est élevé?

1 = Élevé

5 = Aucun changement

9 = Élevé

○ Votre réponse : 1-2-3-4-5-6-7-8-9

32. Depuis le début de la pandémie, est-ce que votre niveau de familiarité avec les interventions que vous devez effectuer est bas (il s'agit de nouvelles situations, donc niveau de familiarité faible) ou est-ce que vous êtes familier avec les interventions (élevé)?

1 = Faible

5 = Aucun changement

9 = Élevé

○ Votre réponse : 1-2-3-4-5-6-7-8-9

Merci pour votre participation