

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN ÉTUDES RÉGIONALES

par

Danielle Brasset

Comprendre le passé pour mieux vivre le présent...

Les réactions des intervenants psychosociaux à la suite de l'application des mesures
d'urgence

Juin 1999



Mise en garde/Advice

Afin de rendre accessible au plus grand nombre le résultat des travaux de recherche menés par ses étudiants gradués et dans l'esprit des règles qui régissent le dépôt et la diffusion des mémoires et thèses produits dans cette Institution, **l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)** est fière de rendre accessible une version complète et gratuite de cette œuvre.

Motivated by a desire to make the results of its graduate students' research accessible to all, and in accordance with the rules governing the acceptance and diffusion of dissertations and theses in this Institution, the **Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)** is proud to make a complete version of this work available at no cost to the reader.

L'auteur conserve néanmoins la propriété du droit d'auteur qui protège ce mémoire ou cette thèse. Ni le mémoire ou la thèse ni des extraits substantiels de ceux-ci ne peuvent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

The author retains ownership of the copyright of this dissertation or thesis. Neither the dissertation or thesis, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

RÉSUMÉ

À l'aube de ce nouveau millénaire, les individus et les collectivités semblent de plus en plus menacés par des catastrophes de toute sorte. Les situations de sinistre sont davantage portées à l'attention des intervenants sociaux qui sont interpellés afin de donner des services psychosociaux aux populations victimes. Les travailleurs œuvrent alors dans des circonstances particulières qui peuvent constituer une menace à leur équilibre dynamique.

Cette recherche de type exploratoire permet de mieux comprendre ce qu'implique pour les intervenants sociaux le travail dans le cadre de mesures d'urgence. Elle documente les difficultés inhérentes au travail et les facteurs de risque auxquels sont exposés les intervenants. Elle rend également plus visibles les répercussions de cette intervention sur la santé biopsychosociale des intervenants. À cet effet, l'approche écologique de la santé, par son aspect systémique, permet de mieux saisir la complexité des interactions entre l'individu et son environnement de travail.

Les résultats confirment qu'une telle expérience de travail, en plus de générer un surcroît de stress chez la plupart des intervenants, risque de devenir une menace pour leur santé biopsychosociale, lorsque les mécanismes d'adaptation utilisés pour affronter les difficultés d'ordre situationnel, organisationnel et personnel sont inadéquats. Il s'avère donc essentiel pour les intervenants et les gestionnaires de développer des stratégies qui permettront de diminuer les facteurs de risque auxquels sont confrontés ces professionnels et d'augmenter les facteurs de robustesse.

Les données recueillies lors de cette étude fournissent des paramètres permettant de définir un contexte et des conditions favorables pour mettre en place des services efficaces et adaptés, non pas seulement aux populations victimes de désastres, mais aussi aux intervenants qui côtoient quotidiennement les personnes sinistrées pendant et après la crise. Les principales recommandations concernent les mécanismes de communication, la structure organisationnelle, les problèmes reliés aux conditions et à l'environnement de travail ainsi que la gestion du stress.

AVANT-PROPOS

Je tiens à exprimer ma plus vive reconnaissance à Mesdames Suzie Robichaud et Danielle Maltais qui, en plus de me supporter, me conseiller et m'accompagner dans cette démarche, m'ont transmis le souci de la rigueur scientifique. Vos exigences, votre disponibilité ainsi que votre grande générosité méritent toute ma gratitude et ce, sans conditions.

Une recherche comme celle-ci ne pourrait se réaliser sans l'inestimable collaboration des informatrices et informateurs. Je remercie grandement les intervenantes et intervenants psychosociaux qui m'ont gratuitement fait don de leur précieuse expérience.

Je suis également très reconnaissante à l'égard de madame Line Villeneuve pour sa contribution à la mise en page de ce document.

Enfin, je tiens à souligner qu'un tel parcours s'est réalisé en ravissant de nombreuses heures à ma famille. À cet égard, je remercie Roger, mon compagnon de route depuis près de trente ans, ainsi que nos enfants. Par leur attitude, ils ont contribué à développer mes sentiments de compétence et de détermination.

TABLE DES MATIÈRES

	Page
RÉSUMÉ	i
AVANT-PROPOS.....	ii
TABLE DES MATIÈRES.....	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	v
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I: LA MISE EN CONTEXTE.....	7
A - Les sinistres.....	8
B - Les inondations du Saguenay.....	9
C - Les circonstances de l'intervention.....	12
D - Les intervenants psychosociaux et l'application des mesures d'urgence.....	14
E - L'intervention psychosociale dans le cadre des mesures d'urgence	19
CHAPITRE II: LA REVUE DES ÉCRITS.....	27
A - Les conséquences d'un sinistre sur les intervenants.....	28
B - Les facteurs de vulnérabilité.....	37
C - La gestion du stress.....	46

CHAPITRE III: UN CADRE RE RÉFÉRENCE ET UNE MÉTHODOLOGIE....52

A -	Un cadre de référence: l'approche écologique de la santé.....	53
B -	Définition des concepts.....	59
C -	Une méthodologie.....	68

CHAPITRE IV: LA PRÉSENTATION, L'ANALYSE ET L'INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS..... 73

A -	La présentation et l'analyse des résultats.....	74
B -	L'interprétation des résultats.....	107
C -	Les recommandations.....	118

CONCLUSION.....	126
------------------------	------------

BIBLIOGRAPHIE.....	132
---------------------------	------------

ANNEXES:.....

A -	Le modèle écologique de la santé.....	146
B -	Le protocole d'entrevue.....	148
C -	Formulaire de consentement.....	156
D -	Chronologie des étapes de l'intervention psychosociale selon les phases d'un sinistre.....	158

LISTE DES TABLEAUX

1 -Caractéristiques sociodémographiques des répondants.....	76
2 - Éléments de satisfaction à l'égard du travail accompli.....	84
3 - Difficultés rencontrées par les intervenants lors de l'application des mesures d'urgence...	86
4 - Qualités requises chez les intervenants pour intervenir efficacement en mesures d'urgence	92
5- Conséquences de l'engagement en mesures d'urgence au plan personnel.....	96
6 - Conséquences de l'engagement en mesures d'urgence au plan professionnel.....	98
7 - Moyens utilisés par les intervenants pour gérer le stress pendant la crise.....	103
8 - Facteurs de robustesse et facteurs de risque pour le déterminant « événement »	115
9 - Facteurs de robustesse et facteurs de risque pour le déterminant « travail ».....	116
10- Facteurs de robustesse et facteurs de risque pour le déterminant « intervenant »....	117

INTRODUCTION

Le Québec, à l'instar des autres pays, est de plus en plus touché par de graves sinistres. Les médias nous rapportent fréquemment des catastrophes majeures touchant des quartiers et des communautés entières. Pour se rappeler les plus récentes, pensons à la tempête de verglas de la région de Montréal à l'hiver 1997, aux inondations du Saguenay à l'été 1996 et aux territoires dévastés par l'ouragan Mitch en Amérique centrale à l'automne 1998. À cela s'ajoutent les accidents graves qui font des morts et des blessés par dizaines: accident d'autobus aux Éboulements, écrasement d'avion en Nouvelle-Écosse, tueries à l'école polytechnique et dans les écoles primaires et secondaires aux États-Unis, etc. Tous ces événements font vivre aux populations et aux intervenants de fortes émotions, en plus de causer des dommages humains et matériels considérables.

La Loi québécoise sur la protection des personnes et des biens définit un sinistre comme:

un événement grave, réel ou attendu prochainement, causé par un incendie, un accident, une explosion, un phénomène naturel ou une défaillance technique découlant d'une intervention humaine ou non qui, par son ampleur, cause ou est susceptible de causer la mort de personnes, une atteinte à leur sécurité ou à leur intégrité physique ou des dommages attendus aux biens (MSSS, 1992:14).

C'est donc un événement anormalement douloureux qui suscite un sentiment

d'impuissance, peut comporter une menace pour la vie et entraîner des pertes matérielles et émotionnelles significatives (MSSS, 1990). Cette situation hors de l'ordinaire a des conséquences importantes sur les communautés et exige une mobilisation de plusieurs acteurs provenant de milieux différents et ayant des expertises diverses. Un sinistre perturbe le déroulement normal des activités, provoque un déséquilibre dans la communauté et requiert des individus un processus d'adaptation.¹

Il est évident qu'un sinistre, quels que soient son ampleur et les dommages qu'il occasionne, bouleverse la vie des personnes qui en sont victimes. Tout comme la population sinistrée, les intervenants sociaux qui travaillent à l'application des mesures d'urgence se retrouvent dans des conditions de vie particulières; ils sont amenés à modifier leurs interventions et leur engagement habituels tant aux plan personnel que professionnel. À cet égard, l'impact psychologique d'un désastre chez les individus et les intervenants est reconnu par plusieurs chercheurs (Mitchell et Everly, 1993; Corneil, 1989; Mitchell, 1988). Tous s'accordent à dire que les individus et les intervenants victimes d'un sinistre vivent une augmentation significative de leur niveau de stress qui peut provoquer l'apparition de

¹ Selon le MSSS (1994) les principales caractéristiques d'un sinistre sont les suivantes:

- grand nombre de personnes affectées;
- complexité de l'événement;
- extrême urgence de l'action;
- grande quantité de ressources à investir;
- débordement des cadres d'intervention habituels;
- réalisation de tâches non familières;
- mise sur pied de nouvelles structures de réponses;
- mobilisation et coordination de ressources humaines non habituées à travailler ensemble dans un tel contexte.

problèmes biopsychosociaux, comme par exemple le syndrome de stress post-traumatique. Ils sont également unanimes à dire que plus on intervient rapidement et adéquatement, meilleures sont les chances pour les personnes de retrouver leur équilibre dynamique.

Si les recherches auprès des victimes se sont multipliées au cours des vingt dernières années, il en est tout autrement en ce qui concerne les intervenants. Les recherches portant sur les conséquences des sinistres sur la santé globale des intervenants psychosociaux se font plus rares. Même si plusieurs auteurs (Mitchell et Everly, 1993; McFarlane, 1988; Laube et Murphy, 1985; Lamontagne, 1983; Mitchell, 1982) ont étudié les réactions du personnel opérationnel, plus spécifiquement les pompiers, les policiers et les soignants bénévoles ou rémunérés engagés dans les secours directs aux sinistrés, très peu d'études ont analysé les réactions du personnel affecté exclusivement aux services psychosociaux. Mentionnons que ceux-ci n'ont été impliqués que très récemment dans la structure officielle des services d'urgence. Au Québec, ce n'est que depuis les années 1990 que l'on a ajouté le volet des services psychosociaux dans l'organisation des interventions sociosanitaires dans le cadre des mesures d'urgence (MSSS, 1994).

Cette recherche exploratoire de type qualitatif dont nous présentons les résultats dans cet essai, tente de comprendre les réactions des intervenants qui travaillent à la mise en place et à l'application des interventions psychosociales dans le cadre des mesures d'urgence lors d'un sinistre. Elle a pour objectif d'améliorer les connaissances sur les conséquences des inondations de juillet 1996 sur la santé biopsychosociale des intervenants qui ont assuré un

soutien aux personnes sinistrées pendant et après la crise. Cette recherche veut aussi identifier les difficultés vécues par ces intervenants en regard de leur engagement auprès des sinistrés. À la suite de l'analyse de leurs conditions, il est alors possible de dégager les principaux facteurs de risque auxquels sont exposés les intervenants psychosociaux qui travaillent auprès des populations victimes d'un sinistre.

À travers la tragédie qui s'est produite dans la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean en juillet 1996, le premier chapitre situe les interventions psychosociales dans le contexte des mesures d'urgence et présente le travail des intervenants psychosociaux auprès des populations sinistrées. Le deuxième chapitre, la revue des écrits, à partir de sources documentaires, traite principalement des conséquences du travail en situation d'urgence sur la santé des intervenants. À cet égard, les facteurs de vulnérabilité et les moyens utilisés pour gérer le stress permettent de comprendre les réactions des intervenants à la suite d'une augmentation significative de leur niveau de stress. Le troisième chapitre présente le cadre conceptuel de la recherche et apporte des informations sur la méthodologie retenue. Enfin, le quatrième chapitre livre l'analyse et l'interprétation des données et formule des recommandations.

En regard de la présente étude, il apparaît important que les organismes responsables du déploiement des mesures d'urgence, et plus particulièrement les établissements du réseau de la santé et des services sociaux du Québec, puissent mieux comprendre ce que vivent les intervenants lorsqu'ils travaillent en situation de mesures d'urgence. Ainsi, ils pourront mieux

les préparer et mieux les supporter afin qu'ils interviennent adéquatement et de façon sécuritaire pour leur santé. À cet effet, les recommandations émises à la suite de cette étude sont de deux ordres. Certaines traitent de la prévention des problèmes de santé mentale et de la protection des travailleurs, alors que les autres abordent la préparation et l'opérationnalisation des interventions lors de sinistres.

CHAPITRE I
LA MISE EN CONTEXTE

CHAPITRE I

LA MISE EN CONTEXTE

À moins de rattacher les connaissances aux sentiments, il est improbable qu'on puisse avoir une influence sur le comportement.

Mario Fantini

A - LES SINISTRES

Les sinistres constituent une réalité à laquelle nous sommes de plus en plus confrontés et leur augmentation en nombre et en gravité ne semble pas être uniquement le fait du hasard. Dufour (1997) souligne que le réchauffement de la planète provoque des changements climatiques importants. L'effet de serre, associé à l'activité humaine, déclenche des catastrophes naturelles souvent imprévisibles, violentes et destructrices dont les conséquences sur la population, tant au plan humain, environnemental que matériel, sont graves. Pour sa part, Proulx (1997) signale que les désastres naturels sont en constante progression. Qu'ils se produisent dans notre entourage immédiat ou dans un environnement éloigné, qu'ils soient

d'origine naturelle, technologique ou humaine, il ne fait aucun doute que les sinistres affectent les communautés qui les subissent et ont un impact considérable sur les personnes qui en sont victimes. Ils occasionnent un surcroît de stress et constituent une menace à l'équilibre mental et affectif des victimes et des travailleurs de la communauté. Sinistrés comme intervenants peuvent en ressentir les répercussions à court, moyen et long terme.

Les différentes catastrophes, comme celle du Saguenay, soulèvent certes un élan de solidarité, mais exigent la mobilisation d'une multitude d'intervenants appelés à travailler pendant des périodes plus ou moins longues auprès des victimes, de façon rémunérée ou non. Dans cette optique, il s'avère pertinent de réfléchir à l'expérience des intervenants qui assurent des services psychosociaux dans ces circonstances particulières.

B - LES INONDATIONS AU SAGUENAY — LAC-SAINT-JEAN

Les 19 et 20 juillet 1996, le Saguenay—Lac-Saint-Jean est touché par un désastre naturel sans précédent. Une pluie diluvienne causant des débordements de lacs et de rivières occasionne des dommages considérables aux résidents et à l'environnement: deux enfants trouvent la mort dans leur résidence; 17 000 personnes sont évacuées de leur domicile pour une période de quelques jours à plusieurs mois. Plus de 1 000 résidences sont détruites en totalité ou en partie. Les pertes économiques sont évaluées à plus d'un milliard de dollars. Toute la population régionale est consternée et plusieurs personnes sont en état de choc.

Un tel événement alerte plusieurs ministères à qui on fait appel dans l'organisation de la sécurité civile du Québec (OSCQ) et nécessite la mise en branle des mesures d'urgence du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Différentes structures, tant au niveau provincial, régional que municipal sont mises sur pied afin d'assurer à la population des services efficaces, rapides et adéquats. Cette situation commande, entre autres, la mobilisation du personnel de la Régie régionale de la santé et des services sociaux, des centres locaux de services communautaires et de certains centres hospitaliers.

Une étroite collaboration entre les différents acteurs sociaux (travailleurs de l'armée, des municipalités, des institutions de santé et des services sociaux ainsi que des bénévoles) a permis d'organiser rapidement les services d'urgence. Des centaines d'intervenants de tous les milieux ont donc été interpellés dans cette période de désorganisation afin de venir en aide aux communautés affectées.

Un sinistre d'une aussi grande ampleur, en plus de réclamer des ressources humaines, matérielles et financières importantes, a des impacts considérables sur l'ensemble de la communauté. Les inondations destructrices ont créé un climat de tension et même de terreur chez la population entière, qu'elle soit sinistrée ou non. Les intervenants des différents secteurs, au même titre que la population, ont vécu dans cette atmosphère d'angoisse qui a perduré dans certains cas pendant plusieurs mois.

L'évacuation massive des individus et leur séjour dans des centres de services aux sinistrés constituent une épreuve particulièrement difficile pour la majorité des victimes et une expérience nouvelle et insécurisante pour les intervenants. Quoique les personnes sinistrées soient touchées de façon très variable, tant par les pertes subies que par les inconvénients occasionnés, les besoins psychosociaux se sont avérés considérables. Pour plusieurs victimes, l'événement a causé un choc post-traumatique grave (Maltais et *al*, 1998). Afin de répondre aux besoins psychosociaux des populations fragilisées, différents services et activités ont été organisés. Des réunions d'information, des séances de verbalisation, des activités d'écoute, de soutien et d'accompagnement ainsi que des interventions cliniques ayant pour objectif de minimiser les séquelles psychologiques ont été mises sur pied pendant et après le sinistre dans les centres d'hébergement, dans les CLSC et dans les organismes communautaires. Étant donné la diversité et l'inégalité des pertes significatives, le retour à la vie normale s'est fait de façon graduelle et très variable dans le temps (Maltais et *al*, 1998).

Pendant les mois qui suivirent les inondations, une grande partie de la population touchée a vécu dans des conditions précaires tant au plan matériel que psychosocial et les travailleurs des services d'urgence ont vu leurs conditions de travail être modifiées considérablement. Au plus fort de la crise, les différents organismes tels que les CLSC ont affecté la majorité de leurs ressources au travail d'urgence, n'assumant que les services essentiels à leur population régulière. Plusieurs intervenants psychosociaux se sont impliqués à l'intérieur du processus de l'application des mesures d'urgence. La plupart avaient une formation de base dans ce domaine. Toutefois, très peu avaient l'expérience professionnelle de

ce genre de situation et aucun n'avait eu à travailler dans un tel contexte. Possédant une longue expérience dans les services psychosociaux courants, et munis d'une bonne connaissance des populations du territoire, les intervenants sociaux ont dû développer leur expertise en mesures d'urgence psychosociale au fur et à mesure des événements.

C - LES CIRCONSTANCES DE L'INTERVENTION

Dans le contexte du processus de l'application des mesures d'urgence, les intervenants sociaux, à l'instar des autres instances, doivent modifier passablement leur façon de travailler. De façon habituelle, les intervenants sociaux œuvrant en CLSC accueillent des gens en difficulté qui font appel à leurs services professionnels. Ils répondent selon leur domaine de spécialisation aux demandes que leur adressent des individus aux prises avec des problèmes psychosociaux. Lors d'un sinistre, les intervenants changent leur manière d'aborder le travail, car ils passent d'une approche de réponse de services à une approche d'offre de services. Ils se doivent alors d'être proactifs, c'est-à-dire d'aller vers les gens, d'analyser leurs besoins et d'y répondre, avant même que les individus en fassent la demande. Cette démarche de proactivité peut être pénible pour certains, puisqu'elle exige d'aller à l'encontre de leur façon de faire habituelle.

Une autre modification importante dans la tâche concerne le type d'intervention. En plus de la nécessité de se sentir en sécurité, les personnes sinistrées ont un grand besoin

d'exprimer leurs émotions. Les intervenants doivent favoriser le processus de verbalisation sans entamer de travail thérapeutique. Ceux qui sont habitués à utiliser la thérapie comme mode d'intervention peuvent avoir de la difficulté à se limiter à de l'écoute. Les liens entre ce qui se passe actuellement et ce qui a été vécu antérieurement par la personne n'ont pas à être investigués, en intervention de crise. À certains moments, les intervenants doivent donc utiliser différemment leurs apprentissages et de leurs expériences antérieures, et appliquer une approche qui leur est moins familière.

Le contexte de travail constitue également un nouvel élément. Généralement, les intervenants sociaux exercent leurs fonctions dans un environnement connu et dans une ambiance sécurisante. Ils ont une grande autonomie professionnelle qui leur donne une marge de manœuvre dans la gestion de leur temps et la répartition de leur charge de travail. En situation de sinistre, ils disposent de peu de latitude. Ils ont à répondre rapidement à une série de demandes ponctuelles et à des exigences diversifiées dans un cadre inconnu. De plus, ils ont à travailler en étroite collaboration avec différents acteurs ayant une formation et une culture différentes.

En situation d'urgence, les intervenants doivent composer avec des circonstances inhabituelles. Ils doivent restructurer leur approche, changer leur type d'intervention, modifier leur horaire de travail, évoluer dans un contexte inconnu et œuvrer dans un environnement différent et pas toujours adéquat, avec de nouveaux collègues provenant d'institutions diverses. Toutes ces modifications sollicitent les capacités adaptatives des intervenants et

exigent des stratégies de réorganisation au plan professionnel et personnel. À toutes ces perturbations s'ajoutent la fatigue, le stress et la présence constante des médias à l'affût d'événements ou de faits à exploiter.

De plus, dans de telles circonstances, la communication est souvent chaotique et la situation est propice à des rumeurs de tout acabit. Les intervenants ont un rôle important dans la transmission d'informations justes, précises et claires, tant pour le bien-être des personnes sinistrées que pour celui de la communauté. Pendant et après un sinistre, la situation évolue rapidement et les besoins changent constamment. Les interventions doivent être planifiées à très court terme. Le travail en mesures d'urgence requiert donc beaucoup de souplesse et d'ouverture de la part des travailleurs puisqu'il doit être ajusté au fur et à mesure des événements. Tous ces éléments peuvent constituer pour les intervenants des sources de stress importantes et peuvent avoir des conséquences sur leur santé biopsychosociale.

D - LES INTERVENANTS PSYCHOSOCIAUX ET L'APPLICATION DES MESURES D'URGENCE

Le personnel qui intervient en situation de désastre est lui aussi momentanément plongé dans un climat de désorganisation. Plusieurs chercheurs (Mitchell, 1993; Laube-Morgan, 1992; Lamontagne, 1983) affirment que les intervenants, en plus de vivre les mêmes réactions psychologiques que les personnes sinistrées, sont affectés par le stress professionnel

engendré par les conditions de travail en situation de catastrophe. Intervenir en mesures d'urgence nécessite, en plus d'une solide formation, une très grande capacité d'adaptation. Même si certaines habiletés acquises dans la pratique traditionnelle sont très utiles, d'autres peuvent entraver l'aide.

Selon Quevillon et Jacobs (1992),

La condition essentielle pour fournir des services de qualité est de rompre avec les méthodes et les modèles cliniques traditionnels. Quoique certains apprentissages acquis lors de la formation peuvent être utiles en situation de désastre (ex. entrevues non directifs, évaluation de l'état mental), d'autres concepts et manières de pensée peuvent nuire à l'intervention post-traumatique (1992 :404), (traduction de l'auteur).

Lors de l'application des mesures d'urgence, les intervenants sociaux doivent être polyvalents et assumer différentes fonctions; cela exige de leur part de la souplesse. « La flexibilité dans les rôles est aussi une caractéristique nécessaire des travailleurs en santé mentale lors d'un sinistre » (Quevillon et Jacobs, 1992:405), (traduction de l'auteur). Ils ont un rôle important à jouer tant au plan clinique que non clinique.

Contrairement à l'objectif des interventions cliniques traditionnelles, l'objectif de l'intervention en mesures d'urgence est réduit. Dans un premier temps, le travail thérapeutique se limite à l'écoute empathique. Les intervenants accueillent les personnes sinistrées et les soutiennent dans leur processus individuel de verbalisation. « Le support, le réconfort, l'accompagnement direct et l'assistance sont les techniques privilégiées. Quevillon et Jacobs, (1992:405), (traduction de l'auteur).

Les intervenants se doivent de maîtriser plusieurs types de techniques: techniques cognitives et behavioristes, résolution de problème, réduction du stress, stratégies d'accompagnement des endeuillés, et advocacy. Pour Tierney et Baisden (1979), le travail en situation d'urgence va plus loin que les services habituellement donnés. En plus des fonctions faisant appel aux techniques emphatiques et aux techniques de support, plusieurs autres rôles peuvent être joués par les intervenants. Ils peuvent se retrouver avec des tâches non cliniques qui sont tout aussi thérapeutiques en ce sens qu'elles sont aidantes pour les sinistrés (servir des repas, offrir un café, accomplir du travail de bureau, etc.). Ils doivent aborder les personnes sinistrées, leur fournir un soutien tangible et tenir le rôle de *bon compagnon*. Ces mêmes auteurs précisent que le fait de participer à ce genre de tâches permet d'identifier les intervenants psychosociaux comme membres à part entière de l'équipe des mesures d'urgence.

Il revient également aux intervenants de diffuser l'information exacte dans un contexte où le cahot est omniprésent et les risques de désinformation amplifiés. Ils peuvent contrer la mauvaise information et réajuster les interprétations que font certains individus des événements (ex. punition de Dieu). Bien que la compréhension de la signification et de la portée d'un événement stressant ne puisse pas éliminer la sensation de détresse, elle rendra l'événement plus significatif et plus acceptable. Pour Ghadirian (1984), la foi et les valeurs culturelles peuvent fournir certaines explications et un sens à la vie. Une autre tâche dévolue aux intervenants consiste à informer les survivants de la normalité de leurs réactions et ainsi les rassurer. À cet effet, une connaissance de base des réactions en situation de sinistre est

essentielle pour la réussite des interventions psychosociales.

Un désastre est très perturbateur pour l'ensemble de la communauté. En l'occurrence, le soutien du réseau naturel peut ne pas être disponible. Les intervenants doivent alors fournir ce support en amenant les gens à se parler et à échanger sur ce qu'ils vivent. En ce sens, Murphy (1988) précise que les travailleurs en santé mentale doivent suppléer au réseau social.

Un autre aspect du travail des intervenants en mesure d'urgence concerne les contacts avec les médias. À cet égard, leur tâche se fait sur deux volets. Dans un premier temps, les intervenants peuvent supporter et accompagner les survivants face aux médias. En contrepartie, ils peuvent guider les médias dans la couverture adéquate de l'événement et s'en servir pour faire connaître les services offerts aux victimes. Toutes ces interventions se font en tenant compte du contexte culturel. Les désastres peuvent amener les intervenants à travailler avec une population qu'ils ne côtoient pas habituellement. Ils doivent connaître leurs caractéristiques spécifiques et leur mentalité. Être sensible à l'aspect culturel est donc un élément important, et constitue généralement un atout précieux dans l'efficacité des interventions.

Les situations d'urgence amènent également les intervenants à travailler avec les problématiques de pertes et de deuils. Selon Osterweis, Solomon et Green (1984), les victimes de sinistres subissent des pertes sur différents plans et ont à effectuer un processus de deuil pour arriver à intégrer l'événement. Cohen (1985) spécifie qu'un désastre implique des

pertes réelles ou symboliques. Afin d'être aidant pour les victimes, les intervenants doivent bien connaître le *counseling* de deuil. À cet effet, Dershimer (1990) propose un modèle conceptuel du deuil et souligne que les étapes sont parallèles aux phases de réponses aux désastres en ce sens qu'elles tiennent compte des variations individuelles et des facteurs extérieurs.

Les efforts pour aider les sinistrés doivent être rationalisés, flexibles et palliatifs. Pour Cohen (1985) et Jacobs (1990), l'évaluation et le triage sont importants. Certains individus, et particulièrement ceux présentant des risques suicidaires, ont besoin d'aide rapidement et requièrent une attention immédiate. Cohen (1985) précise également que l'évaluation permet de donner les services prioritaires et de diriger les individus vers les services adéquats. Le dépistage des personnes à risque, c'est-à-dire reconnues vulnérables, et le renvoi aux services appropriés sont donc des activités courantes effectuées par les intervenants. Ce travail de répartition exige une connaissance adéquate des ressources du milieu.

Outre les éléments exposés plus haut, d'autres difficultés peuvent être identifiées. La proximité physique peut incommoder certains travailleurs. Par exemple, le fait de toucher les personnes, même si c'est une action aidante, peut s'avérer embarrassant pour certains intervenants. Ceux-ci doivent être vigilants à tout signe de malaise exprimé directement ou indirectement par les victimes, car ce qui est confortable pour un peut être incommodant pour l'autre. Il est également important de respecter les efforts et le rythme d'adaptation de chacun. En ce sens, il faut éviter les interventions intrusives qui poussent les survivants à faire des

révélations ou à explorer en profondeur les émotions. Il faut cependant demeurer alerte pour évaluer rapidement, à partir des observations, des entrevues et des rapports externes, les gens utilisant des mécanismes de défense qui risquent de se stigmatiser et ainsi de dégénérer en problèmes.

Le travail en situation d'urgence est donc particulièrement difficile et exigeant pour les intervenants. Il est essentiel que ceux-ci se consacrent exclusivement à cette tâche même si, pendant le désastre, les services réguliers des établissements doivent continuer d'être offerts à la population. Ainsi, d'autres travailleurs doivent prendre la relève afin de dégager les intervenants de leurs responsabilités professionnelles habituelles, si non, il s'ensuit une surcharge de travail qui peut les affecter lourdement. N'oublions pas que ces derniers vivent déjà une augmentation significative de leur niveau de stress, due aux conditions particulières de travail créées par un sinistre.

E - L'INTERVENTION PSYCHOSOCIALE DANS LE CADRE DES MESURES D'URGENCE

Qu'ils soient causés par des phénomènes naturels, par des défaillances technologiques ou qu'ils soient reliés à l'activité humaine, les sinistres bouleversent les communautés, les individus et les intervenants. Afin de répondre adéquatement aux divers besoins de la population, y compris ceux des intervenants, l'ensemble des partenaires doit se concerter et collaborer étroitement à la gestion de la crise. En plus de tenir compte des dommages

matériels et environnementaux, les gestionnaires ont peu à peu pris conscience des impacts psychosociaux et ont vu la nécessité d'intervenir rapidement afin d'éviter une détérioration du tissu social. L'expérience nous démontre que les sinistres, en plus de perturber les populations qui en sont victimes, risquent d'affecter à divers degrés les travailleurs qui interviennent auprès des personnes sinistrées (Laube-Morgan, 1992).

1 . Considérations historiques

Les études sur les conséquences humaines des sinistres ont débuté aux États-Unis dès les années 1950 et ont été parrainées par *l'Army Chemical Center, department of the Army*. Ces recherches effectuées auprès de victimes, d'intervenants et de responsables communautaires impliqués dans divers sinistres ont permis de mieux comprendre leurs réactions et de faire un lien entre les situations de désastres et les séquelles psychologiques. En 1963, les sociologues Quarantelli et Dynes ont analysé les comportements des groupes, telles les familles. Au début des années 1970, des psychologues et des psychiatres ont publié les premières études cliniques sur les sinistres. Entre autres, les études de Blaufrab Levine (1972) et celles de McGee et Heffron (1976) ont convaincu le gouvernement américain d'investir dans les programmes psychosociaux faisant suite aux catastrophes. Le National Institut of Mental Health (NIMH) se voit alors confier le mandat d'administrer les fonds et de promouvoir l'information et la formation des intervenants responsables des services psychosociaux à la suite d'un sinistre.

Depuis ce temps, plusieurs auteurs se sont penchés sur le sujet. Gist et Lubin (1989)

soulignent que c'est en 1974 que l'on a commencé à donner des services psychosociaux aux victimes de désastres et de la formation aux travailleurs. Farberow et Gordon (1981) ont émis des suggestions pour répondre aux besoins des enfants victimes de désastres. Farborow (1985) et Tierney et Baisden (1979) ont développé des façons de répondre aux besoins des petites communautés. Hartsough et Myers (1985) ont fait ressortir la nécessité de protéger les travailleurs de l'épuisement professionnel. Enfin, *la Division of Education and Service Systems Liaison* a eu le mandat d'entraîner le personnel médical d'urgence à intervenir en santé mentale.

Au Québec, la première intervention psychosociale a été réalisée lors du glissement de terrain survenu dans une municipalité du Saguenay, soit Saint-Jean-Vianney, en mai 1971. Afin d'offrir un soutien aux personnes sinistrées la municipalité a fait appel aux intervenants des centres de services sociaux. À la suite de l'attentat survenu au Parlement de Québec en 1984² et des événements de Saint-Basile-le-Grand en 1988³, la nécessité de fournir à la population sinistrée des services psychosociaux structurés et adéquats est apparue évidente. Dès lors, une importante structure a été mise en place en vue d'intervenir adéquatement en situation de sinistre. Dans les années 1990, les intervenants psychosociaux ont été engagés officiellement dans les services d'urgence par l'ajout du volet des services psychosociaux à l'organisation des interventions sociosanitaires dans le cadre des mesures d'urgences (MSSS,

² Une fusillade à l'Assemblée nationale a causé des pertes de vie et a occasionné un choc posttraumatique chez plusieurs employés.

³ L'incendie d'un entrepôt de produits chimiques toxiques a nécessité l'évacuation de plus de 6 000 résidents du secteur pendant plusieurs semaines.

1992). Depuis ce temps, la participation des intervenants en santé mentale dans la gestion des désastres et la réponse à y apporter est courante. Leur engagement dans les différents sinistres a permis d'améliorer leur expertise et de raffiner les services. La collaboration et la concertation entre les différents acteurs deviennent les éléments clés dans la mise en place de services adaptés à une collectivité susceptible de vivre une désorganisation sociale importante.

2. Des rôles et des responsabilités à partager

Au Québec, les différents paliers de gouvernement (provincial, régional et municipal) sont engagés dans l'organisation des mesures de sécurité civile. Il en revient aux municipalités d'assumer la protection des biens et des personnes lors d'un sinistre. À cet égard, les localités doivent s'assurer de la collaboration du réseau de la santé et des services sociaux pour l'application des mesures d'urgence sociosanitaires. Celles-ci se composent de trois volets: a) psychosocial; b) santé physique; c) santé publique.

Lorsqu'un sinistre se produit au Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux, en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, doit s'assurer que la population bénéficie des services essentiels en santé et en services sociaux que commandent les situations particulières vécues par les personnes affectées (MSSS, 1992:7).

La mission sociosanitaire commune des différents partenaires des services de santé et des services sociaux est de préserver la vie et la santé. La coordination entre chacun des trois volets est assurée par le centre de coordination ministériel. La concertation des opérations telles que l'évaluation de la situation, l'harmonisation des activités, la coopération entre les différents partenaires, la gestion de l'information ainsi que le rôle conseil est, pour sa part,

assumée par le centre de coordination régional. Bref, chaque organisme a un rôle qui lui est dévolu selon son champ d'intervention et sa mission propre.

En santé physique, les travailleurs utilisent une approche individuelle; leur mandat est de sauver le plus de vies possible et de réduire au maximum la morbidité chez les victimes d'un sinistre (MSSS, 1992). En ce qui concerne la santé publique, les responsables pratiquent une approche populationnelle. Ils ont le devoir d'identifier les situations susceptibles de mettre en danger la santé des individus et de mettre en place des mesures nécessaires à la protection de la population. Quant aux intervenants du volet psychosocial, ils privilégient une approche communautaire; leurs interventions ont pour objectif de « minimiser les impacts psychosociaux et de faciliter le retour à la vie normale des sinistrés, de leur famille et de la population en général » (MSSS:1992). Ce dernier volet, nouvellement reconnu comme essentiel, s'est ajouté aux plans de mesures d'urgence depuis les années 1990. Des ententes avec les municipalités ont été conclues afin de favoriser la concertation avec les partenaires, de coordonner les actions et, ainsi, de rendre les interventions plus efficaces. Ce sont les centres locaux de services communautaires (CLSC) qui se sont vu confier la responsabilité du volet psychosocial.

3. Le CLSC et les mesures d'urgence

Lors d'un sinistre, les centres locaux de services communautaires sont les principaux acteurs dans la mise en place et l'opérationnalisation des services psychosociaux du plan des

mesures d'urgence⁴. Ils doivent intervenir rapidement et adéquatement afin de faciliter le retour à la vie normale d'une collectivité touchée par un désastre. Les intervenants des CLSC ont le mandat de coordonner les interventions psychosociales. Ils doivent donc assumer la planification, la mise en œuvre, la coordination, le contrôle et l'évaluation des services suivants:

l'évaluation des besoins psychosociaux des sinistrés et des intervenants;
la prise en charge des personnes dépendantes;
les services d'aide psychosociale à court, à moyen et à long terme;
un programme de retour à la vie normale (MSSS, 1994).

Ces activités visent à « restaurer et accroître les sentiments de sécurité, de confiance, de compétence, d'estime de soi, d'autonomie et d'affirmation de soi. Elles visent également à favoriser le processus d'intégration de l'événement » (MSSS, 1994).

4. Le cadre de l'intervention psychosociale

Les sinistres peuvent avoir un impact majeur sur les individus. Des données

⁴ Dans l'organisation des mesures d'urgence, les responsabilités spécifiques des CLSC sont les suivantes:

- élaborer un plan de services sociaux dans le cadre des mesures d'urgence;
- valider la pertinence du plan d'intervention psychosociale;
- collaborer avec les autres établissements ou organismes;
- coordonner la réponse psychosociale sur son territoire;
- s'assurer que le plan d'urgence s'intègre à celui de la municipalité;
- élaborer un système de garde;
- évaluer les besoins de formation et de perfectionnement du personnel;
- se doter d'un plan de communication d'urgence;
- planifier, mettre en œuvre, dispenser, coordonner, évaluer les différents services;
- valider l'efficience et l'efficacité du plan local de services psychosociaux dans le cadre des mesures d'urgence (MSSS, 1994).

épidémiologiques montrent une augmentation significative de la morbidité psychiatrique à la suite d'une catastrophe majeure et rapportent que les personnes sinistrées peuvent rencontrer des problèmes chroniques longtemps après le désastre lui-même (Williams, Solomon et Bartone, 1988). Afin de minimiser les impacts d'un tel événement et de prévenir la détérioration de la situation des victimes, les interventions psychosociales ont été élaborées. Leur but est de réduire au minimum l'apparition, dans une population donnée jusque-là stable, de problèmes d'adaptation et de décompensation psychologique. Dans le cadre des mesures d'urgence, elles visent à accélérer le retour à l'équilibre dynamique des gens qui vivent un stress normal mais pénible dû à un événement traumatisant (MSSS, 1994).

L'approche privilégiée présente trois caractéristiques principales: elle est globale, préventive et communautaire (MSSS, 1992). Globale, parce qu'elle tient compte de toutes les dimensions de la personne humaine et de son contexte culturel. Elle redonne à la personne et au milieu la responsabilité de leur santé et de leurs besoins. Elle favorise le développement de la compétence et de la solidarité des personnes dans l'autosoins. Préventive, dans le sens qu'elle préserve l'autonomie des personnes et du milieu. Elle agit sur les causes immédiates pour éviter les séquelles et elle favorise et supporte le maintien et le retour à l'équilibre dynamique des gens par l'autoprise en charge. Enfin, communautaire, puisqu'elle tient compte du potentiel des personnes, des réseaux primaires, des groupes, des ressources communautaires et substitutives ainsi que de la collectivité. Elle met l'accent sur l'éducation et la prévention, et elle favorise et supporte l'amélioration et le soutien du tissu social.

L'intervention psychosociale, dans le cadre des mesures d'urgence, possède donc des caractéristiques spécifiques qui lui confèrent un aspect particulier auquel les intervenants sociaux doivent s'adapter. La mise en contexte décrit la réalité des situations de sinistres et celle des intervenants qui y travaillent en plus d'expliciter les conditions particulières auxquelles ces derniers sont confrontés. L'examen et l'analyse d'autres expériences permettront de mieux cerner les risques liés à leur santé biopsychosociale.

CHAPITRE II
LA REVUE DES ÉCRITS

CHAPITRE II

LA REVUE DES ÉCRITS

Les vraies bonnes choses qui nous arrivent nous apparaissent souvent sous forme de souffrances, de pertes et de déceptions; cependant, avec un peu de patience, nous finissons par les voir sous leur vrai jour.

Joseph Addison

A - LES CONSÉQUENCES D'UN SINISTRE SUR LES INTERVENANTS

Les impacts psychosociaux des désastres naturels sur la santé des populations touchées ont été documentés par plusieurs auteurs (Everly, 1993; Mitchell, 1993; McFarlane, 1989; Warheit, 1979). Tous reconnaissent que les sinistres ont des conséquences graves sur la santé biopsychosociale des populations affectées. Quelques chercheurs (MSSS, 1994; Santé Canada, 1990; Lamontagne, 1983) se sont penchés sur l'expérience des travailleurs en situation d'urgence. Toutefois, les recherches scientifiques concernant la situation des intervenants sociaux sont plutôt rares et les connaissances sur leurs réactions à la suite du travail auprès des personnes sinistrées sont peu développées. Plusieurs facteurs expliquent

l'état de cette situation. Premièrement, les recherches dans ce domaine en sont à leurs balbutiements; deuxièmement, le rôle des intervenants et la reconnaissance des urgences psychosociales en situation de sinistre sont une voie nouvelle et, troisièmement, l'intégration des interventions psychosociales dans les plans de mesures d'urgence débute à peine.

Les désastres, comme tout événement intense, accaborent la capacité d'adaptation des intervenants et peuvent amener des difficultés de fonctionnement. Certaines études (Laube-Morgan, 1992; McFarlane, 1989; Lindy, 1988; Berah et al. 1984; Lamontagne, 1983; Danieli, 1981) ont reconnu que les circonstances dans lesquelles travaillent les intervenants les affectent. Elles ont démontré que les réactions de stress du personnel qui intervient lors d'un sinistre sont universellement présentes et variables dans leur ampleur. En situation d'urgence, le niveau de stress augmente et plusieurs éléments y contribuent. Entre autres, les nombreuses sollicitations des personnes sinistrées, les conditions de travail particulières, les modifications de tâches et d'approche ainsi que les pressions médiatiques compliquent le travail des intervenants. D'autres facteurs peuvent influencer le niveau de stress. D'une part, l'absence de définition de rôle et de contrat thérapeutique ainsi que l'engagement intense et intime auprès des victimes peuvent affecter les ressources émotionnelles, la capacité d'empathie et les habiletés professionnelles des intervenants.

Certains auteurs prétendent que les intervenants, au même titre que la population sinistrée, subissent les effets de la désorganisation (Mitchell, 1993; Laube-Morgan, 1992; Mc Farlane, 1989; Danieli, 1981; Haley, 1974). Les équipes d'intervention sur les lieux d'un

sinistre vivent des réactions physiques et émotives qui ressemblent en tout point à celles des sinistrés. D'ailleurs, dans sa recherche sur les effets psychologiques vécus par le personnel opérationnel, Lamontagne (1983) souligne les similitudes entre les réactions des victimes et celles du personnel.

Les effets psychologiques vécus par le personnel opérationnel sur les lieux d'un désastre sont des réactions de stress qui ressemblent aux réactions des victimes par de multiples facettes... Nous avons cru déceler une ressemblance marquée entre les symptômes présentés par les secouristes lors de situations de désastres et ceux retrouvés dans le syndrome de burnout (1983:2).

Tout comme les personnes sinistrées, les intervenants peuvent donc être victimisés et ressentir des symptômes tels que des cauchemars, des images intrusives, de la suspicion, des pensées effrayantes motivées par les révélations des autres. Même s'ils n'ont pas directement expérimenté la catastrophe, même s'ils ont une formation adéquate et reçoivent de la supervision professionnelle, ils ne sont pas immunisés contre des pensées, des images et des sentiments douloureux associés à l'exposition au traumatisme de leurs clients.

Parmi les auteurs qui ont reconnu les impacts du travail en situation d'urgence chez les intervenants, Talbot, Manton et Dunn (1992) signalent:

Les interventions en situation de crise peuvent augmenter le stress chez les travailleurs et produire différents effets. Les intervenants, comme le personnel des services d'urgence (pompiers, ambulanciers, policiers) ou les professionnels de la santé mentale (psychologues, travailleurs sociaux, psychiatres, infirmières en psychiatrie) sont affectés par les circonstances dans lesquelles ils travaillent. Les événements traumatisants ou les sinistres sont des situations auxquelles on ne peut s'habituer et qui nécessite que les travailleurs développent des mécanismes de protection (1992:47,49) (traduction de l'auteur)

Travailler avec les victimes peut amener des symptômes d'épuisement chez les professionnels de la santé mentale. Les résultats des recherches sur l'épuisement professionnel, appelé communément le burnout, montrent que la détresse du thérapeute peut être due à la nature des événements extérieurs (isolement, client difficile, etc.) (Ghadirian, 1984). Le sentiment de sécurité peut être ébranlé lorsque les intervenants sont confrontés à des images morbides, surtout s'ils manquent eux-mêmes de sécurité personnelle (McCann et Pearlman, 1990).

Dans les cas extrêmes, l'intervenant peut ressentir des sentiments de détresse, de dépression ou de désespoir face aux forces de la nature ou face à la violence humaine (1990:139) (traduction de l'auteur).

Laube-Morgan (1992) abonde dans le même sens et mentionne qu'à la suite d'un tremblement de terre, les soignants sont aussi affectés que les victimes. Il constate alors deux phénomènes: les intrusions affectives et cognitives sont plus élevées chez les soignants que la normale et les comportements de fuite sont plus fréquents. Cependant, McFarlane (1989) précise que l'importance de l'exposition et les pertes encourues jouent un rôle significatif dans la morbidité post-traumatique immédiate, mais ne constituent pas des déterminants majeurs.

À la suite d'un incident critique, les intervenants peuvent vivre un désordre de stress post-traumatique. À cet égard, McCann et Pearlman (1990) précisent:

Tout comme les événements traumatisants affectent les victimes, les intervenants peuvent être perturbés de façon permanente par leur expérience. Le désordre de stress post-traumatique peut être vu comme une réaction normale à un événement anormal et nous pensons que le traumatisme indirect est une réaction normale au travail stressant et parfois traumatisant auprès des victimes (1990:145) (traduction de l'auteur).

Les auteurs s'accordent à dire que les fonctions psychologiques et interpersonnelles des intervenants peuvent être altérées par des intrusions ou des perturbations. Horowitz (1976) spécifie que les images reviennent par fragment, sans le contexte, et la signification, sous forme de *flash-back*, de rêves, ou de pensées intrusives, et peuvent être signes d'un désordre de stress post-traumatique. Selon Brett et Ostroff (1985), ces réactions peuvent être déclenchées par un stimulus neutre, prévisible, selon la vulnérabilité personnelle de l'intervenant. Il peut alors ressentir divers symptômes tels que de l'agitation, de l'irritabilité, de la fatigue excessive, des troubles du sommeil, de l'anxiété, des réactions de frayeur à la pression, de la morosité, des tremblements musculaires, des difficultés de concentration, des cauchemars, des vomissement et de la diarrhée. Ces malaises sont les réponses physiologiques au stress et peuvent être des indices de réactions de stress post-traumatique. Ils peuvent apparaître à retardement puisque pendant l'action, les travailleurs sont peu à l'écoute de leurs indicateurs de stress. Ils peuvent être plus fréquents et plus intenses chez les intervenants qui, dans leurs difficultés à identifier leurs limites, finissent par les dépasser.

D'autres auteurs décrivent les sentiments et les comportements des intervenants qui risquent de survenir à la suite du travail en situation de crise. C'est ainsi que Berah et *al.* (1984), dans une étude sur les effets du travail en situation de désastre chez les professionnels de la santé mentale ont trouvé que la santé émotionnelle et physique est généralement affectée. À la suite de leur engagement auprès des sinistrés, la majorité de travailleurs rencontrés se sont sentis ébranlés, confus, tristes et très fatigués. Près de la moitié sont devenus malades ou ont eu un accident et tous ont noté des changements dans leurs habitudes alimentaires, leur

consommation de tabac et de boissons alcoolisées, et ont admis se sentir impuissants et avoir besoin du support émotif de l'équipe. Même ceux ayant de la formation et de l'expérience dans l'intervention d'urgence se sont dit considérablement stressés. Ces réactions normales peuvent être potentiellement dangereuses chez les travailleurs d'urgence, car elles sapent leur énergie, les rendent vulnérables à la maladie et peuvent être particulièrement destructrices si elles sont niées ou mal interprétées comme réponses au stress.

Pour sa part, Danieli (1981) a analysé les émotions ressenties par ceux qui ont travaillé avec des victimes de l'holocauste. Il a ainsi identifié que la culpabilité, la rage, la terreur, l'horreur, la douleur, le deuil, la honte, l'inhabileté à contrôler des émotions intenses et l'utilisation de défenses telles l'insensibilité, le déni ou la fuite se manifestent fréquemment chez les intervenants. Quant à Lindy (1988), il a constaté un certain nombre de symptômes communs à ceux qui ont travaillé avec les vétérans du Vietnam. Ces symptômes étant la présence de cauchemars, d'intrusions visuelles, la reconstitution des événements, l'amnésie, la brouille, l'aliénation, l'irritabilité, des réactions psychophysiologiques et la culpabilité du survivant.

De plus, ceux qui ne prennent pas conscience de ces émotions ou qui n'acceptent pas de les vivre et ne les reconnaissent pas comme normales peuvent refouler leurs sentiments et ainsi vivre une détérioration mentale, émotionnelle et physique. D'autre part, Quevillon et Jacob (1992) spécifient que le niveau de détresse psychologique est fonction de la capacité des intervenants de se dissocier de la situation vécue. Cette habileté protège les intervenants d'un

flot d'émotions trop intenses et les rend plus fonctionnels.

Les effets d'une catastrophe sur les intervenants peuvent s'expliquer avec la théorie constructiviste de l'autodéveloppement élaborée par McCann et Pearlman (1990). Cette approche spécifique qu'à la suite d'un entretien avec une victime d'un désastre, la réaction émotive du thérapeute est à la fois fonction de son schéma de pensée cognitif, de ses besoins psychologiques et des caractéristiques de la situation verbalisées par le client. Les schémas, c'est-à-dire les croyances, les attentes et les suppositions au sujet du monde, sont les manifestations cognitives des besoins psychologiques; ces schémas peuvent être perturbés par le fait de travailler avec des survivants. L'intervenant qui entend la description d'images horribles et de réalités cruelles, peut tout comme les victimes, se sentir stigmatisé, isolé, surtout s'il ne peut partager ses sentiments avec des collègues. Il peut par conséquent devenir plus amer, cynique et pessimiste. De plus, son système de croyance, élaboré à partir de sa formation humaniste, peut être affecté de façon douloureuse. À cet effet, McCann et *al.* (1988) expliquent que l'adaptation au traumatisme révèle cinq besoins psychologiques fondamentaux: sécurité, dépendance-confiance, pouvoir, estime et intimité. La recherche d'une réponse à ces besoins peut avoir des impacts sur l'intervenant.

Epstein (1989) et Janoff-Bulman (1985) stipulent que les événements traumatisants mettent au défi quatre suppositions de base au sujet de soi et des autres: « le monde est bienveillant, la vie a un sens, je suis respectable, et les gens sont dignes de confiance ». Pour sa part, Paivio (1986) admet que les intervenants travaillant avec des victimes de traumatismes

peuvent vivre l'expérience de l'altération de leur schéma cognitif et de leur système de mémoire. Cette perturbation peut être associée à certaines émotions et pensées des intervenants, et dépend de leur capacité à s'engager dans un processus parallèle d'intégration et de transformation de l'expérience. L'exposition aux expériences traumatisantes des victimes peut être incertain et risqué pour ceux qui sont près d'eux, y compris les intervenants qui les accompagnent dans leur processus de guérison. Elle peut avoir un impact significatif sur les sentiments, les relations et la vie des intervenants.

Chessick (1978) a émis l'hypothèse que la dépression et le désespoir du client peuvent être contagieux, et Roth (1989) soutient que les propos rapportés par le client peuvent affecter l'intervenant. Pour Scurfield (1985), travailler avec les clients peut remuer les sentiments d'ambivalence et les sentiments négatifs et peut altérer le jugement moral. Pendant leur travail, les intervenants sont confrontés avec leurs propres émotions d'agression, de rage, de chagrin, d'horreur, de perte de contrôle et de vulnérabilité. Il est donc possible, selon Blank (1987), que des intrusions d'expériences de traumatismes non résolus se manifestent. La notion de contre-transfert, apportée par Kinzie (1989) et McCann et *al.* (1988), permet d'expliquer ce phénomène. Le contre-transfert renvoie à l'activation des conflits inconscients ou non résolus, ou aux difficultés vécues par les intervenants. Les blessures intimes et personnelles de l'intervenant sont constamment *réouvertes* par le contenu des échanges avec les victimes.

À cet effet Arlow (1979) spécifie:

Le contre-transfert prend une signification particulière dans l'intervention de crise parce qu'il met l'intervenant en contact avec des aspects effrayants de la réalité qu'il peut, consciemment ou inconsciemment, avoir de la difficulté à gérer tels la violence, l'abandon, la mort, le manque de secours, l'avilissement et la mutilation (1979:46) (traduction de l'auteur).

L'ampleur de certains événements impossibles à maîtriser et les efforts d'adaptation trop grands génèrent une situation critique, et des réactions de culpabilité et d'angoisse peuvent s'ensuivre. À cet effet, Mandler (1966) précise que le sentiment de ne pouvoir maîtriser les événements constitue la caractéristique centrale de tous les aspects de l'anxiété névrotique.

Ainsi, les risques de voir apparaître un dysfonctionnement au plan professionnel et personnel est grand. Des symptômes d'ordre physique, psychologique, social, cognitif et comportemental peuvent se manifester à court, moyen ou long terme. Les intervenants peuvent alors ressentir des effets psychologiques perturbants et douloureux qui persisteront plusieurs mois, voire quelques années. Ces séquelles peuvent avoir des répercussions sur toutes les sphères de la vie des intervenants. D'ailleurs, Lamontagne (1983) mentionne :

...il nous apparaît de plus en plus clair que certains symptômes, certains comportements se rencontrent de façon quasi uniforme chez les travailleurs des soins d'urgence en situation de désastre. Une chose semble ressortir de façon très claire de ces discussions et de ces rencontres: les effets psychologiques sur le personnel opérationnel en situation de désastres sont universellement présents à un degré ou à un autre. Ils ont souvent passé inaperçu parce que le lien entre cet événement et des conséquences n'avaient pas été établi (1983:12).

Quoi qu'il en soit, les conséquences du travail en situation d'urgence sur la santé des intervenants sont variables à plusieurs égards. En l'occurrence, travailler auprès de victimes peut constituer un risque pour la santé biopsychosociale des intervenants, Cependant, il est important de souligner que ce type d'interventions comporte des effets positifs incontestables. En plus de travailler au bien-être de l'individu, en lui apportant une aide rapide et tangible, les intervenants ont la conscience de participer à l'amélioration du tissu social par la prévention de problèmes sociaux qui pourraient surgir à la suite des traumatismes non traités. S'ils sont en mesure de prendre du recul par rapport au sinistre, il s'ensuit une augmentation de leur sensibilité, de leur empathie et de leur estime de soi, et une validation de leurs compétences à aider les autres (McCann et Pearlman, 1990).

B - LES FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ

Lors de l'application des mesures d'urgence, les capacités d'ajustement des intervenants sont grandement sollicitées. L'adaptation aux événements stressants est un processus dynamique qui est fonction de plusieurs facteurs. Ceux-ci peuvent être classés en trois catégories: les facteurs d'ordre personnel, liés à l'intervenant, ceux d'ordre professionnel, reliés au travail, et enfin ceux d'ordre situationnel, reliés à l'événement. La qualité de ces éléments constitue des indicateurs permettant de dépister les intervenants susceptibles de vivre plus difficilement la situation. Comme le souligne Lamontagne (1983):

Il semble qu'il soit impossible de prédire de façon exacte, par des données précises, lesquels des sauveteurs vont *tenir le coup* et lesquels vont souffrir des symptômes débilitants les rendant inopérant. Il se dégage toutefois de plus en plus clairement des ensembles de caractéristiques personnelles et situationnelles qui nous permettent de considérer certains membres du personnel comme des candidats à la décompensation à un moment de leur carrière et/ou dans des circonstances particulières (1983:10).

Les éléments exposés ci-dessus influenceront alors la capacité des intervenants à composer avec le surcroît de stress occasionné par l'ensemble de la situation.

1. **Les facteurs liés aux intervenants**

Les facteurs liés aux intervenants sont les éléments d'ordre personnel qui influencent la perception des intervenants et leur engagement dans leur travail. Les réactions au stress, de chaque individu varient sur le plan qualitatif et quantitatif, et dépendent des particularités de la dynamique de la personnalité de chacun. L'équilibre dynamique de l'intervenant, défini comme la capacité d'utiliser son potentiel pour affronter les difficultés, joue un rôle de premier plan dans la réaction au stress. Un équilibre précaire indique que l'intervenant est fragilisé au départ et qu'il risque d'être davantage affecté par un surcroît de stress.

Lamontagne (1983) souligne que le rendement et la qualité des services peuvent être influencés par les expériences du personnel. La présence simultanée de plusieurs expériences difficiles, précédent ou faisant suite au sinistre, a une importance capitale dans le déclenchement de désordres émotifs. Dans une étude sur la prévalence du désordre de stress post-traumatique menée auprès des pompiers volontaires, Mc Farlane et Papay (1992) soulignent que la comorbidité apparaît comme un important prédicteur de ce type de

difficulté. Ils spécifient que les expériences d'infortune avant et après un désastre favorisent l'apparition de troubles anxieux et affectifs chez le personnel. Elles augmentent la possibilité qu'un individu développe des désordres de dépression et d'anxiété en association avec un désordre de stress post-traumatique.

D'autres facteurs reliés à l'intervenant peuvent exercer une influence sur son travail. Ce sont la formation reçue, l'expérience connexe et l'attitude à l'égard des défis à relever. Au début des années 1980, la formation des intervenants de la santé concernant les problèmes émotionnels étaient déficiente. À cette époque, elle se concentrat sur les difficultés psychologiques des victimes sans aborder les problèmes vécus par le personnel. Il est pourtant admis qu'une formation adéquate a pour effet de sécuriser les intervenants qui, même sans expérience d'intervention en situation de sinistres, se sentent mieux préparés pour répondre aux demandes des populations sinistrées et donner les services requis.

Une formation appropriée enrichie d'une expérience pertinente augmente l'efficacité et la rentabilité des interventions. Ainsi, les intervenants se sentent en sécurité et plus à l'aise dans leur travail. Ils ont plus de pouvoir pour faire face aux éléments inconnus, étant en pleine possession de leurs ressources professionnelles.

L'attitude, quant à elle, fait référence à la façon de faire face au stress. Elle concerne les mécanismes d'adaptation utilisés par les intervenants pour gérer leur anxiété et réduire la tension qu'ils ressentent. Si leurs mécanismes sont adéquats et efficaces en temps normal, lors

d'un événement particulièrement stressant, ils seront davantage en mesure de mieux répondre aux exigences de la situation. L'aspect culturel peut également avoir une influence sur la perception de l'événement et sur la façon de vivre la détresse. À cet égard, Ghadirian (1984:673) précise que la forme et l'intensité de la réponse au stress dépendent largement non seulement de la nature du stress mais aussi des attitudes culturelles et des réactions de l'individu. La qualité et l'ampleur de la réaction au stress sont fonction de la perception et de l'interprétation de la menace. Lorsque l'événement est perçu de façon réaliste, l'intervenant est en mesure de faire le lien entre celui-ci et les sensations de stress qui y sont associées. Cette prise de conscience permet de réduire la tension ressentie. Par contre, lorsque les intervenants déforment la réalité soit en amplifiant, en généralisant ou en minimisant l'événement, il s'ensuit une mauvaise interprétation. Celle-ci peut avoir des conséquences négatives comme celle d'ignorer les impacts de leurs interventions sur leur santé, de négliger les malaises qui surgissent ou de se laisser envahir par ceux-ci.

Enfin, les efforts demandés pour exécuter les fonctions et les réseaux de soutien peuvent également orienter le niveau de stress ressenti. Lorsque les intervenants ont à déployer des efforts pour réaliser leur travail, ils risquent de s'épuiser plus rapidement. À cet égard, les réseaux de soutien ont une importance capitale, qu'ils proviennent du réseau naturel ou professionnel. Pour être significatif et efficace, le réseau devra être suffisant, adéquat et facilement accessible (MSSS,1992). L'intervenant sera en mesure de reconnaître et d'exprimer son expérience douloureuse s'il est dans un environnement supportant. Un réseau adéquat de professionnels est également nécessaire afin que les intervenants ne soient pas isolés et

fragilisés. Cependant, pour plusieurs, demander de l'aide peut être difficile, certains interprétant cette démarche comme un signe de faiblesse ou une atteinte à leur sentiment de compétence professionnelle; d'autres la vivront comme un dilemme entre deux besoins: celui de verbaliser les images bouleversantes pour se soulager et celui de protéger les collègues du stress d'un éventuel événement traumatisant. Soulignons que l'aide vient souvent de ceux qui ont vécu la même expérience et qui s'en sont sortis.

Le soutien des pairs est donc un élément important en situation de sinistre. Si les intervenants acceptent de partager leurs peurs, leur sentiment de vulnérabilité et les autres émotions sans avoir l'impression de ternir leur image professionnelle, ils peuvent ainsi se valider mutuellement. Cependant, ce support peut constituer une arme à deux tranchants: s'il se fait de façon adéquate, il sera aidant et réduira les dommages; mais s'il se fait de façon inappropriée ou s'il est absent, il peut être une source d'aggravation des difficultés. Il devient alors un élément supplémentaire de stress (Horn et Solomon, 1986).

2. Les facteurs liés à l'événement

D'autres facteurs externes peuvent influencer le processus d'adaptation des intervenants. Ils concernent les éléments se rapportant directement aux faits tels la nature du sinistre, sa durée et le nombre de victimes qu'il a fait. Dans leur travail en situation d'urgence, les intervenants sont confrontés à des comportements cruels ou à des événements douloureux qui ébranlent leur confiance en la vie.

Un sinistre victimise les individus. En effet, l'incapacité à maîtriser les circonstances de la vie provoque chez plusieurs personnes de puissantes réactions émotives. L'intensité des émotions ressenties peut faire en sorte que les victimes régressent. Cette situation exige beaucoup d'énergie de la part des intervenants, particulièrement lorsque les pertes personnelles des victimes sont importantes, que des jeunes enfants sont en cause ou lorsque les intervenants ou leurs proches sont eux-mêmes atteints (McFarlane, 1989).

Certains événements reliés au type de sinistre peuvent également constituer des sources de stress significatives pour les intervenants. À titre d'exemple, mentionnons les situations où les intervenants sont menacés par une personne extrêmement violente, où ils assistent à la mort ou à des blessures graves d'un collègue de travail ou d'une personne qui leur est proche . Le stress risque également d'être très élevé s'ils vivent le décès d'une personne malgré des tentatives de sauvetage répétées et après une intervention de longue durée.

De plus, la couverture médiatique d'un sinistre expose les intervenants à des situations inhabituelles et influence leur niveau de stress. Il est parfois difficile pour ces derniers de gérer la circulation de l'information même si celle-ci demeure essentielle. En effet, l'angoisse des personnes sinistrées peut être alimentée par un manque d'information ou par de la désinformation par rapport à l'événement.

3. Les facteurs liés au travail

D'autres facteurs reliés à la spécificité du travail en situation d'urgence risquent d'influencer le niveau de stress des intervenants. Lors de l'application des mesures d'urgence, les activités professionnelles sont très intenses, souvent concentrées sur une courte période, et exigent beaucoup des intervenants, tant au plan physique que psychologique. Le facteur temps prend donc une dimension importante. La planification des activités se fait à très court terme. Les événements évoluent souvent à une vitesse fulgurante, laissant peu de place à une réflexion en profondeur. Il faut réagir plutôt qu'agir et se réajuster constamment. Certains intervenants peuvent se sentir bousculés par cette pression constante. Les conditions physiques des lieux de travail, le nombre d'heures travaillées et la promiscuité avec les personnes sinistrées sont d'autres facteurs qui influencent le stress vécu par les intervenants (Mitchell, 1993). Enfin, les exigences liées à l'organisation, tel le manque de ressources et d'équipement, les dangers créés par les travailleurs inexpérimentés, le mauvais partage des responsabilités, peuvent occasionner une surcharge travail (Horn et Solomon, 1986).

Les circonstances inhabituelles ainsi que les particularités du contexte de travail risquent de créer un malaise chez certains intervenants. La tâche est remaniée, le travail se fait en dehors cadre institutionnel, avec des partenaires peu connus ou inconnus et souvent dans un climat émotif fébrile. Les responsabilités professionnelles peuvent également être source de stress pour les intervenants (Horn et Solomon, 1986). Les exigences émotives générées par l'intervention et par le niveau d'exposition au désastre sont un autre facteur important à considérer. Elles font référence à la morbidité de l'événement. Des émotions inconfortables

peuvent résulter du travail avec les victimes: tristesse, anxiété et colère. Ces sentiments peuvent être conscients ou réprimés et fragilisent les intervenants si ceux-ci en négligent les effets. Ils risquent ainsi de dépasser leurs limites de tolérance et de récupération (Ghadirian, 1984).

Les attentes de la population à l'égard des intervenants peuvent également participer à augmenter le niveau de stress (Mitchell, 1993). Lors de l'application des mesures d'urgence, les intervenants sont sollicités de toute part. Ils sont confrontés aux attentes souvent très grandes des victimes. De plus, les personnes sinistrées attribuent beaucoup de pouvoir aux intervenants. Ils deviennent des personnes significatives en qui les victimes mettent tout leur espoir. Les travailleurs doivent également composer avec les exigences de l'organisation, qui sont souvent mal définies. De plus, celles-ci peuvent être en conflit avec les besoins et attentes des victimes et des intervenants eux-mêmes. À cet effet, Rogers (1987) souligne que le nombre de personnes qui demandent de l'attention ainsi que les crises successives peuvent avoir un effet débilitant sur les intervenants. En plus des attentes des victimes et de celles de l'organisation, la performance du devoir est un autre élément qui s'ajoute au stress des intervenants (Mitchell, 1993). Elle renvoie aux exigences du personnel à l'égard d'eux-mêmes et de leurs interventions. La performance au travail durant un désastre comporte un niveau élevé de risque émotionnel et peut avoir des conséquences malsaines sur les travailleurs et leur famille (Mitchell, 1993).

Enfin, un autre facteur, les conflits de rôle, peut influencer le niveau de stress vécu par les intervenants (Laube et Murphy, 1985). Ces derniers peuvent ressentir un tiraillement entre l'exercice des responsabilités familiales et les responsabilités du travail. Les intervenants résolvent habituellement ce conflit en répondant à la pression sociale: les femmes se tournent plus vers leur rôle familial alors les hommes vont vers leur rôle social. Laube et Murphy (1985) concluent que ceux qui choisissent leur famille subissent moins de stress psychologique. Par la suite ils ajoutent une nouvelle dimension au conflit de rôle: celle de l'intervenant-victime. Elles soulignent, dans une étude sur les séquelles psychologiques des accidents d'avion sur le personnel de bord, que les intervenants sont à la fois des victimes et des membres du personnel opérationnel. Elles identifient que ces derniers vivent un conflit de rôle entre celui de survivant et de secouriste. En même temps qu'ils sont victimes, ils doivent assumer des fonctions d'assistance pour venir en aide aux passagers. À cet égard, elles précisent que la détresse et la culpabilité du survivant font vivre beaucoup d'ambiguïté au personnel à la fois victime, survivant et aidant.

En résumé, il importe de souligner qu'on ne peut prévoir qui du personnel soignant souffrira des symptômes de stress post-traumatique et qui y résistera (Lamontagne, 1983). Cependant, certaines caractéristiques personnelles et situationnelles permettent d'identifier les personnes susceptibles de subir des séquelles psychologiques affectant ainsi le rendement et la qualité des services. Le niveau de stress ressenti par les intervenants en situation de sinistre est grandement influencé par la condition physique et psychologique des individus au moment où se produit le sinistre (Lamontagne, 1983). De plus, plusieurs éléments reliés à la tâche des

intervenants contribuent à augmenter un niveau de stress déjà plus élevé qu'à la normale (Berah et al., 1984). Un climat de grande émotivité, un contexte de désorganisation sociale et environnementale, et les nombreuses demandes de la population font en sorte que les intervenants ont à se mobiliser rapidement pour jouer efficacement le rôle qui leur est dévolu dans l'organisation des services d'urgence, oubliant ce qu'ils vivent personnellement et mettant en veilleuse leurs propres angoisses et sentiments.

C - LA GESTION DU STRESS

Les écrits précédents démontrent que l'intervention en situation d'urgence crée une augmentation significative du niveau de stress et risque d'avoir des conséquences néfastes sur la santé biopsychosociale des travailleurs. Les stresseurs rencontrés dans le contexte du travail sont nombreux et les intervenants doivent développer des stratégies qui leur permettent de faire face au stress tout en se protégeant des agressions potentielles. Afin de maintenir leur équilibre psychique, ils doivent adopter des comportements adéquats et développer des stratégies qui les aideront à faire diminuer la tension qu'ils ressentent et à réagir aux symptômes de stress qu'ils peuvent éprouver.

L'adaptation aux événements stressants peut être facilitée par la mise en place de différentes stratégies de la part des organisations et par l'adoption de diverses attitudes et comportements chez les intervenants. Du côté des organisations, les stratégies doivent avoir pour objectifs de supporter et de protéger le personnel, de minimiser le développement de

syndromes de stress qui peuvent causer des pertes de temps, et produire de l'inefficacité au travail et dans la famille. À cet effet, Mitchell (1988) précise que le stress sur l'incident critique peut être réduit de façon significative grâce aux interventions rapides des professionnels et des pairs. À cet égard, plusieurs théories, des interventions de base et des programmes de gestion du stress reliés à un incident critique ont été développés. Les différentes techniques de gestion du stress permettent aux intervenants d'exprimer leurs frustrations et les expériences négatives ainsi que les sentiments qui leurs sont associés. Ces techniques aident les intervenants à retrouver plus rapidement leur équilibre, à mieux intégrer l'expérience et même à faire ressortir les aspects positifs de la situation (Mitchell, 1993). Dans les différents programmes de gestion de stress, plusieurs aspects sont explorés; entre autres, les possibilités d'association ou d'identification aux victimes, les relations interpersonnelles des travailleurs ainsi que le cheminement prévu pour le retour à la vie normale.

Les séquelles psychologiques produites par le travail en mesures d'urgence peuvent être amenuisées par différents moyens mis en place par l'employeur. La démobilisation, le désamorçage, le *debriefing* et la coprotection ont prouvé leurs effets positifs (Mitchell, 1993). La démobilisation est utilisée lorsqu'un grand nombre de travailleurs a été exposé à des situations stressantes. Après son quart de travail, une petite équipe est rassemblée et un professionnel lui parle du stress et des impacts possibles sur la vie de chacun, pendant environ dix minutes. Par la suite, on demande aux personnes si elles ont quelque chose à dire et on les envoie dans une salle où une collation leur est offerte. La rencontre sociale permet aux intervenants de ventiler leurs émotions et de parler de leur expérience dans un cadre informel.

Le désamorçage est une technique très souvent utilisée pour permettre aux gens de s'exprimer rapidement sur ce qu'ils ont vécu et pour les diriger au besoin vers les ressources appropriées. Il ressemble à un court *debriefing* et se fait par les pairs. Le résultat est habituellement positif (Mitchell, 1993). Il se fait quelques heures après l'événement et comporte trois parties: l'introduction, l'exploration de l'incident et la suggestion d'aide.

Quant au *debriefing* psychologique, il a été développé pour les professionnels de la santé mentale (Raphael, 1986). Ses objectifs sont d'aider les intervenants à gérer le stress du travail et à prévenir l'apparition de problèmes. Le *debriefing* est le processus le plus complexe et le plus structuré pour permettre aux intervenants de s'exprimer sur leur propre expérience du désastre. Ces séances sont animées par une équipe de professionnels expressément formés à cet effet. Le *debriefing* est un processus évolutif avec une procédure séquentielle (Manton, Talbot et Dunn, 1992). Il a une durée de deux à trois heures et comporte sept phases, et met l'accent sur la réponse normale à un événement anormal. Il donne un sens à ce qui arrive aux intervenants et crée une mémoire collective. Les travailleurs s'expriment sur ce qu'ils ont vécu individuellement et collectivement.

Comme les victimes, les intervenants peuvent être affectés légèrement ou peuvent avoir un choc post-traumatique,; ils ressentent de forts sentiments et ils ont besoin d'une opportunité d'en parler (Talbot, Manton et Dunn, 1992:58) (traduction de l'auteur).

Un processus spécifique de *debriefing* permet aux intervenants de saisir la façon dont ils sont eux-mêmes affectés par le sinistre et leur permet de continuer à fonctionner

efficacement sur le plan personnel et professionnel.

Il est admis que l'influence des pairs joue un rôle déterminant en situation de sinistre (Horn et Solomon, 1986). À cet effet, la coprotection entre travailleurs constitue une composante importante dans la gestion du stress. Le support que les pairs fournissent ou la pression qu'ils exercent auront un impact sur le bien-être ou le mal-être des intervenants. En ce sens, Kilpatrick (1983) a analysé les symptômes rencontrés chez les intervenants dans leur travail en situation d'urgence et a suggéré des moyens d'alléger ces malaises par la mise sur pied d'un réseau de support. Le groupe de support a trois objectifs. Premièrement, il vise à normaliser les réactions des intervenants dans le cadre du travail; deuxièmement, il veut procurer un environnement sécuritaire où les intervenants pourront partager librement avec les autres leurs sentiments et leurs pensées; troisièmement, le groupe de support permet de verbaliser les réactions de douleur et les perturbations. Les différentes équipes peuvent se supporter l'une et l'autre.

Tous ces programmes d'assistance, qu'ils proviennent des pairs ou d'autres organisations, doivent être accessibles rapidement et adaptés aux besoins des travailleurs. Les effets du stress seront plus importants si les travailleurs n'ont pas l'occasion de partager leurs émotions avec leurs collègues et de participer à des séances de *debriefing* (Talbot, Manton et Dunn, 1992). Bref, afin de soutenir les intervenants, un large champ d'interventions doit être disponible: support sur les lieux mêmes, consultation individuelle avec les pairs, désamorçage, démobilisation, *debriefing*, services de suivi, discussion informelle, services

d'aumônier, *counselling* professionnel, programme d'aide mutuelle avec d'autres organisations, programme d'éducation communautaire, etc.

En plus des stratégies mises en place par les organisations, les intervenants eux-mêmes ont à se donner les moyens de maintenir leur équilibre affectif, de développer leurs ressources personnelles et d'adopter des attitudes adéquates qui leurs permettront de faire face au stress et de le gérer d'une manière efficace. Voici quelques pistes fournies par Mitchell (1993); Laube-Morgan (1992); Duchesneau et Lamontagne (1987); Horn et Solomon (1986) et Ghadirian (1984):

- reconnaître la réalité de la crise, en avoir une compréhension claire et précise, et rechercher une solution réaliste et pratique;
- évaluer ses ressources personnelles et ajuster les exigences professionnelles et sociales;
- réviser l'attitude sociale de compétition et de réussite;
- renforcer les liens et la communication avec les membres de la famille et la société;
- identifier ses zones de force et de faiblesse;
- reconnaître les signes précoce de stress;
- s'allouer repos et loisirs;
- privilégier les modes de distractions externes (choix individuel);
- ne pas être en permanence dans l'agir, mais également dans la réflexion;
- partager son expérience;
- équilibrer sa vie personnelle et professionnelle;
- balancer sa charge de travail et ses clients (victimes et non- victimes);

- être conscient de ses limites personnelles et les respecter;
- limiter le travail le soir et les fins de semaine;
- avoir des attentes réalistes;
- se donner la permission d'avoir des émotions fortes;
- se trouver du support;
- s'engager dans un travail politique pour un changement social;
- participer dans des activités qui apportent espoir et optimisme.

La gestion du stress traumatique comporte plusieurs composantes. Les gens qui savent reconnaître les signes précurseurs ou les symptômes de stress et demandent de l'aide rapidement, se rétablissent plus vite, s'absentent moins longtemps du travail et ont un meilleur moral (Myers, 1989). La performance au travail se trouve ainsi améliorée. Travailler en situation d'urgence peut avoir des conséquences importantes pour certains intervenants. L'individu, étant un être de relations, est influencé par son environnement. À cet égard, le cadre théorique et la méthodologie expliquent la logique de ces interactions.

CHAPITRE III

UN CADRE DE RÉFÉRENCE ET UNE MÉTHODOLOGIE

CHAPITRE III

UN CADRE DE RÉFÉRENCE ET UNE MÉTHODOLOGIE

*Le sens des choses réside
non pas en elles-mêmes, mais
dans notre attitude à leur égard.*

Antoine de Saint-Exupéry

A - UN CADRE DE RÉFÉRENCE: L'APPROCHE ÉCOLOGIQUE DE LA SANTÉ

La recension des écrits expose les difficultés inhérentes au travail en situation de sinistre et les impacts sur la santé des intervenants. Ainsi, le cadre théorique permettra de comprendre et d'expliquer les interactions entre l'individu et son environnement de travail. À cet effet, l'approche écologique de la santé s'avère particulièrement utile pour analyser ce processus interactionnel. Elle sera enrichie par le modèle de Warheit (1979) qui permet d'estimer l'impact d'un désastre sur la santé mentale.

Le modèle écologique de la santé

Cette approche analyse les problèmes de santé et de bien-être sous l'angle des déterminants biopsychosociaux en tenant compte des dimensions personnelle, familiale, institutionnelle et sociétale. Les principaux éléments de ce modèle se réfèrent à des notions d'individu, de santé, d'environnement et de système. En effet, « l'approche écologique identifie les environnements, étudie les liens qui les unissent et leur influence sur le comportement de l'individu » (Comité de la santé mentale du Québec, 1985:185). Bronfenbrenner (1979) et Blanchet (1990) ont modulé cette approche selon leur champ d'intérêt réciproque. Bronfenbrenner a élaboré les éléments de base. Il « s'est attaché à reconnaître et à caractériser le processus par lequel un individu ou une famille est influencé par différents facteurs externes qu'il tente en retour de modifier » (Comité de la santé mentale du Québec, 1985:186). Dans la perspective écologique, le développement de la personne se conçoit en relation avec son milieu et son comportement résulte d'un processus d'adaptation à celui-ci.

Cette approche est appliquée à la psychologie du développement comme un processus continu d'accommodation mutuelle entre la personne en développement et son milieu en changement, processus lui-même influencé par les contextes plus globaux auquel il participe (MSSS, 1995:16).

L'individu est un élément dynamique dont la relation avec son milieu se caractérise par la réciprocité. Cette relation est marquée par l'influence de l'environnement écologique (MSSS, 1995:16).

L'analyse écologique est multifactorielle et identifie cinq déterminants⁵ de la santé et du bien-être (Bronfenbrenner, 1979). Ces déterminants sont:

- les déterminants biologiques: éléments de la biologie humaine (sex, âge, hérédité, défenses immunitaires);
- les déterminants environnementaux: l'environnement physique, social, économique, le réseau de soutien, le milieu et conditions de travail;
- le stress « processus d'adaptation entre l'individu et son environnement »;
- les habitudes de vie: alimentation, tabagisme, exercice physique etc.;
- le système de soins « L'ensemble des ressources structurées en vue de fournir des services et des soins ».

Les déterminants biologiques et les habitudes de vie sont reliés aux facteurs individuels, les déterminants environnementaux et le stress se rapportent au milieu de vie tandis que le système de soins est lié aux services. Ces déterminants sont en constante interaction et s'influencent les uns les autres. Le modèle écologique de la santé peut être illustré par le diagramme de l'annexe A. Les déterminants cités ci-dessus constituent des facteurs qui influencent l'état de santé d'une personne.

Ils sont appelés facteurs de robustesse ou facteurs de protection s'ils ont une influence positive sur la santé. Ils contribuent à améliorer l'état de santé de la personne. Ils sont appelés facteurs de risque s'ils ont une influence négative sur la santé... Ils contribuent à détériorer l'état de santé de la personne (Vézina, 1999).

⁵ Un déterminant étant un facteur neutre qui définit la santé au plan opérationnel (Vézina, 1999).

Pour les fins de notre étude, ce modèle sera adapté aux facteurs de vulnérabilité tels que présentés dans la recension des écrits. Ainsi, l'intervenant, l'événement et le travail deviennent les déterminants neutres alors que les facteurs de vulnérabilité peuvent se classifier selon leurs qualités en facteurs de robustesse ou de protection et en facteurs de risque. Toujours est-il que la présence des facteurs défavorables à la santé augmente le stress vécu par les intervenants et risque d'affecter leur santé mentale et physique alors que la présence de facteurs favorables à la santé permet à l'intervenant de conserver son équilibre dynamique.

Blanchet et *al.* (1990) mettent en évidence l'aspect systémique de cette approche. Ils utilisent les notions de système et d'interaction entre les sous-systèmes pour analyser la santé mentale des individus. Ils affirment que la santé mentale d'une personne est déterminée par des conditions multiples qui interagissent entre elles. Elle se structure autour de six sous-systèmes interdépendants et s'influencent l'un l'autre:

- l'ontosystème fait référence à l'état psychologique des individus;
- le microsystème représente la famille, sa forme, sa composition son insertion dans le réseau de la parenté, les relations qui s'y vivent;
- le mésosystème comprend les réseaux sociaux auxquels chacun participe: milieu de travail, milieu scolaire, voisinage, groupe d'amis;
- l'exosystème désigne les instances administratives, juridiques ou politiques qui encadrent la vie sociale;
- le macrosystème consiste dans l'ensemble des croyances, valeurs et idéologies qui sous-tendent l'organisation de la vie collective, telle qu'elle s'exprime à d'autres

plans;

- le chronosystème constitue l'évolution du phénomène dans le temps.

Ces six sous-systèmes influencent la relation de la personne à son milieu. Dans le cadre du travail en situation d'urgence, tous ces sous-systèmes sont concernés. Ils interagissent et s'influencent mutuellement. La pertinence d'utiliser l'approche écologique se justifie par la considération de l'environnement comme déterminant majeur du bien-être de la personne.

De ce modèle, on peut toutefois comprendre... que les cibles d'interventions soient des régions ou des groupes d'individus menacés par des problèmes spécifiques et partageant des facteurs de risque qui leur sont particuliers (Hagen et Paul, 1987:8).

Le modèle de Warheit (MSSS:1992)

Les intervenants travaillant en mesure d'urgence sont confrontés à des situations bouleversantes qui menacent leur équilibre dynamique. Ils ont à déployer leurs mécanismes d'adaptation afin de composer avec un environnement sans cesse générateur de stress. George Warheit (1979) a proposé un paradigme permettant de comprendre le processus d'adaptation d'un individu et d'estimer l'impact d'un désastre sur la santé mentale. Il affirme qu'il existe une relation systématique entre les événements de la vie, les ressources d'adaptation de l'individu, le stress et les conséquences du stress. Ces éléments sont hautement interactifs.

Les facteurs qui vont influencer la capacité d'adaptation d'un individu se regroupent en cinq éléments:

- la constitution biologique de l'individu;
- les caractéristiques psychologiques;
- la culture (croyance);
- la structure sociale (les relations interpersonnelles, les ressources sociales, économiques);
- l'environnement géophysique.

Lorsque l'individu s'efforce de répondre aux exigences des événements de la vie ou lorsqu'il vit une situation de crise, il utilise dans un premier temps ses caractéristiques idiosyncratiques, c'est-à-dire ses ressources psychologiques, physiques et génétiques. Si elles sont insuffisantes et que la personne se sent instable et menacée, elle aura alors recours aux sources de soutien de son environnement immédiat. Si les membres de son réseau sont inaccessibles ou inappropriés, elle ira chercher de l'aide auprès des organismes dans la communauté, entre autres, les services sociaux. Aguilera et Messick (1981) confirment cette théorie en affirmant que lors d'un événement stressant, la présence de facteurs d'équilibre permettra à l'individu de s'adapter sainement et d'éviter une situation de crise. Les principaux facteurs qui entrent en ligne de compte sont une perception réaliste de l'événement, un support situationnel adéquat et des mécanismes d'adaptation appropriés. Lorsque ces éléments sont présents, la personne retrouve rapidement son équilibre et évite la situation de crise.

B - LA DÉFINITION DES CONCEPTS

Pour les fins de cette étude, les notions de santé mentale, d'adaptation, de résilience, d'environnement et de stress constituent les éléments clés du modèle conceptuel.

La santé est définie comme « le résultat du processus d'adaptation entre l'individu et son milieu, qui se traduit par la capacité de mener à bien ses activités habituelles » (Conseil des affaires sociales et de la famille, 1985:3). Pris dans le sens global, la santé est influencée par quatre facteurs importants: la biologie humaine, le comportement individuel, le milieu psychosocial et le milieu physique. Elle résulte d'une interaction constante entre l'individu et son milieu. Le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être reposent sur un partage équilibré des responsabilités entre les individus, les familles et les milieux de vie, les pouvoirs publics et l'ensemble des secteurs d'activité de la vie collective. Les interventions préventives à l'égard de la santé et du bien-être de la population représentent un investissement pour la société.

La santé mentale peut être comprise comme « l'état d'équilibre psychique d'une personne à un moment donné » (MSSS, 1994:7). Elle s'évalue à partir de trois éléments: le niveau de bien-être subjectif, l'exercice des capacités mentales et la qualité des relations avec le milieu. Selon le MSSS, (1994) la santé mentale comporte trois dimensions: la dimension biologique, psycho-développementale et contextuelle:

- l'axe biologique correspond aux composantes génétiques et physiologiques;

- l'axe psycho-développemental se rapporte aux aspects affectif, cognitif et relationnel;
- l'axe contextuel met l'accent sur l'insertion de l'individu dans un environnement et sur ses relations avec son milieu.

Lors de l'évaluation de l'état de santé mentale, ces trois composantes entrent en jeu, mais c'est la caractéristique psycho-développementale qui est l'élément majeur. « Ainsi, la santé mentale d'une personne s'apprécie à sa capacité d'utiliser ses émotions de façon appropriée dans les actions qu'elle pose (affectif), d'établir des raisonnements qui lui permettent d'adapter ses gestes aux circonstances (cognitif) et de composer de façon significative avec son environnement (relationnel) » (MSSS, 1989:21).

Pour Santé et Bien-être social Canada (1988), « la santé mentale est la capacité de l'individu, du groupe et de l'environnement d'avoir des interactions qui contribuent au bien-être subjectif, au développement et à l'emploi optimal des capacités mentales (cognitives, affectives et relationnelles) à la réalisation de buts individuels et collectifs justes et à la création d'égalité fondamentale » (1988:6).

L'adaptation représente « un ensemble de processus par lesquels tout individu parvient, dans son environnement, à se réaliser sur le plan personnel et à trouver satisfaction » (Pampalon, 1980:18). « La réaction de l'individu à son environnement est aussi totale en ce sens qu'elle implique simultanément toutes ses composantes physique, intellectuelle, émotive, sociale et culturelle » (Pampalon, 1980:17). Il est bon de rappeler que les difficultés

rencontrées résultent d'un déficit important de la capacité d'adaptation se manifestant par des difficultés significatives d'interaction avec un ou plusieurs éléments de l'environnement de travail, de l'environnement social ou familial.

La résilience est un autre concept qui peut être utile dans la compréhension des impacts du travail en mesure d'urgence sur la santé. Elle se définit comme « la capacité d'une personne d'affronter les situations difficiles de la vie.... C'est la capacité à réussir alors même que l'on doit affronter des circonstances difficiles. Elle requiert de la résistance et un esprit constructif. C'est aussi la capacité à réussir, de manière acceptable pour la société, en dépit d'un stress ou d'une adversité qui comporte normalement le risque grave d'une issue négative » (Vanistendael 1996:5,7) .

Le concept de résilience possède deux composantes:

- la résistance à la destruction, c'est-à-dire la capacité de l'individu à protéger son intégrité quand il est soumis à de fortes pressions;
- la capacité à se construire une vie riche en dépit de circonstances difficiles.

Vanistendael (1996) souligne que la résilience peut se manifester sous différentes formes comme par exemple: surmonter une accumulation de facteurs de stress et de tension, conserver des aptitudes dans le danger, se rétablir d'un traumatisme et réussir sa vie. À la lumière de ces informations, nous pouvons affirmer que les intervenants résilients sont ceux qui, malgré une augmentation significative de leur niveau de stress, malgré une exposition

au désastre et la promiscuité des victimes, ont été en mesure de réaliser leur tâche de manière efficace et efficiente, dans des circonstances difficiles.

« L'environnement est constitué par l'ensemble des facteurs physiques, chimiques, biologiques et sociaux qui exercent une influence décelable sur la santé et le bien-être des individus et des collectivités » (OMS, 1972). Maldague (1975) corrobore cette définition en affirmant que l'environnement de l'homme est « un tout complexe et changeant, aux innombrables facettes ou interviennent le milieu familial, le milieu social, le milieu culturel, le(s) milieu(x) de travail, le(s) milieu(x) de loisirs et où agissent et interfèrent à la fois éléments artificiels et naturels » (Pampalon, 1980:16). Pour sa part, Maldonado (1972) signale que « l'homme et son environnement sont ontogénétiquement et phylogénétiquement liés » (Pampalon, 1980:16). L'homme, par ses pensées et ses actes, construit son environnement, et, inversement, l'environnement marque l'homme dans ses aspirations et ses réalisations (Pampalon, 1980).

Le stress se considère selon trois dimensions lors de l'analyse des répercussions du travail en situation d'urgence: le stress psychologique, le stress professionnel et le stress post-traumatique. Le chercheur Hans Selye, physiologiste reconnu, a été le premier, dans les années 1970, à identifier le stress (Loo, 1984). Il le définit comme « la réponse non spécifique que donne le corps à toute demande qui lui est faite » (Loo, 1984:18). Pour sa part, Ghadirian (1984) stipule que le stress mental se manifeste en présence d'un déséquilibre entre les exigences auxquelles un individu doit faire face et sa capacité d'y répondre (Ghadirian,

1984:673). Robitaille (1998) souligne que « les facteurs de stress se définissent comme étant des pressions ou des stimulations exercées sur la personne, provoquant chez celle-ci des réponses ou réactions physiologiques ou psychologiques non spécifiques, mais pathogènes en cas de surexposition chronique ou aiguë » (1998:23).

Le stress est donc considéré comme un mécanisme d'adaptation et de survie. C'est un phénomène normal et nécessaire au bon fonctionnement des individus. Toutefois, il peut affecter la personne de façon négative au moment où les stresseurs deviennent particulièrement intenses. En situation de désastre naturel ou technologique, le stress est de type aigu, subit et ponctuel (Duchesneau et Lamontagne, 1987). L'adaptation au stress est un processus qui dépend largement de la capacité de l'individu d'évaluer intelligemment les exigences de son milieu et de réagir de façon adéquate. L'environnement de travail est un déterminant important de la santé mentale (Duchesneau et Lamontagne, 1987). À cet effet, Bourbonnais et Comeau (1998) dégagent deux caractéristiques de l'environnement psychosocial du travail qui accroissent le stress vécu par les travailleurs et peuvent amener à court et moyen terme des problèmes de santé physique et mentale. Il s'agit de la demande psychologique et de la latitude décisionnelle au travail.

La demande psychologique de travail concerne la quantité et la complexité du travail et les contraintes de temps... la latitude décisionnelle concerne l'utilisation des qualifications, c'est-à-dire la capacité d'utiliser ses habiletés et ses qualifications et d'en développer de nouvelles... et la possibilité de choisir la manière de faire son travail et de participer aux décisions qui s'y rattachent... Ce n'est donc pas uniquement la demande psychologique qui joue un rôle important dans le développement des problèmes de santé mentale au travail, mais plutôt la tension engendrée par la combinaison d'une demande psychologique élevée et d'une faible attitude décisionnelle (1998:16).

Lors d'un sinistre, le travail à effectuer est particulièrement complexe, les sollicitations abondent et les décisions à prendre sont nombreuses (Duchesneau et Lamontagne, 1987). Le stress professionnel provient de la non-concordance entre les désirs de l'individu et les exigences de son emploi. Lors d'une accumulation de stress professionnel, le stresseur est chronique et il y a risque d'épuisement professionnel (Loo, 1984).

Pour sa part, Patrick (1979) précise que l'épuisement professionnel est un phénomène qui résulte de l'exposition prolongée au stress professionnel et qui se traduit par différents signes. Freudenberger et Robbins (1979) les énumèrent ainsi:

- symptômes d'épuisement émotionnel (ennui, découragement et dépression);
- orientation vers des attitudes négatives (cynisme, perte de compassion);
- sentiment de dépréciation personnelle et altération de l'image de soi;
- diminution de la flexibilité, en particulier au plan du processus de décision.
-

Certains facteurs de stress sont spécifiques aux professions d'aidant (psychologues, travailleurs sociaux, etc.). Ce sont l'isolement professionnel, l'exigence émotionnelle d'être toujours empathique et le succès ambigu (Bermak, 1977). À cela Farber et Heifetz (1982) ajoutent le manque de succès du thérapeute et la non-réciprocité du don et de l'attention. Ces symptômes peuvent être le cheminement final d'une exposition continue au matériel traumatisante qui ne peut pas être assimilé ou travaillé.

Les symptômes du burnout sont analogues à ceux vécus par les survivants de traumatismes en état de choc par leur comportement de fuite et leur incapacité à gérer le matériel traumatique (McCann, Pearlman, 1990:134) (traduction de l'auteur).

Pour Danieli (1981) et Haley (1974), il est plus difficile de travailler avec des personnes traumatisées parce que les thérapeutes sont exposés émotionnellement à des images troublantes d'horreur et de souffrance caractéristiques des traumatismes graves. Il spécifie que les infirmières travaillant dans des départements d'urgence sont quotidiennement exposées à la souffrance humaine, ce qui peut ébranler leurs défenses émotionnelles et leur causer un stress significatif. Ceux qui aident souffrent indirectement de la souffrance des blessés. « Travailler avec les gens malades et blessés, est l'une des formes les plus stressantes de l'activité humaine » (Mitchell, 1993:4) (traduction de l'auteur).

Le stress post-traumatique est le stress provoqué par un événement grave, hors du commun et considéré comme non caractéristique de l'expérience humaine normale. L'augmentation importante du niveau de stress peut engendrer une rupture de l'équilibre dynamique de la personne qui vit un traumatisme. Le stress post-traumatique se manifeste par une série de réactions identifiables au plan physique, émotif, comportemental et cognitif qui traduisent la détresse normalement ressentie à la suite d'un événement traumatisant. À cet effet, Lazar-Black (1996) souligne que:

Les événements traumatisants peuvent entraîner une série de réactions psychologiques, physiques et cognitives, et même un état de choc qui plongera la personne dans un profond engourdissement et la laissera complètement détachée ou désorientée. Voici quelques-unes des conséquences liées à l'état de choc: le déni de la réalité, la peur ou la colère, la culpabilité ou le sentiment d'impuissance, le choc physiologique (transpiration, nausée, perte du contrôle de la vessie ou du sphincter, tremblement, pleurs ou rire (1996).

Elle spécifie que, généralement, ces symptômes se résorbent après quelques temps. Cependant, certaines personnes seront affectées plus sérieusement dans leur fonctionnement et leur capacité d'interagir avec leur environnement. À cet effet, Horowitz (1976) précise que, lors d'événements très stressants, les victimes expérimentent la détresse et les pensées récurrentes. Les réponses individuelles au désastre sont cycliques et oscillent entre la fuite et les intrusions. Ces modèles d'ajustement constituent une tentative pour restaurer l'équilibre entre soi et la nouvelle réalité apportée par l'événement.

Les intervenants qui sont appelés à travailler auprès des populations sinistrées peuvent à un moment donné ressentir des symptômes analogues. Graham (1981), intervenante auprès des victimes d'assaut et de leur famille ainsi qu'auprès du personnel de l'urgence et des équipes de sauvetage, a remarqué chez tous les individus, les victimes comme les intervenants, la présence des mêmes symptômes de stress: fatigabilité accrue, insomnie, problèmes digestifs, irritabilité, problèmes familiaux, baisse de l'enthousiasme, voire cynisme au travail.

Le sinistre ou les victimes comme telles peuvent jouer le rôle de stimuli et devenir les éléments déclencheurs de problèmes à court, moyen ou long terme chez certains travailleurs. Selon Mitchell (1985), le stress post-traumatique déclenche chez les travailleurs diverses réactions, entre autres une détérioration de la performance au travail, des changements de personnalité, de l'anxiété, des difficultés de relations, des réactions d'opposition, de la dépression et des idées suicidaires. Les réactions de stress post-traumatique peuvent se manifester à retardement puisque, dans le feu de l'action, les travailleurs sont peu à l'écoute de leurs signaux. Le stress traumatique, s'il n'est pas reconnu et traité, peut devenir une menace pour la santé mentale. Dans le cadre du travail, les situations hautement stressantes sont appelées des incidents critiques. C'est Mitchell (1985) qui introduit ce concept d'incident critique. Il le définit comme un événement hors de l'ordinaire qui se produit dans le cadre du travail, qui fait un vivre un stress important au travailleur et qui le confronte à d'importants symptômes de stress.

Le stress sur l'incident critique, une forme aiguë de désordre de stress post-traumatique, a également été observé chez les travailleurs d'urgence qui vont sur les lieux d'un sinistre ou d'un accident impliquant des pertes de vie humaine (Mitchell, 1985:135) (traduction de l'auteur).

S'il n'est pas traité, le stress provoqué par un incident critique peut devenir un désordre de stress post-traumatique. Les réactions aux incidents critiques sont les mêmes que celles du stress post-traumatique: colère, pleurs, troubles familiaux, problèmes de santé, problèmes de sommeil. Chez les intervenants, les nombreuses sollicitations des personnes sinistrées, les conditions de travail particulières, les modifications de tâche et d'approche ainsi que les

pressions médiatiques compliquent le travail et contribuent à augmenter le niveau de stress. Il peut même arriver parfois que les intervenants aient de la difficulté à identifier leurs limites et aillent au-delà de leurs ressources. De plus, les effets cumulatifs d'incidents critiques peuvent agir sur l'équilibre dynamique des intervenants, les rendant ainsi plus vulnérables en situation de stress.

C - UNE MÉTHODOLOGIE

La stratégie de recherche retenue repose sur l'approche qualitative. Celle-ci permet d'analyser les relations entre les conditions de travail et les difficultés vécues à la suite de l'intervention en mesures d'urgence, selon le point de vue des intervenants. L'approche qualitative part du fait que « la vie quotidienne peut fournir des sujets de recherche et servir de laboratoire ». Elle « privilégie l'expérience comme matériel de base à la reconstruction du savoir ». Elle « s'inspire de l'expérience de la vie quotidienne et du sens commun qu'elle essaie de systématiser... Elle se concentre plutôt sur des processus sociaux, sur le sens que les personnes et les collectivités donnent à l'action, sur la vie quotidienne, sur la construction de la réalité sociale » (Deslauriers, 1991:3-6-8).

Rappelons que cette approche donne accès à la vision des intervenants, à leur perception de la réalité et à leur ressenti. Elle permet de préciser comment les intervenants perçoivent et interprètent les impacts de leurs interventions lors de l'application des mesures

d'urgence en analysant le contenu des entretiens au plan symbolique, c'est-à-dire selon le sens qu'ils donnent à cette situation.

Les paramètres de l'étude

Délimitation de l'aire territoriale. L'analyse s'effectue dans la région du Saguenay. Chacun des trois CLSC du territoire devait prendre en charge les services psychosociaux à donner à la population de son secteur.

Délimitation de la population à l'étude. La population cible demeure les intervenants psychosociaux des centres locaux de services communautaires (CLSC) de la région du Saguenay qui ont travaillé à l'application des mesures d'urgence lors des inondations de juillet 1996. Les intervenants des CLSC de la Jonquière, du Fjord et du Grand Chicoutimi ont volontiers prêté leur collaboration à cette recherche. Les vingt-trois intervenants ont été sélectionnés indépendamment de leur statut d'emploi, de leur secteur de travail, de leur formation et de leur expérience dans le réseau de la santé et des services sociaux. Le critère retenu était celui de l'engagement dans les mesures d'urgences psychosociales lors des inondations de juillet 1996.

La technique de collecte des données

La présente étude vise à accroître les connaissances sur le vécu des intervenants psychosociaux qui travaillent à l'application des mesures d'urgence lorsque survient un

sinistre. La cueillette des données, par entrevues semi-structurées, a été réalisée en mai et juin 1998. L'entrevue semi-dirigée a été privilégiée pour circonscrire l'observation en premier lieu et, en second lieu, orienter le traitement du phénomène étudié. Parmi les thèmes de discussion proposés, nous retrouvons les conditions de travail, l'événement et l'intervenant. Le premier thème portant sur le travail a permis de situer l'intervenant dans les fonctions qu'il occupait lors de son travail auprès des sinistrés. Il précise la durée du temps consacré au travail en mesures d'urgence, le type de tâches effectuées et les différences et ressemblances avec le travail régulier. Cette catégorie présente également les éléments de satisfaction et les éléments d'insatisfaction au plan personnel, professionnel et organisationnel. En plus de dégager leur perception à l'égard des attentes de la population, du rôle joué par les médias et de la circulation de l'information, les intervenants devaient se prononcer sur les caractéristiques qui leur sont essentielles pour bien fonctionner dans le contexte des mesures d'urgence.

Le second thème se rapportant à l'événement avait pour objectif de cerner le plus fidèlement possible le vécu des intervenants lors des inondations. Il donne accès à l'expérience personnelle et dégage les éléments de stress et les effets ressentis à court et moyen terme. Le troisième thème concernant l'intervenant estime l'état de vulnérabilité des répondants, les impacts qu'a eus leur engagement dans les mesures d'urgence sur leur santé biopsychosociale et sur leur travail habituel. Cette étape clarifie également les moyens utilisés pour gérer le stress ainsi que leur perception sur le rôle joué par l'organisme dans le support accordé aux intervenants. En terminant, les intervenants ont précisé le souvenir laissé par cet épisode et ont émis leurs recommandations à l'égard de la gestion et de l'intervention en situation de sinistre.

L'annexe B présente le protocole d'entrevue utilisé lors de la cueillette des données.

La durée des entretiens a été d'environ une heure trente minutes. Tous les intervenants ont été informés des objectifs de la recherche et ont signé un formulaire de consentement (annexe C)

Les informations factuelles ont été principalement tirées d'articles portant sur les travaux des différents groupes de recherche sur le sujet ainsi que des publications officielles gouvernementales du MSSS et de Santé et Bien-être-social Canada.

En résumé, cette recherche se veut une démarche vers la mise en place de structures et de conditions permettant aux intervenants sociaux de mieux répondre aux besoins d'une population touchée par un événement traumatisant, puis de minimiser les risques de décompensation en optimisant l'impact de leurs interventions. En améliorant les conditions de vie des travailleurs, en agissant sur les facteurs de risques auxquels ils sont confrontés, il sera alors possible de diminuer les impacts négatifs engendrés par le travail en situation d'urgence. Cette étude peut être utilisée dans un premier temps pour sensibiliser les gestionnaires aux facteurs de risques auxquels sont confrontés les intervenants. Dans un deuxième temps, elle peut servir d'incitatif afin que les employeurs mettent en place des mécanismes permettant d'assurer la protection psychologique de leur personnel. À cet égard, Le Conseil des affaires sociales et de la famille précise que les mesures qui visent à renforcer l'individu et à modifier

l'environnement auront de plus grandes chances de réduire les problèmes de santé mentale (MSSS, 1985). Cette affirmation convient parfaitement aux individus qui interviennent dans l'application des mesures d'urgence.

Les intervenants qui ont travaillé lors des inondations de juillet 1996 ont œuvré dans un environnement inhabituel. Dans la perspective qualitative, la réalité subjective des intervenants sert de matériel d'analyse. À ce stade, le chapitre suivant présente, analyse et interprète le contenu des entretiens obtenus par le biais d'entrevues semi-structurees.

CHAPITRE IV

LA PRÉSENTATION, L'ANALYSE ET L'INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

CHAPITRE IV

LA PRÉSENTATION, L'ANALYSE ET L'INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

*Les choses ne changent pas.
Seule notre façon de les voir change.*

Carlos Castaneda

A - LA PRÉSENTATION ET L'ANALYSE DES RÉSULTATS

Les données recueillies au cours de la présente recherche ont été regroupées sous trois grands thèmes: le travail effectué, l'événement et l'intervenant. Dans la logique de cette perspective, il y a lieu d'examiner, dans un premier temps les différentes tâches qu'ont effectuées les intervenants sociaux lors des inondations qu'a connu la région du Saguenay à l'été 1996. Par la suite, il s'agit de jeter un regard sur les faits tels qu'ils ont été vécus par ces derniers. Enfin, il convient de clarifier l'expérience subjective des répondants lors de leur intervention. L'analyse des données ainsi complétée, il sera possible de procéder à

l'interprétation des résultats et de dégager les conséquences sur leur santé biopsychosociale qu'a eues leur engagement dans les mesures d'urgence. Les recommandations formulées par les intervenants viendront clôturer ce chapitre.

Caractéristiques sociodémographiques des répondants

Il convient, avant de scruter le contenu livré par les intervenants lors des entrevues, de présenter les caractéristiques sociodémographiques de la population à l'étude. L'âge des intervenants s'échelonne entre vingt-huit et cinquante-quatre ans, pour une moyenne d'âge de quarante ans. Leur expérience dans le réseau de la santé et des services sociaux s'étend de quatre à vingt-six ans, pour atteindre une moyenne de seize ans. Dix-neuf répondants travaillent à plein temps dans un CLSC alors que quatre sont employés occasionnels sur la liste de rappel. Dans cet échantillonnage, dix-huit intervenants possèdent un baccalauréat en travail social, un détient un baccalauréat en psychologie et un autre en criminologie. Enfin, deux intervenants possèdent un diplôme de deuxième cycle, soit une maîtrise en psychologie et une autre en service social. Un intervenant a un diplôme d'étude collégial en technique de travail social avec deux années de scolarité au baccalauréat en travail social. Au plan de la situation de famille, huit intervenants sont mariés, sept sont conjoints de fait, quatre sont célibataires et quatre autres sont séparés ou divorcés, dont deux en rupture d'union après le déluge. En ce qui concerne la famille, quatre répondants ont un enfant, huit en ont deux, deux en ont trois alors que deux en ont quatre et enfin sept n'en ont aucun. Le tableau 1 à la page 76 schématise l'ensemble des caractéristiques sociodémographiques des répondants.

Tableau 1 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES RÉPONDANTS

Caractéristiques		nombre de répondants
Sexe:	féminin	20
	Masculin	3
Âge:	moins de trente ans	2
	de 30 à 39 ans	9
	de 40 à 49 ans	11
	50 ans et plus	1
Formation académique:		
	Diplôme d'études collégiales	1
	Baccalauréat: travail social	20
	criminologie	1
	psychologie	1
Expérience dans le réseau de la santé et des services sociaux:		
	moins de 5 ans	1
	de 5 à 9 ans	6
	de 10 à 15 ans	3
	de 16 à 19 ans	3
	20 ans et plus	10
Statut professionnel:		
	Employés réguliers	19
	employés occasionnels	4
Situation de famille:		
	marié ou union de fait	15
	séparé ou divorcé	4
	célibataire	4
Nombre d'enfants dans la famille:		
	Aucun	7
	1 enfant	4
	2 enfants	8
	3 enfants	2
	4 enfants	2

1 Le travail exécuté

Tous les intervenants rencontrés ont travaillé auprès des victimes du désastre dans un centre de services aux sinistrés. La plupart (n=19) sont intervenus dès les premières heures alors que certains (n=4) se sont joints dans les premiers jours du sinistre. La majorité (n=17) ont pris l'initiative de se rendre d'eux-mêmes au centre de services aux sinistrés et se sont rapportés à leur coordonnateur des mesures d'urgence. Des employés occasionnels (n=3) ont été rappelés au travail. En ce qui concerne le temps consacré au travail, il varie de quelques heures à quelques jours; certains (n=5) sont intervenus plusieurs semaines alors que d'autres (n=10), plusieurs mois; jusqu'à 8 mois à plein temps. D'ailleurs, même deux ans plus tard, certains intervenants affirment rencontrer des clients qui sont encore affectés par les inondations de juillet 1996.

Les tâches

À l'étape de l'action immédiate⁶, c'est-à-dire dans les moments qui précèdent ou qui suivent le sinistre, les différentes tâches accomplies par les intervenants ont été celles de l'accueil des personnes sinistrées, de l'évaluation de leurs besoins et de l'orientation vers les ressources appropriées. Le support, l'accompagnement ainsi que tout travail ponctuel exigé par la situation comme l'aide à l'évacuation, à la relocalisation dans un site d'hébergement ou à

⁶ "Un sinistre comporte quatre phases: la phase d'alerte, la phase d'impact, la phase de sauvetage et d'inventaire ainsi que la phase de rétablissement. À chacune de ces phases correspond une étape d'intervention biopsychosociale: l'action immédiate, l'action transitoire et le programme de retour à la vie normale (Msss, 1994, annexe D).

la réinsertion dans les résidences ont également fait partie de l'intervention en situation d'urgence. À cet égard un répondant précise: « J'ai fait de tout: du support, de l'écoute, de la planification et même des travaux de nettoyage et d'entretien.» Un autre de rappeler: « J'ai aidé à l'évacuation des gens et j'ai participé à monter le site d'hébergement, ce qui veut dire préparer des repas, voir au coucher et j'ai mis sur pied une garderie. Au début, on était très peu de personnes à travailler; on devait faire de tout.» À cette étape, certaines tâches sont spécifiques à la réponse psychosociale en mesure d'urgence. Le porte-à-porte, les relances téléphoniques, la participation aux réunions d'information organisées par la municipalité, l'élaboration et l'animation de séances de verbalisation ont fait suite aux interventions visant à combler les besoins essentiels. En plus du dépistage et de l'identification des populations à risque, les intervenants ont dû créer et diffuser des documents d'information destinés à l'ensemble de la population.

Dans l'action transitoire, c'est-à-dire au moment où les sites d'hébergement ont été fermés et où les gens ont repris leurs activités quotidiennes, certains intervenants ($n=7$) ont poursuivi leur travail à plein temps auprès des sinistrés. Par contre, d'autres ($n=11$) ont dû reprendre leur travail régulier tout en continuant de façon sporadique à intervenir auprès des victimes des inondations. Entre autres, les intervenants œuvrant en milieu scolaire ont travaillé avec différents acteurs sociaux (enseignants et directions d'école) afin de rejoindre les élèves qui ont été évacués en juillet 1996 et de dépister ceux qui étaient à risque de développer des séquelles psychologiques à la suite de leur exposition aux inondations. L'ensemble de ces tâches a exigé une attitude proactive de la part des intervenants. En effet, ceux-ci devaient

s'enquérir des besoins des populations sinistrées avant que celles-ci fassent des demandes de services ou de soutien émotif. À cet effet, un répondant émet le commentaire suivant: « Il fallait aller chercher la clientèle, faire de la sollicitation téléphonique, du porte à porte pour vérifier les besoins des gens. »

Quatre intervenants, appelés responsables-terrain, ont secondé le coordonnateur des mesures d'urgence. Dans le cadre de leurs responsabilités, ils ont eu à planifier les interventions psychosociales et la coordination des activités post-sinistres. Ils ont également eu à assurer les liens entre le coordonnateur et les intervenants, puis entre les différents partenaires et les médias. À cet effet, un important travail de collaboration s'est effectué avec les municipalités concernées, la Croix-Rouge et certains ordres professionnels (psychologues et travailleurs sociaux).

L'horaire de travail

Dans les premiers jours du sinistre, c'est-à-dire à l'étape de l'action immédiate, le nombre d'heures vouées à l'exécution des tâches a largement dépassé le cadre de travail régulier. Plusieurs (n=12) ont travaillé pendant des périodes de dix à douze heures. Un intervenant souligne « J'ai fait deux semaines de cent heures et, par la suite, des journées de dix heures. » De plus, certains ont travaillé la nuit afin d'assumer la garde sociale sur les sites d'hébergement. La quantité de travail était gigantesque et les ressources humaines limitées. Devant cette surcharge, les intervenants ont dû investir un nombre considérable d'heures. Dans les semaines qui ont suivi le désastre, l'horaire de travail s'est régularisé, quoique plusieurs intervenants (n=6) ont cumulé beaucoup de temps supplémentaire puisqu'ils ont dû

travailler en soirée, une bonne partie de l'automne.

Les différences et les ressemblances par rapport au travail régulier

La recension des écrits a permis de constater que les tâches effectuées tout au long d'un sinistre diffèrent du travail régulier et ce, à plusieurs égards. La philosophie d'intervention, le cadre de travail, les tâches à effectuer et la population desservie sont d'autant d'éléments qui demandent des ajustements de la part des intervenants. Pour certains (n=5), choisir l'option d'une attitude proactive a exigé un surcroît d'effort, alors que pour d'autres (n=9), cette manière d'agir est devenue une source de stimulation. L'un de dire: « On avait l'impression de solliciter la clientèle, c'était parfois difficile de s'approcher de certaines personnes » alors qu'un autre affirme: « Enfin on pouvait sortir de la routine, aller à l'extérieur du bureau, sur le terrain, rencontrer des gens et répondre à des besoins concrets. »

De plus, le contexte de travail, l'environnement dans lequel se déroulent les activités professionnelles et les partenaires côtoyés ajoutent une dimension d'inconnu et exigent des intervenants une certaine adaptation. « Les lieux, les gens, la promiscuité, l'horaire, les collègues, les clients non connus, le travail en public devant les gens, rien n'était pareil. » Le fait de côtoyer une population hétérogène, de répondre à des besoins primaires, de travailler à l'organisation matérielle et de ne pas être en mesure de planifier à l'avance son emploi du temps a donné l'impression à certains intervenants d'exercer leurs fonctions sans encadrement et sans structure. De plus, le contexte d'urgence a impliqué une certaine désorganisation, et les moyens de communication déficients ont rendu le travail plus complexe. Cependant, après

quelques jours, plus le type d'interventions à accomplir s'est rapproché de ce qui se fait dans le travail habituel, moins les différences étaient grandes. Par exemple, les répondants ont mentionné qu'ils pouvaient prendre plus de temps pour faire des entrevues structurées, des évaluations détaillées et de l'accompagnement vers les ressources du milieu. À cet effet, un intervenant précise: « Plus le ratissage se fait, plus les besoins se précisent et plus cela ressemble au travail habituel. »

Pour ce qui est des ressemblances, les intervenants qui travaillent habituellement en intervention de crise ou qui sont affectés aux différentes tâches de l'accueil psychosocial en CLSC ont eu l'impression de poursuivre leurs activités régulières de façon plus soutenue. En effet, l'accueil, l'évaluation, l'orientation et la référence font partie du quotidien de ces travailleurs. Ils se sont dits également habitués à travailler dans un climat de désorganisation où les activités sont intenses, leur déroulement imprévisible et le répit inexistant.

Les éléments de satisfaction à l'égard du travail accompli

Les éléments de satisfaction rapportés par les intervenants au tableau 2 de la page 84 se réfèrent principalement à la reconnaissance manifestée par les victimes à la suite des services rendus et à la confiance démontrée à leur égard. Le sentiment d'utilité, les rétroactions valorisantes des personnes sinistrées et les résultats concrets des interventions ont constitué un stimulant pour plusieurs. Un intervenant mentionne: « On était vu comme une bouée de sauvetage et on fonctionnait sur l'adrénaline, et j'avais le sentiment d'utiliser pleinement mon potentiel. » Les relations entre les professionnels ont été jugées favorables.

La disponibilité des intervenants, leur générosité, l'entraide et l'esprit d'équipe ont été retenus comme des éléments positifs et propices à la création d'un climat de travail supportant et stimulant. Un intervenant a mis en évidence ce propos: « Tout le monde avait le même objectif. Le partage des tâches se faisait rapidement. Pas de corporatisme, pas de barrière de profession. » Le travail d'équipe, la collaboration avec les partenaires, l'interdisciplinarité ainsi que la solidarité professionnelle ont été grandement appréciés. Un intervenant s'est exprimé ainsi: « J'ai vraiment eu l'impression de vivre la multidisciplinarité avec tout ce que ça comporte de complicité, de complémentarité et de solidarité professionnelle, tout en respectant l'autonomie et le respect des professions. »

Au plan organisationnel, certains répondants ont été agréablement impressionnés par l'efficacité des structures mises en place. À cet égard, deux éléments ont favorisé une planification rapide et adéquate des interventions. Premièrement, le plan des mesures d'urgence de plusieurs CLSC venait à peine d'être complété et la formation sur l'intervention psychosociale en cas de sinistre avait été donnée à plusieurs travailleurs. Deuxièmement, depuis quelques années, les responsables-terrain de chaque CLSC se rencontraient régulièrement pour mettre à jour leurs connaissances sur les mesures d'urgence. En plus de permettre l'échange d'informations pertinentes, ces rencontres renforçaient et validaient les opinions des intervenants en ce qui concerne l'importance d'être proactif lorsque survient un événement hors de l'ordinaire.

Un autre élément de satisfaction rapporté par les intervenants concerne le soutien

démontré par l'employeur dès le début de l'application des mesures d'urgence. Cet appui s'est manifesté entre autres par l'engagement de personnel surnuméraire, et par la marge de manœuvre laissée aux intervenants pour qu'ils réalisent les activités psychosociales prévues selon le plan des mesures d'urgence. Ce respect de l'autonomie professionnelle par les gestionnaires a été interprété comme une marque de confiance. Un intervenant a mentionné: « Sentir la vigilance de notre employeur par rapport à notre bien-être et l'écoute de la responsable-terrain nous faisait du bien.»

D'autres éléments ont facilité la tâche des intervenants: mentionnons le fait de travailler avec la même équipe, de demeurer au même endroit et de conserver une certaine stabilité dans l'horaire. Certains ont rapporté qu'ils pouvaient travailler en toute tranquillité d'esprit et se concentrer sur leurs activités professionnelles pour autant qu'ils savaient leurs proches en sécurité. « Je savais que mon conjoint était à la maison pour prendre la relève auprès des enfants. Ça me donnait tout mon temps pour intervenir. » D'autres ont souligné que le fait de connaître le milieu, les ressources et les populations simplifiait grandement le travail. Il y avait alors moins de perte de temps. Un autre élément aidant, et de loin le plus utile, est la formation en mesures d'urgence reçue dans les mois précédent le sinistre.

Tableau 2 ÉLÉMENTS DE SATISFACTION À L'ÉGARD DU TRAVAIL ACCOMPLI

Éléments de satisfaction	Nombre de mentions
• Reconnaissance de la part des sinistrés	5
• Sentiment d'utilité	6
• Rétroactions valorisantes de la population	2
• Résultats concrets de l'intervention	2
• Harmonie des relations professionnelles	2
• Disponibilité des intervenants	3
• Générosité et solidarité de l'ensemble des individus	4
• Entraide	4
• Esprit d'équipe	8
• Efficacité de l'organisation	3
• Soutien de l'employeur	4
• Respect de l'autonomie professionnelle	1
• Stabilité des équipes	2
• Régularité de l'horaire	3
• Connaissance du milieu, de la population et des ressources	1
• Formation reçue	6

Les difficultés rencontrées

Des éléments d'ordre situationnel, organisationnel et personnel ont été perçus difficiles pour plusieurs intervenants (tableau 3, page 86). Dans un premier temps, les images de dévastation omniprésentes, les pertes subies et la détresse incommensurable des victimes empêchaient certains intervenants d'éprouver de la satisfaction à l'égard de leurs actions. À cet effet, un intervenant a signalé: « Tout était vraiment trop gros, trop impressionnant pour

apprécier. Il y avait tellement de choses à faire qu'on ne voyait pas ce qui était fait. » Tous les intervenants ont ressenti un fort sentiment d'impuissance face à l'ampleur du désastre et au désarroi de l'ensemble des personnes sinistrées. Certains ont été davantage ébranlés par la souffrance des proches ou des collègues touchés par le sinistre. Au plan organisationnel, les nombreuses heures de travail ont généré beaucoup de fatigue chez l'ensemble des professionnels. Le contexte de travail (lieux, populations et partenaires inconnus, horaires, etc.) et les conditions matérielles (le manque de confort, la promiscuité, le bouleversement personnel, etc.) ont été désignés par certains comme des irritants qui s'ajoutaient à une tâche déjà difficile et complexe. De plus, les changements fréquents de directives augmentaient la confusion même si, rationnellement, on comprenait que l'information circulait difficilement. Le travail avec certains partenaires, qui ne connaissaient pas leur rôle et ignoraient leur mandat, a occasionné des frustrations en plus de ralentir les interventions.

Du point de vue des difficultés personnelles, il a été impossible pour certains de se dégager de la souffrance des gens. Ceux-ci se sont sentis coincés entre leurs besoins personnels et ceux de la population. D'autres ont vécu un conflit de rôle; ils ont été tiraillés entre leur famille et leur travail. « Je me suis sentie déchirée. D'un côté, la famille et le conjoint voulaient que je sois avec eux et, de l'autre, je voyais les grands besoins des personnes sinistrées et mes collègues dépassés. J'ai choisi la famille, mais je me sentais mal à l'aise, coupable. »

Tableau 3 DIFFICULTÉS RENCONTRÉES PAR LES INTERVENANTS LORS DE L'APPLICATION DES MESURES D'URGENCE

Difficultés rencontrées	Nombre de mentions
Difficultés d'ordre situationnel:	
• images de dévastation	2
• pertes occasionnées	2
• détresse des victimes	5
Difficultés d'ordre organisationnel:	
• nombreuses heures de travail	3
• contexte de travail (lieux, populations, partenaires inconnus)	7
• conditions matérielles (manque de confort, promiscuité)	2
• changements fréquents de directives	5
• difficultés de communication	5
Difficultés d'ordre personnel:	
• sentiment d'impuissance ressenti	4
• proches touchés par le sinistre	2
• fatigue ressentie	3
• respect de ses propres besoins	2
• incapacité de se dissocier de la souffrance des sinistrés	3
• conflits de rôle	2
• isolement	4

Le support reçu

En ce qui concerne le support reçu, les opinions sont divisées. Certains (n=11) se disent satisfaits du soutien accordé tant par l'employeur que par les collègues, alors que

d'autres (n=10) le qualifient d'inadéquat. La coprotection s'est traduite par des marques d'attention et de l'entraide entre collègues, et s'est manifestée à travers des échanges informels, des moments d'intimité, des paroles et des gestes d'encouragements partagés entre pairs.

La proximité de la famille est également perçue différemment. Alors que certains (n=4) ont trouvé plus facile d'être éloignés de leur famille puisqu'ainsi ils pouvaient se consacrer entièrement à leurs fonctions, d'autres (n=10) appréciaient grandement la possibilité de rentrer à la maison après leur période de travail. Cette situation leur permettait de prendre une certaine distance par rapport aux événements, de refaire le plein d'énergie tout en recevant du soutien de leurs proches.

Les attentes de la population

Par rapport aux attentes de la population à l'égard des travailleurs, ceux-ci s'accordent à dire que même si les besoins étaient grands, peu d'attentes étaient exprimées ouvertement par les personnes sinistrées. Ils en déduisent que les gens étaient trop désemparés pour identifier leurs besoins, en faire part aux intervenants et exiger une réponse. Par contre se faire offrir un service, sans en avoir fait la demande, semblait très apprécié. Cependant, quelques intervenants (n=4) ont perçu d'énormes attentes de la part des sinistrés et se sont sentis solliciter de toute part. À cet effet, l'un a signalé: « Cela exigeait des connaissances élargies pour répondre aux questions de tout ordre: environnement, psychologie, santé, etc. » Un autre de dire: « Les attentes étaient grandes, très grandes. Chaque besoin était le plus urgent et les gens comprenaient qu'on était dépassé. » Les attentes, quoique légitimes, n'étaient pas

manifestées clairement. Dans un premier temps, il a fallu répondre aux besoins primaires et aux demandes d'aide technique. Par la suite, les intervenants se sont centrés sur les besoins émotifs (rassurer, sécuriser, informer, ventiler et verbaliser).

D'autres répondants ont noté que les interventions avaient pour effet de permettre aux victimes de reconnaître leurs ressources personnelles, de les réutiliser efficacement et, ainsi, de reprendre du pouvoir sur leur vie. Tous les intervenants se sont accordés pour admettre que les personnes sinistrées manifestaient beaucoup de reconnaissance à leur égard. « Les services étaient vus comme un cadeau. Les gens nous disaient: "On ne s'attendait pas à avoir autant d'attention". C'était valorisant pour nous". »

Même si à l'occasion certaines personnes sinistrées exprimaient de l'agressivité et la dirigeaient parfois contre les intervenants, ces derniers étaient en mesure d'interpréter que cette colère ne leur revenait pas. Ils pouvaient recadrer la situation afin de ne pas prendre sur eux les frustrations des victimes. Plusieurs ont signalé, qu'à la suite de cette expérience douloureuse, la population a découvert l'existence des services psychosociaux des CLSC. La perception des individus à l'égard des CLSC avant le sinistre, était celle d'un établissement voué à offrir uniquement des services de santé.

Les médias

Tout au long de cet événement, la couverture médiatique a été très imposante, voire omniprésente. Les médias ont joué un rôle important quoique très controversé. La perception

des intervenants quant à la pertinence de leur engagement est partagée. En même temps qu'ils ont informé la population, ils ont participé à créer un climat d'angoisse et ont augmenté la détresse de la population en divulguant des informations erronées et en alimentant certaines rumeurs. Le sensationnalisme recherché par plusieurs médias a choqué plus d'un intervenant. Un répondant signale que « Des médias ont dramatisé; ils ont amplifié la tension et l'insécurité de plusieurs personnes...Les images percutantes et bouleversantes peuvent faire développer des malaises. » Certains intervenants ont dû s'interposer afin de protéger des victimes de l'inquisition malsaine de quelques journalistes en quête d'inédit. En situation de sinistre, les médias constituent pourtant un partenaire privilégié. Ils peuvent faciliter les communications et informer adéquatement la population sur l'état de la situation. Selon les répondants, ils auraient dû mettre l'accent sur ce qui fonctionnaient bien et publiciser les solutions, les services et les ressources disponibles.

Afin que la communication soit la plus efficace possible, il est clairement défini que les contacts avec les médias reviennent aux responsables-terrain. Ces derniers ont admis que cette tâche leur a occasionné un stress supplémentaire qu'ils parvenaient cependant à gérer adéquatement. Les autres intervenants étaient satisfaits de cette répartition de tâches et se sont dits contents de ne pas avoir eu à affronter le stress des médias. Un professionnel nous fait part de son expérience en ces termes: « Affronter les médias était une lourde responsabilité. Il fallait dire les vraies choses sans alerter. Il fallait informer sans dramatiser ni minimiser. Ce n'était pas facile. »

La circulation de l'information

Plusieurs intervenants ont signalé que la circulation de l'information a été une source importante de difficulté. Il y a eu beaucoup de confusion. Certains ont dit avoir manqué d'information et d'autres ont avoué avoir eu des renseignements erronés ou déformés. Il leur était alors impossible de transmettre des réponses justes aux demandes des gens. Il est arrivé aussi à l'occasion que les messages transmis étaient souvent mal interprétés. Des changements dans les directives et dans l'application des procédures, et, dans certains cas, l'absence de moyens de communication appropriés ou carrément inexistant ont complexifié l'échange d'information. Cette situation a exigé des démarches supplémentaires de la part des intervenants qui avaient le souci de transmettre les informations les plus fidèles possibles aux sinistrés. Certains intervenants ont mentionné que la circulation de l'information était adéquate, compte tenu de la situation. Au fur et à mesure que les services se sont structurés, les communications se sont améliorées. Les différents moyens mis à la disposition des intervenants tels cellulaires, rencontres d'informations aux changements de quart de travail et autres, ont été appréciés puisqu'ils ont facilité la tâche.

La formation

Seize des vingt-trois intervenants interrogés avaient reçu une formation de base⁷. Chacun d'eux a admis sa pertinence et son utilité. « La formation nous a permis d'être

⁷*L'intervention sociosanitaire dans le cadre des mesures d'urgence: volet psychosocial.* Ce programme de formation est offert par le MSSS aux intervenants sociaux afin de les préparer à faire face à un sinistre et de donner efficacement et rapidement les services requis.

rapidement efficaces... elle a donné une structure, un langage commun et une orientation. Cela nous a aidés à nous situer dans l'organigramme, dans notre mandat et dans notre rôle, et a évité le piétinement. » Cette formation a fourni un cadre spécifiant les rôles, les mandats et les tâches des différents partenaires. De plus, elle a eu un effet positif parce qu'elle a permis de sécuriser les intervenants pour qui l'expérience pratique en mesures d'urgence était quasi inexistante. Ceux qui n'avaient reçu cette formation avaient cependant de l'expérience en intervention de crise. Ils se sont associés à des intervenants déjà formés. Plusieurs travailleurs occasionnels ont déploré le fait qu'ils ont rarement accès aux formations données par l'employeur. Cependant, lors de situation de sinistre, ils sont rapidement rappelés au travail pour exercer des tâches que nécessitent les mesures d'urgence.

Les qualités requises

Les participants ont été consultés sur les qualités requises pour bien fonctionner dans le contexte de l'application des mesures d'urgence. L'analyse des réponses du tableau 4 de la page 92 fait ressortir qu'un bon équilibre affectif et émotif est considéré essentiel pour affronter des situations aussi stressantes. Au dire des répondants, une grande capacité d'adaptation permet d'intervenir dans des contextes différents avec des partenaires inconnus. Les intervenants qui ont eu à accomplir des tâches de toutes sortes et à côtoyer des personnes de mentalité, de formation et de culture différentes suggèrent que la souplesse, l'ouverture d'esprit et la capacité de travailler en équipe sont des qualités indispensables. De plus, la polyvalence est une caractéristique nécessaire aux intervenants. Celle-ci les rend capables d'intervenir auprès de populations variées aux prises avec de multiples problèmes. Plusieurs

sujets ont mentionné qu'il est important d'être professionnellement très sûre pour intervenir adéquatement en mesures d'urgence, car le travail et le climat de désorganisation exigent de faire preuve d'une grande autonomie professionnelle. Un bon jugement, une capacité d'écoute et d'observation sont également des qualités recherchées chez les intervenants qui appliquent les mesures d'urgence. Ces qualités permettent d'évaluer correctement les situations et de passer rapidement à l'action. Enfin, les intervenants doivent connaître leurs limites et les respecter s'ils veulent être efficaces.

Tableau 4 QUALITÉS REQUISES CHEZ LES INTERVENANTS POUR INTERVENIR EFFICACEMENT EN MESURES D'URGENCE

Qualités requises	Nombre de mentions
• Santé physique	2
• Équilibre psychique	2
• Capacité d'adaptation	7
• Souplesse	3
• Ouverture d'esprit	7
• Capacité de travailler en équipe	4
• Polyvalence	3
• Sécurité professionnelle	2
• Bon jugement	3
• Bonne capacité d'écoute et d'observation	2
• Bonne conscience de ses propres limites	3
• Capacité de les respecter	3
• Capacité de bien gérer son stress	10
• Disponibilité	2
• Débrouillardise	6

2 L'événement

Au moment où se sont produites les inondations, la majorité des intervenants (n=17) étaient en vacances. Considérant l'ampleur des besoins ainsi que le climat d'anxiété et la tension généralisée, plusieurs intervenants ont été proactifs. Ils se sont sentis responsables d'agir, étant donné la gravité de la situation. Sachant que leur collaboration serait essentielle dès les premières heures du sinistre, plusieurs se sont rapportés d'eux-mêmes à leur coordonnateur des mesures d'urgence sans qu'on ait à les convoquer. D'autres se sont mis sur un pied d'alerte, attendant d'être appelés. Le fait d'interrompre leurs vacances et de retourner au travail a été relativement facile pour la majorité. Ils ont été interpellés par l'ampleur des besoins; le sens du devoir a rapidement surpassé le souci du bien-être personnel. Certains ont même perçu cette occasion comme une chance inouïe de mettre en pratique une théorie acquise quelque temps auparavant. Les travailleurs occasionnels, employés à statut précaire, ont également été requis par les organismes. Pour eux, cet événement laissait entrevoir une intéressante possibilité de retour au travail. Il est important de noter que la motivation était plus grande chez les intervenants qui ont été engagés directement dans l'élaboration des plans de mesures d'urgence de leur organisme.

Deux des vingt-trois répondants ont été directement touchés par le sinistre. Ils ont été victimes de dommages matériels graves à leur domicile. Ces pertes ont eu d'importantes conséquences au plan personnel. Certains autres (n=12) ont subi quelques inconvénients mineurs tels: courte période d'évacuation, perte d'électricité et d'eau courante. D'autres ont été affectés indirectement par les pertes infligées aux membres de leur famille élargie. Leurs

parents, leurs frères ou sœurs ont été éprouvés à des degrés variables. Ces intervenants se trouvaient à l'aise d'intervenir puisqu'ils savaient que malgré les pertes, leurs proches recevaient toute l'aide requise.

Des conséquences au plan personnel

Au dire des intervenants, les conséquences de ce sinistre au plan personnel et professionnel sont variables. Elles s'expriment à la fois en impacts positifs et négatifs. Toutefois, une constante ressort clairement. Le nombre d'heures travaillées, le stress généré par la situation, l'intensité et la prolongation des interventions ont engendré un essoufflement généralisé chez les intervenants. Certains ont ressenti un épuisement si grand qu'ils ont dû réduire leurs activités sociales et professionnelles. D'autres ont été dans l'obligation d'interrompre le travail pendant un certain temps afin de récupérer. Un fort sentiment d'insécurité a été ressenti par les intervenants qui étaient vulnérables au départ et par ceux qui prévoyaient une issue négative à cet événement. Certains répondants ont été fragilisés par des situations difficiles, vécues quelque temps avant ou après le sinistre. L'engagement dans les mesures d'urgence, en plus des crises concomitantes, a eu pour effet de provoquer un déséquilibre chez les intervenants qui ont dû par la suite être en arrêt de travail.

Le fait que les intervenants n'aient pas pris de vacances ou très peu avant la catastrophe a influencé leur capacité de résistance. Par contre, ceux qui savaient qu'ils pourraient prendre leurs vacances comme ils les avaient planifiées, ont spécifié avoir puisé dans leurs réserves d'énergie pour poursuivre le travail. Un intervenant s'est exprimé ainsi:

« Ça me faisait rien d'investir beaucoup d'heures. Je savais que je partais en vacances avec ma famille comme prévu. » Pour plusieurs intervenants, l'année qui a suivi les inondations a été longue et pénible. « J'ai été fragilisée. Je me suis sentie vulnérable pendant un an. » Avec un certain recul, un répondant souligne qu'il y aurait certainement eu des impacts négatifs s'il avait résolu son conflit de rôle en choisissant le travail au lieu de la famille.

Fort heureusement, cet événement a aussi eu des effets bénéfiques. Au plan des conséquences positives, les intervenants mentionnent qu'ils ont fait beaucoup d'apprentissage en peu de temps et considèrent que cet épisode de travail a été très enrichissant sur le plan personnel et professionnel. À la suite de cet événement, tous considèrent avoir développé leur potentiel professionnel. Cet épisode de travail leur a permis de découvrir des forces qu'ils ignoraient et d'utiliser au maximum leurs ressources. Plusieurs ont ressenti un fort sentiment de compétence et ont été confirmés dans leurs valeurs (respect des individus, des forces de chacun). Certains ont pris davantage conscience de l'importance de reconnaître et d'exprimer leurs limites et leurs besoins.

Les employés occasionnels ont pour leur part augmenté leur revenu, impact considéré très positif par les travailleurs à statut précaire. Tout comme leurs collègues, l'expertise acquise leur est très précieuse. L'ensemble des intervenants avouent avoir pris conscience de la vulnérabilité de la nature humaine. Quelques-uns avouent avoir développé une certaine insécurité par rapport aux forces de l'univers. Une hypervigilence s'est installée lorsque le temps devient particulièrement orageux.

Tableau 5 CONSÉQUENCES DE L'ENGAGEMENT EN MESURES D'URGENCE AU PLAN PERSONNEL

Conséquences	Nombre de mentions
Conséquences positives:	
• découverte de forces et de ressources personnelles	4
• sentiment de compétence	2
• prise de conscience des limites personnelles	1
• augmentation des revenus	2
Conséquences négatives:	
• essoufflement	3
• grande fatigue	13
• diminution des activités sociales	2
• sentiment d'insécurité	4
• perte de la capacité de résistance	4
• sentiment de fragilité et de vulnérabilité	3
• congé de maladie	3

Des conséquences au plan professionnel

Les commentaires des intervenants relatifs aux impacts sur le travail de leur engagement dans les mesures d'urgence sur le travail généralement en termes positifs. Tous s'accordent à dire que cet épisode de travail leur a permis de développer leurs connaissances de l'intervention en mesures d'urgence et d'acquérir une très grande expertise. Ils ont également confirmé la nécessité d'être proactif en situation de crise et d'intervenir rapidement. Certains prétendent que l'intervention en mesures d'urgence ressemble à de l'intervention de

crise, en ce sens qu'il faut agir rapidement et efficacement.

Quelques-uns (n=3) affirment avoir découvert une nouvelle façon de travailler, en étant plus actifs, plus près des gens et moins bureaucratiques. D'autres (n=2) ont pu vérifier si ce type d'intervention leur convenait. Certains soulignent que le fait d'intervenir en mesures d'urgence leur a également permis d'améliorer leurs techniques d'accueil, de raffiner l'évaluation et d'augmenter leur capacité d'absorber les urgences quotidiennes. En plus d'expérimenter la multidisciplinarité à travers un travail d'équipe motivant, d'autres affirment avoir découvert la vie de groupe avec les collègues. Le fait de se côtoyer dans un contexte hors norme et de travailler à un objectif commun a permis aux intervenants de développer un sentiment d'appartenance régionale. Enfin, un intervenant signale qu'un changement d'orientation de pratique s'est fait à la suite de son engagement dans les mesures d'urgence.

Tous ont admis avoir ressenti une très grande fatigue occasionnée par la surcharge de travail. Cet événement a aussi eu un impact négatif sur le travail régulier. Il s'est traduit par un alourdissement de la charge de travail. Les personnes qui consultaient étaient plus nombreuses et leurs situations davantage détériorées. Ceux qui ont dû s'absenter en congé-maladie gardent un goût amer de l'intervention en mesures d'urgence. Ils admettent avoir dépassé leurs limites et en avoir payé un fort prix. À cet égard, un répondant s'exprime ainsi: « Si c'était à refaire j'agirais autrement. Je me protégerais plus. Je me suis sentie pendant plusieurs semaines comme une rescapée vivante. J'ai vraiment eu peur de ne pas m'en sortir. J'ai maintenant appris à vivre avec le mécontentement des autres. »

Tableau 6 CONSÉQUENCES DE L'ENGAGEMENT EN MESURES D'URGENCE AU PLAN PROFESSIONNEL

Conséquences	Nombre de mentions
Conséquences positives:	
• acquisition d'une grande expertise	11
• développement de connaissances en mesures d'urgence	4
• découverte d'une nouvelle façon de travailler	3
• amélioration des techniques d'accueil et d'évaluation	2
• plus grande résistance à la pression générée par les urgences	3
• expérimentation du travail en équipe multidisciplinaire	5
• développement d'un sentiment d'appartenance à une équipe régionale	1
Conséquences négatives:	
• alourdissement de la charge de travail	7
• ralentissement des activités professionnelles	3
• absence prolongée du travail	3

Des faits marquants

L'ampleur de la dévastation, la détresse, le désœuvrement et le courage des victimes ainsi que la grande capacité des gens à s'adapter à différentes situations sont les éléments qui ont le plus marqué les intervenants. Un sujet a d'ailleurs mentionné: « Les gens étaient tellement atterrés, sans réaction, trop débâlis pour réagir. » La générosité, l'entraide et la solidarité tant chez les sinistrés, les travailleurs que chez les membres de la communauté, ont

aussi beaucoup impressionné. « Tout le monde a mis l'épaule à la roue. C'était comme une grande corvée. » La réponse des intervenants, leur ouverture à différentes tâches et le travail d'équipe ont été très appréciés. De plus, la rapidité d'organisation des services, l'efficacité, la concertation des organismes et des partenaires ont été particulièrement remarquables aux yeux de plusieurs.

3 L'intervenant

Cette troisième partie permet de clarifier les éléments de stress rencontrés par les intervenants, d'identifier les symptômes associés et les moyens pris pour les atténuer. Dans un premier temps, il est important de signaler que le stress a été vu par certains répondants ($n=5$) comme un élément motivant et positif parce que la présence de ce dernier les a amenés à performer. D'autres ($n=4$), par contre, se sont sentis dépasser par l'ampleur de la tâche et des besoins des sinistrés.

Les éléments stressants

Afin de bien délimiter le contexte, les événements susceptibles d'influencer le niveau de stress vécus avant, pendant et après l'épisode de travail ont été explorés. À cet égard, plusieurs répondants ont connu des situations de vie pénibles dans les mois précédent le sinistre. Des difficultés d'ordre familial (rupture d'union, recomposition familiale et deuil) et d'autres reliées à la vie au travail (mutation non volontaire, incidents critiques et problèmes de

santé nécessitant un congé) ont fragilisé les intervenants. En contre partie, un professionnel a émis commentaire suivant: « Les épreuves antérieures de la vie m'ont outillé. J'ai appris à relativiser les choses, à ne pas paniquer. » En plus des crises concomitantes, les principales sources de stress identifiées par les intervenants proviennent de la méconnaissance des rôles, de la mauvaise circulation de l'information, du contexte et des horaires de travail.

Certains (n=10) ont avoué avoir manqué d'appui, surtout de la part de l'organisation. Ces intervenants ont déploré le peu d'intérêt des gestionnaires à l'égard de leur bien-être physique et psychologique. D'autres professionnels (n=2) ont constaté qu'à la longue, le support des proches et des collègues s'estompait. Quoi qu'il en soit, l'ensemble des intervenants se sont plaints de l'absence de structures officielles pour les aider (séances de verbalisation, soutien ponctuel, rencontre d'échange entre intervenants et autres). En effet, plusieurs d'entre eux (n=5) ont cumulé leurs tâches régulières en plus du surcroît occasionné par l'application des mesures d'urgence, et d'autres ont dû rapidement retourner à leur travail régulier sans pouvoir terminer de façon satisfaction leurs interventions. Certains (n=3) disent avoir subi des pressions pour mettre rapidement fin à leurs interventions auprès des sinistrés, alors que d'autres déplorent avoir été obligés de négocier la poursuite du travail de mesures d'urgence dans la phase de retour à la vie normale⁸. Une rencontre de verbalisation aurait été souhaitée par plusieurs afin de clore convenablement cet épisode.

⁸Le programme de retour à la vie normale correspond au moment où les sinistrés ont repris leurs activités quotidiennes habituelles; mais en raison des impacts psychosociaux nombreux et des multiples besoins ressentis au sein de la communauté, on doit prolonger les interventions psychosociales (MSSS 1994:7.5).

Les effets du stress

Comme il est précisé antérieurement, tous les intervenants ont manifesté une grande fatigue à la suite de leur engagement dans les mesures d'urgence. Plusieurs (n=7) se sont retrouvés dans un état de grande vulnérabilité et de fébrilité nécessitant une période de repos. Ils ont ressenti différents symptômes et malaises pendant et après cette période de travail. Au plan des symptômes, quelques-uns (n=6) ont développé des troubles de sommeil (insomnie, hypersomnie ou cauchemar), des troubles de l'appétit et des problèmes de dos. Pour ce qui est des malaises, certains (n=4) ont remarqué une baisse de leur capacité de concentration, de l'irritabilité et de la confusion. Ces malaises ont amené des difficultés de fonctionnement au plan professionnel. Certains (n=3) ont dû s'absenter du travail en prenant un congé de maladie pour une période de quelques semaines à plusieurs mois. Un intervenant signale par exemple avoir fait une attaque de panique au travail et un autre affirme avoir eu des idées suicidaires pendant son congé de maladie. Pour quelques-uns, ces malaises ont été dérangeants au point de les amener à consulter en psychologie ou en psychiatrie (n=4) et à prendre des anxiolytiques (n=3).

La façon de gérer le stress

La littérature classe en trois catégories les moyens de gérer le stress chez les intervenants: la coprotection, les règles d'hygiène de vie et les moyens personnels (MSSS, 1994). Pour diminuer le stress auquel ils étaient confrontés, les intervenants ont mis en place différentes stratégies. Lors de l'application des mesures d'urgence, les mécanismes utilisés avaient pour objectif d'aider les travailleurs à maintenir leur équilibre dynamique et, ainsi, leur

assurer une certaine protection contre l'épuisement professionnel. On sait que lors de l'intervention en mesures d'urgence les stresseurs peuvent être graves et qu'il est essentiel d'exercer un certain contrôle sur les facteurs ambients négatifs (Loo, 1984). Certains ont donc encadré leur implication au travail en diminuant le nombre d'heures de travail, en exigeant des temps de repos et en prenant les repas dans un endroit tranquille. Quelques-uns (n=3) ont choisi de prioriser leur rôle familial. Dans la période post-désastre, des intervenants (n=4) ont décidé de ralentir leur rythme, de réduire leurs activités professionnelles et de prendre leurs vacances comme prévu. Le recours à ces moyens a donc permis aux intervenants de survivre à la crise d'une façon acceptable.

De plus, une attention particulière à l'hygiène de vie, à l'alimentation, à l'exercice physique et à la relaxation ont fait partie des stratégies utilisées par les intervenants pour gérer le stress. Un intervenant précise: « J'ai pris les moyens pour me sentir en sécurité et être accessible à mes proches; je me suis pourvu d'un cellulaire. » et un autre d'ajouter: « J'ai été surpris de ma bonne capacité de récupération. » La littérature mentionne également que le réseau social joue un rôle important dans l'issu d'une période difficile. L'utilisation du réseau de soutien a donc constitué pour plusieurs une autre stratégie efficace de gestion du stress. La famille, les conjoints, les amis, les collègues et les employeurs ont joué dans certains cas un rôle majeur au plan de la récupération psychologique des intervenants. Un professionnel a fait ressortir l'importance d'avoir échangé entre pairs: « Lorsqu'on se retrouvait ensemble après une journée de travail, on se racontait les anecdotes qui nous étaient arrivées pendant la journée. Comme on était tous très fatigués, on riait beaucoup et la tension tombait. » La

coprotection a donc constitué pour les intervenants un élément important dans le maintien de leur équilibre.

**Tableau 7 MOYENS UTILISÉS PAR LES INTERVENANTS
POUR GÉRER LE STRESS PENDANT LA CRISE**

Moyens utilisés	Nombre de mentions
Au niveau du travail:	
• diminuer le nombre d'heures de travail	4
• exiger des temps de repos	3
• prendre les repas dans un endroit tranquille	4
• ralentir le rythme de travail	6
• réduire les activités professionnelles	2
• prendre des vacances	4
• échanger entre collègues	7
Au niveau personnel:	
• prioriser le rôle familial	3
• conserver une bonne hygiène de vie	5
• s'alimenter sainement	3
• faire de l'exercice régulièrement	3
• faire de la relaxation	3
• sortir avec des amis	2

La reconnaissance par l'organisme

En ce qui concerne la reconnaissance manifestée par l'organisme, les opinions diffèrent grandement dans un même établissement. Certains (n=11) se sont dits satisfaits

alors que d'autres (n=10) ont perçu un désengagement de l'employeur. Généralement, l'ajout de ressources pour contrer la surcharge de travail, les attentions spéciales mises en place pour souligner le travail des employés et la tolérance de l'employeur vis-à-vis un certain ralentissement des activités professionnelles ont été vus, dans l'ensemble, comme des marques de reconnaissance acceptables. D'autres se sont sentis délaissés et déplorent le manque de compréhension des gestionnaires à l'égard de la nécessité d'intervenir de façon proactive en situation d'urgence.

Selon les répondants, l'organisme a un rôle important à jouer dans l'encadrement des intervenants et le support psychosocial à leur donner. Il lui incombe de s'occuper et de prendre soin de son personnel en mettant sur pied des structures qui obligent les intervenants à participer à des ateliers de discussion à la suite de leurs interventions en mesures d'urgence. On enlève ainsi à l'intervenant la responsabilité d'aller chercher de l'aide et d'admettre un besoin de soutien souvent difficile à identifier. La formation, la mise à jour des interventions en situation de sinistres et la supervision devraient, au dire des répondants, être offertes à tous les intervenants, y compris ceux qui sont inscrits sur la liste de rappel, ces derniers étant souvent appelés à travailler dans ce genre de situation.

Selon les répondants, il est important que l'employeur soit sensibilisé au travail fait par les intervenants et qu'il en saisisse toutes les dimensions et les impacts possibles. Il doit aussi assurer une grande disponibilité et demeurer vigilant par rapport au vécu des intervenants afin de leur donner le support adéquat. Ces derniers souhaiteraient également que les dirigeants

soient plus disponibles, plus à leur écoute et démontrent une entière confiance au personnel spécifiquement formé pour intervenir auprès des populations sinistrées. Ainsi, une collaboration, une complicité et une complémentarité pourraient s'établir entre ces différents acteurs et ce, pour le mieux-être de la population et des intervenants. À cet effet, un répondant mentionne: « Les administrateurs devraient être conscients des impacts de ce type de travail sur les intervenants surtout qu'on n'ose pas demander directement de l'aide. » Et un autre ajoute: « Leur rôle (gestionnaires) est très important. Ils doivent s'assurer que leurs intervenants vont bien et même mettre des limites au besoin. »

Et des souvenirs...

À part le travail exigeant, le stress intense et la fatigue accumulée, les principaux souvenirs qui restent aux intervenants concernent la générosité, la solidarité, l'entraide et le dévouement tant de la population que des travailleurs. L'expérience professionnelle exceptionnelle et la croissance personnelle et professionnelle sont les points majeurs de cet épisode. L'ensemble des intervenants reconnaissent avoir fait des apprentissages significatifs et considérables. Entre autres, ils admettent avoir développé une grande expertise en mesures d'urgence, avoir perfectionné leurs interventions et acquis une confiance professionnelle. Ils signalent aussi avoir observé un bon fonctionnement avec les partenaires malgré des cultures organisationnelles différentes et des formations diversifiées. La force du nombre, la bonne volonté de chacun et l'ouverture à des ajustements de part et d'autre ont fait en sorte de créer un climat de bonne entente.

Au dire des intervenants, l'ensemble de la population a grandement apprécié les services psychosociaux qui lui ont été donnés. La pertinence et l'utilité de ces interventions ainsi que la médiatisation de cet événement ont fourni une bonne visibilité aux intervenants sociaux et, par le fait même, à la profession du travail social.

En terminant, signalons que les intervenants ont collaboré de façon très positive à cette recherche. Tous ont apprécié se remémorer leur expérience; plusieurs ont même précisé que c'était la première fois qu'on leur permettait de réfléchir de façon structurée à cet épisode marquant de leur vie de travailleur. La charge émotive de certains entretiens laisse croire que quelques intervenants se sentent encore fébriles en relatant des événements qu'ils ont vécus péniblement. Ce qui émerge principalement de ces entretiens se résume ainsi: tous les intervenants considèrent avoir développé une expertise précieuse; ils sont très contents d'avoir été engagés et malgré la grande fatigue engendrée, ils se considèrent privilégiés d'avoir vécu cette expérience. L'ensemble des intervenants exprime une très grande satisfaction professionnelle à la suite de leurs interventions en mesures d'urgence. Ils sont unanimes à dire qu'ils ont fait des apprentissages significatifs, tant au plan personnel que professionnel. Ils s'entendent également pour affirmer qu'ils ont relevé avec brio un énorme défi et cela, malgré les difficultés rencontrées. Bref, ils sont fiers du travail accompli.

B - INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

À ce stade, rappelons que cette étude tente de mettre en perspective les besoins des intervenants engagés dans les mesures d'urgence, puis d'identifier les facteurs de risque auxquels ces derniers sont confrontés. Il sera alors possible d'élaborer des stratégies qui les aideront et les protégeront de l'épuisement professionnel tout au cours du processus d'intervention.

La revue des écrits précise que les sinistres bouleversent les communautés et affectent les travailleurs (MSSS, 1994; Santé Canada, 1992; Lamontagne, 1983). Lors de l'application des mesures d'urgence, les intervenants sont confrontés à la très grande détresse des personnes sinistrées. Ils sont envahis par l'émotion. Malgré des attitudes et des motivations différentes, tous ressentent beaucoup d'anxiété et de tension. Le climat social se répercute sur les intervenants comme sur l'ensemble de la population.

La littérature nous informe également que la perception d'une situation a un impact direct sur les façons de l'aborder et de la vivre (MSSS, 1994). À cet égard, notons que les raisons qui ont incité les professionnels à s'impliquer dans les mesures d'urgence sont de deux ordres. Certains sont intervenus par défi, alors que d'autres l'ont fait par sens du devoir. Les intervenants qui se sont intéressés de près aux mesures d'urgence, comme par exemple en participant à l'élaboration des plans de mesures d'urgence de leur CLSC, ont démontré une grande motivation à travailler dans ce nouveau contexte et à opérationnaliser des concepts sur

lesquels ils avaient longuement réfléchi. Pour eux, cet événement a été perçu comme un défi à relever, une occasion, voire une chance inouïe de vivre une expérience professionnelle exceptionnelle. Ces personnes ont perçu le stress comme un élément positif qui stimule et augmente la performance.

Par contre, ceux dont l'engagement était dicté par le sens du devoir se sont embarqués dans cette aventure de façon plus ou moins volontaire. Ils se sont sentis interpeller par les innombrables besoins des victimes. Des sentiments de responsabilité, de contrainte et d'obligation d'agir ont généré un lourd stress, souvent ressenti comme une surcharge et ont demandé de la part des intervenants un effort supplémentaire. Pour ces derniers, les exigences reliées au travail ont été nombreuses et les risques d'épuisement ont été plus grands.

Comme le disent entre autres Berah et *al.* (1984), la santé mentale et physique peut être affectée par le travail auprès des victimes de désastres. Quoique peu d'intervenants aient été en contact avec des événements particulièrement troublants ou morbides, tous ont été sensibles au désarroi des sinistrés. L'ampleur, l'intensité et la durée des interventions ont suscité des sentiments de tristesse, d'impuissance et de grande fatigue, jusqu'à l'épuisement pour quelques-uns. Ceux qui ont été capables d'imposer leurs limites avant d'être épuisés se sont dits satisfaits de leur décision. À cet égard, ils sont fiers de s'être respectés, d'autant plus qu'ils ont affirmé posséder toute l'énergie requise pour poursuivre leurs activités professionnelles. En contrepartie, ceux qui sont allés au-delà de leur capacité ou qui n'ont pas tenu compte de leurs indicateurs de stress ont éprouvé différents malaises. Certains

intervenants ont ressenti des symptômes analogues à des réactions de stress post-traumatique telles: malaises physiques, problèmes de dos, troubles de sommeil, difficultés de concentration, anxiété, irritabilité, repli sur soi et confusion. Somme toute, des manifestations en tout point semblables à celles de la population sinistrée (Maltais et *al.*, 1998).

Les allégations de Paivio (1986) à l'effet que le schéma cognitif peut être altéré est vérifié par quelques répondants. Certains ont affirmé être actuellement plus vulnérables, insécurisés et méfiants par rapport aux dérèglements de la nature. Cette fébrilité les a amenés à être plus vigilants et plus prudents. L'expérience douloureuse des sinistrés a incité plusieurs intervenants à repenser ou à revoir leur style ou leurs choix de vie. Ils se sont questionnés sur leurs valeurs, ont appris à relativiser leur situation et à nuancer leurs propos.

Selon les répondants, lors de l'application des mesures d'urgence, deux conditions s'avèrent essentielles pour que les professionnels interviennent avec un niveau de stress acceptable. Dans un premier temps, ils ont besoin d'éprouver une grande assurance professionnelle et, dans un deuxième temps, ils doivent savoir que leurs proches sont en sécurité. Au plan professionnel, l'expérience acquise au cours des années de pratique et une formation spécialisée en intervention d'urgence jouent un rôle important dans le sentiment de confiance des intervenants. Les répondants chevronnés ont su adapter leurs apprentissages antérieurs à la situation engendrée par le sinistre. Les moins expérimentés se sont sécurisés en s'associant à des travailleurs d'expérience. Ainsi, chacun a trouvé des ajustements afin de pouvoir intervenir adéquatement auprès des sinistrés.

Au plan individuel, pour intervenir efficacement en mesures d'urgence, les répondants considèrent primordial d'être capables de se dégager de ses tracas personnels et d'être en situation d'équilibre dans sa vie. À cet effet, les difficultés au plan des communications ont fait vivre beaucoup d'isolement. Le fait d'être incapable de communiquer avec ses proches, de ne pouvoir recevoir ou donner de leurs nouvelles a été pénible pour plusieurs. Ceux-ci se sont sentis préoccupés, sachant que les membres de leur famille s'inquiétaient de leur sort. La tension a alors été amplifiée.

De plus, une période de perturbation précédant ou suivant un sinistre a fragilisé les intervenants qui doivent affronter un stress intense. À cet égard, ceux qui ont vécu des crises concomitantes (séparation, maladie, perte d'emploi et deuil) ont été plus vulnérables et facilement déstabilisés par l'augmentation significative de stress. Pour réagir à la fatigue et à l'anxiété ressenties, et ainsi retrouver leur équilibre dynamique, certains ont dû interrompre leur travail pendant des périodes pouvant varier de quelques semaines à plusieurs mois. Pour d'autres, un ralentissement temporaire des activités professionnelles a été suffisant pour leur permettre de récupérer. Cette situation corrobore les dires de Lamontagne (1983) à l'effet que des désordres émotifs risquent d'apparaître lorsque les intervenants sont affectés par des expériences difficiles qui se produisent de façon simultanée.

Les professionnels les plus affectés par la situation ont été ceux directement touchés par le sinistre et qui ont dû intervenir auprès des sinistrés pour différentes raisons. Certains d'entre eux ont subi des pertes importantes, d'autres ont été menacés dans leur sécurité. Ces

intervenants ont vécu des malaises importants. Ils ont demandé de l'aide professionnelle et ont pris des congés de maladie pendant plusieurs mois. Comme l'interprètent Laube et Murphy (1985), le dilemme victime-sauveteur a fait vivre beaucoup d'ambiguïté et a augmenté le stress des intervenants. En ce qui concerne les conflits de rôle, un intervenant a confirmé l'affirmation de ces auteurs qui stipule que le travailleur résout ce conflit selon la pression sociale. L'intervenante en question a priorisé ses responsabilités familiales et s'en est félicitée par la suite.

La prolongation des interventions a été un autre facteur qui a participé à l'augmentation du niveau de stress des intervenants. Ceux dont le travail en mesures d'urgence s'est étendu sur plusieurs mois affirment avoir subi une certaine pression de l'employeur afin de mettre un terme plus rapidement aux interventions. Ils se sont sentis tirailler entre les exigences de leur employeur et les besoins des clients qui vivaient des difficultés majeures reliées à leur situation de victimes.

Le sinistre s'est produit en juillet. À cette période de l'année, plusieurs intervenants étaient en vacances ou s'apprêtaient à l'être. Ils étaient plus fatigués et pouvaient être en moins bonne disposition mentale et physique. Les intervenants qui ont pu retourner en vacances comme prévu ont été capables de prendre du recul par rapport à la situation et ont été en mesure de mieux s'en sortir. Par la suite, ils se sont sentis prêts à prendre la relève, parce qu'ils étaient moins envahis par l'émotion, donc plus objectifs pour évaluer les besoins des individus.

Les mécanismes d'adaptation utilisés par les intervenants sont apparus adéquats à plusieurs égards. S'imposer des limites, se donner des règles d'hygiène de vie saines et rechercher du support ont été des moyens reconnus efficaces pour faire diminuer la tension et bien gérer le stress.

Le manque de support a toutefois été néfaste pour les intervenants. Les répondants dans cette situation ont vécu de l'isolement et se sont sentis abandonnés. Les marques de reconnaissance manifestées par l'organisme à l'égard des intervenants pour souligner le travail ont par contre été un élément de motivation et d'encouragement qui a participé à l'humanisation des rapports entre employeurs et employés.

Quelques éléments organisationnels se sont avérés aidants pour les intervenants. Le fait que l'employeur ait tenu compte de la volonté de chacun de s'impliquer ou non dans les mesures d'urgence a été avantageux pour le climat de travail. Ce sont des intervenants motivés et stimulés par le défi qui se sont présentés. Comme la philosophie d'intervention en situation d'urgence exige qu'on soit proactif, il a été plus difficile pour les intervenants peu intéressés au travail en situation d'urgence de performer dans un tel contexte. Les longues heures de travail ont été difficiles pour certains. L'horaire de travail doit donc permettre du répit afin d'éviter une accumulation de fatigue. Le fait d'être libéré à plein temps a été perçu comme une reconnaissance de l'intervention en mesures d'urgence.

Deux éléments ont particulièrement facilité le travail. Ce sont la présence d'un plan de

mesures d'urgence actualisé et la disponibilité des intervenants expérimentés ayant une formation appropriée. Pour ces derniers, le mandat des services psychosociaux est clair ce qui leur permet d'être rapidement efficaces. Il y a unanimité chez les intervenants pour dire à quel point la formation les a aidés à s'organiser et à se sentir adéquats. En ce qui concerne le partenariat, l'efficacité des acteurs et la pertinence des gestes reposent sur l'existence de rôles et des mandats clairement connus par les intervenants et les gestionnaires. Il est donc essentiel que des mécanismes de collaboration et de concertation soient mis en place, comme le prévoit le plan des mesures d'urgence. Pour une action efficiente, il est également souhaitable de bien connaître les ressources du milieu et d'être capable d'identifier rapidement les personnes responsables de prendre les décisions qui s'imposent. Ceci évite le piétinement et les démarches inutiles.

Cela étant dit, le sinistre de juillet 1996 a eu des répercussions positives pour les intervenants à quelques égards. Pour les employés surnuméraires, entre autres, les inondations ont constitué une occasion de travail. Ceux-ci ont augmenté leur revenu en plus d'acquérir une expérience des plus pertinentes. Comme pour l'ensemble des intervenants, cet épisode leur a permis de faire des apprentissages significatifs et considérables tout en utilisant leur créativité. L'intervention en situation d'urgence a également permis à l'ensemble des intervenants de s'évader du quotidien, de rompre avec la routine et de vivre une expérience de travail différente.

Les impacts du travail en mesures d'urgence sont variables à plusieurs égards.

Alors que certains perçoivent cette intervention comme un privilège et ressentent une fierté personnelle et professionnelle et un sentiment du devoir accompli, d'autres vivent de la colère et de la déception principalement dues au manque de soutien et de reconnaissance de la part de leur employeur. Ces derniers se sont sentis ébranler par cet événement. Ils ont vécu une période de déséquilibre plus ou moins marquée. Quoique la presque totalité des répondants soulignent s'en être remis et avoir retiré des leçons positives, quelques-uns, même deux ans après l'événement, en subissent encore les impacts négatifs. Ils ressentent une certaine fébrilité et de l'amertume face à la solitude, à l'impuissance vécue.

Les liens entre les résultats et le modèle conceptuel

Le modèle conceptuel précédemment exposé présente les facteurs de risque et les facteurs de protection qui influencent la santé des individus ayant à intervenir en situation d'urgence. Les principaux facteurs de risque auxquels nos répondants ont été confrontés et qui ont joué une influence négative sur leur santé sont nombreux. Ils s'énumèrent ainsi: un équilibre psychologique précaire, une perception déformée de l'événement, un support situationnel inexistant ou inaccessible, des mécanismes d'adaptation inadéquats, une faible estime de soi, des expériences de vie stressantes, des problèmes de santé physiques ou psychosociaux, un milieu de travail rigide, un incident critique antérieur et des conflits persistants. La présence de ces éléments a obligé certains d'entre eux à prendre un congé de maladie, alors que d'autres se sont sentis déstabilisés temporairement.

En ce qui concerne les facteurs de robustesse ou de protection, les données recueillies

démontrent que les facteurs qui ont aidé les intervenant à relever efficacement le défi qu'a constitué le travail en situation d'urgence lors des inondations sont les suivants: un équilibre psychologique solide, une perception réaliste de l'événement, un bon support situationnel, des mécanismes d'adaptation adéquats, de bonnes compétences personnelles et sociales, une bonne estime de soi, des relations interpersonnelles satisfaisantes, des habitudes de vie saines, une bonne capacité d'adaptation, une capacité d'être stimulé par son travail, un milieu de travail motivant, des services accessibles dans le milieu, la possibilité de participer à la gestion du travail, un sentiment d'efficacité, un sentiment d'avoir du pouvoir sur sa vie, une capacité d'initiative, une formation continue, des ressources accessibles et un travail valorisant. Les tableaux 8, 9 et 10 aux pages 115, 116 et 117 situent les facteurs de vulnérabilité selon qu'ils ont été favorables à la santé ou qu'ils ont été défavorables. Ils sont classés selon les trois déterminants neutres retenus pour l'étude: l'événement, le travail et l'intervenant.

Tableau 8 FACTEURS DE ROUSTESSE ET FACTEURS DE RISQUES POUR LE DÉTERMINANT ÉVÉNEMENT

FACTEURS DE ROUSTESSE FAVORABLES À LA SANTÉ	FACTEURS DE RISQUE DÉFAVORABLES À LA SANTÉ
<ul style="list-style-type: none"> • Percevoir une bonne circulation de l'information • Ne pas être en contact avec les médias • Ne pas être en contact des événements morbides 	<ul style="list-style-type: none"> • Percevoir une mauvaise circulation de l'information • Être en contact avec les médias • Être en contact avec des événements morbides

**Tableau 9 FACTEURS DE ROBUSTESSE ET FACTEURS DE RISQUES
POUR LE DÉTERMINANT *TRAVAIL***

FACTEURS DE ROBUSTESSE: FAVORABLES À LA SANTÉ	FACTEURS DE RISQUE: DÉFAVORABLES À LA SANTÉ
<ul style="list-style-type: none"> • Avoir un horaire de travail régulier • Être dans un lieu de travail adéquat • Avoir des équipements adéquats et des ressources suffisantes • Percevoir que la situation est sécuritaire • Travailler avec des partenaires connus • Connaître le milieu et les ressources • Ressentir un sentiment d'efficacité et de compétence • Ne pas vivre de conflit de rôle • Ne pas être personnellement touché par le sinistre • Ne pas avoir de responsabilités professionnelles 	<ul style="list-style-type: none"> • Avoir un horaire de travail surchargé • Être dans un lieu de travail inadéquat • Avoir des équipements inadéquats ou des ressources insuffisantes • Percevoir un danger réel ou anticipé • Travailler avec des partenaires inconnus • Méconnaître le milieu et les ressources • Ressentir un sentiment d'inefficacité et d'incompétence • Vivre un conflit de rôle • Être sinistré • Avoir des responsabilités professionnelles

**Tableau 10 FACTEURS DE ROUSTESSE ET FACTEURS DE RISQUES
POUR LE DÉTERMINANT *INTERVENANT***

FACTEURS DE ROUSTESSE FAVORABLES À LA SANTÉ	FACTEURS DE RISQUE DÉFAVORABLES À LA SANTÉ
<ul style="list-style-type: none"> • Avoir un bon équilibre psychologique • Ne pas avoir vécu de crises concomitantes • Utiliser des mécanismes d'adaptation adéquats • Bénéficier d'un réseau de soutien significatif • Avoir une formation adéquate ou une expérience pertinente • Connaître ses limites et les respecter • Avoir une perception réaliste de l'événement • Avoir une bonne santé physique • Avoir une bonne estime de soi • Ressentir un sentiment d'efficacité • Entretenir des relations interpersonnelles satisfaisantes • Avoir une bonne capacité d'initiative ou une autonomie professionnelle • Avoir de saines habitudes de vie 	<ul style="list-style-type: none"> • Avoir un équilibre psychologique précaire • Avoir vécu des crises concomitantes • Utiliser des mécanismes d'adaptation inadéquats • Avoir un réseau de soutien inadéquat ou inaccessible • Ne pas avoir de formation et peu d'expérience • Ne pas connaître ses limites ou les dépasser • Avoir une perception irréalistre de l'événement • Avoir des problèmes de santé physique ou des problèmes psychosociaux • Avoir une faible estime de soi • Ressentir un sentiment d'inefficacité • Entretenir des relations interpersonnelles conflictuelles • Avoir une faible capacité d'autonomie professionnelle • Avoir des habitudes de vie malsaines

La présence de facteurs défavorables à la santé a augmenté le stress vécu par les intervenants et affecté leur santé mentale et physique. Dans la perspective de promouvoir le mieux-être des intervenants, il importe de trouver des stratégies qui permettent de réduire les facteurs de risque et d'améliorer les facteurs de protection. Les recommandations suivantes, émises entre autres par les intervenants, s'orientent en ce sens.

C - LES RECOMMANDATIONS

Dans le cadre des mesures d'urgence, les organismes ont à assurer des services de qualité à leur population selon leur propre mission. Afin de réaliser leur mandat, les gestionnaires doivent investir dans les éléments essentiels à la réussite de leur opération. Comme les employés sont les ressources premières pour actualiser le mandat de leur établissement, il s'avère important de prendre les mesures afin d'assurer le bien-être du personnel, de favoriser une bonne qualité de vie au travail et un climat organisationnel sain.

Cependant, les conditions qui prévalent actuellement dans le réseau de la santé et des services sociaux ont pour effet de détériorer le climat des organisations en plus d'occasionner une surcharge de travail pour le personnel. Ces gens œuvrent dans un contexte rempli d'incertitude, de changements, voire d'instabilité. Ces transformations exigent de la flexibilité et de la souplesse chez les travailleurs et sollicitent leur capacité d'adaptation. De plus, le personnel psychosocial des CLSC risque d'être de plus en plus interpellé pour intervenir auprès des populations exposées aux événements traumatisants. En effet, l'expérience des inondations a conscientisé les intervenants et les a confirmés dans leurs croyances à l'égard de la nécessité d'intervenir rapidement en situations d'urgence et de privilégier une approche proactive.

Considérant que la prévention des problèmes professionnels ou psychologiques chez les travailleurs est le meilleur moyen d'assurer à la population des services de qualité, les

recommandations seront de deux ordres: elles concernent d'une part les mesures préventives imputables aux gestionnaires quant à leur rôle d'employeur et, d'autre part, celles qui incombent à toute personne en regard de la responsabilisation de son propre bien-être.

En tout temps, les gestionnaires doivent jouer un rôle de sentinelle à l'égard du bien-être de leurs employés. Ils ont la responsabilité de prendre tous les moyens pour protéger la santé mentale et physique de leurs travailleurs. Spécialement en période de crise, ils doivent mettre en place des stratégies qui auront pour effet d'améliorer les facteurs de protection et de réduire les facteurs de risque. Ainsi, ils préviendront les problèmes inhérents au travail en situation d'urgence. Ces stratégies concernent la communication, les structures organisationnelles, les conditions de travail et la gestion du stress.

Travailler à améliorer la communication, tant au plan technique qu'interpersonnel:

- se doter de moyens de communication adéquats (téléphones cellulaires, *pagettes*);
- communiquer clairement les messages en s'assurant qu'ils soient bien compris;
- rencontrer régulièrement les intervenants et les informer de l'évolution de la situation;
- connaître les partenaires, leur rôle, les mandats respectifs et entretenir des bonnes relations;
- clarifier le rôle et les responsabilités des divers organismes engagés dans les mesures d'urgence;
- former les gestionnaires afin d'augmenter leurs connaissances sur les situations de sinistre et l'intervention en mesures d'urgence. Ils seront alors capables de supporter davantage les intervenants.

Modifier la structure de l'organisation afin qu'elle soit plus fonctionnelle:

- faciliter le travail des intervenants au plan organisationnel;
- utiliser tout le personnel disponible et assurer un support technique dans les centres de services aux sinistrés;
- au besoins, ajouter des ressources supplémentaires afin de dégager les intervenants qui travaillent en mesures d'urgence de leurs responsabilités habituelles;
- réduire l'utilisation de formulaires complexes et long à remplir;
- s'assurer que ceux qui ont à prendre des décisions soient compétents, qu'ils aient reçu la formation qui leur permette de comprendre la philosophie et les principes d'intervention en mesures d'urgence;
- respecter la volonté des intervenants de s'engager ou non dans l'application des mesures d'urgence.

Identifier les problèmes reliés aux conditions de travail et aménager l'environnement de travail afin de réduire les irritants:

- prévoir des aires de repos exclusives aux les intervenants et les obliger à profiter d'un temps d'arrêt;
- prioriser les tâches à faire et réduire celles qui sont moins utiles;
- donner aux intervenants un cadre de fonctionnement adéquat (horaires, délégation des responsabilités, gestion du temps);
- former et tenir à jour les intervenants sur les interventions psychosociales en mesures d'urgence;
- mettre en place une équipe de mesures d'urgence efficace et compétente;
- laisser le leadership des interventions psychosociales aux intervenants;
- sensibiliser les gestionnaires à l'approche psychosociale et aux impacts à court et long terme du travail auprès des sinistrés sur le personnel;
- former des équipes stables avec des tâches précises (cette disposition permet de développer un sentiment d'appartenance et facilite la cohésion);

- favoriser le travail d'équipe et mettre en place des structures et des mécanismes qui rapprochent le personnel.

Mettre sur pied des programmes de gestion du stress:

- sensibiliser le personnel aux différentes techniques de gestion du stress;
- développer des stratégies pour s'assurer que chaque intervenant reçoive le support nécessaire;
- encourager les réseaux naturels d'entraide en utilisant les leaders naturels dans les relations interpersonnelles;
- se doter d'un programme d'aide aux employés et favoriser la consultation;
- organiser des séances de verbalisation individuelles ou de groupe pendant et après le sinistre;
- mettre sur pied des structures qui obligent ou incitent fortement les intervenants à participer à des ateliers de discussion sur les interventions faites en situation d'urgence;
- valoriser les intervenants, reconnaître leur travail et manifester de façon concrète une appréciation;
- favoriser le suivi en psychologie pour les intervenants en besoins;
- prêter attention au vécu personnel des intervenants et trouver des stratégies pour sécuriser les intervenants.

Bien qu'il soit essentiel qu'un organisme se soucie du bien-être de son personnel, il faut reconnaître que les intervenants ont également des responsabilités dans l'amélioration de leur bien-être physique et psychologique, et dans la gestion de leur stress. En l'occurrence, ils doivent mettre en place leurs propres stratégies et développer des principes de saine gestion de leur vie personnelle et professionnelle. Ainsi, une bonne discipline de vie peut aider les intervenants à affronter les exigences apportées par une période de travail plus difficile.

Développer le sens de l'humour, équilibrer ses activités familiales, personnelles, professionnelles et sociales, et entretenir des relations de collaboration sont des stratégies qui aident à diminuer le stress.

Ces mesures devraient permettre de minimiser les effets d'un contexte de travail précaire et ainsi réduire le nombre et la gravité des réactions de stress. Les mettre en place exige des gestionnaires une volonté de protéger et de soutenir leur personnel. De plus, il faut croire en l'utilité et la pertinence de l'intervention psychosociale en mesures d'urgence.

Un sinistre comporte une dimension temporelle importante. D'un point de vue chronologique, les recommandations énumérées précédemment pourraient prendre la forme qui va suivre.

Avant le sinistre:

- former le personnel;
- connaître le plan des mesures d'urgence;
- connaître son rôle et celui des partenaires;
- délimiter clairement le pouvoir et les fonctions des services d'urgence;
- répartir les responsabilités;
- clarifier les tâches éventuelles;
- situer les intervenants quant à la réalité et aux limites du travail en mesures d'urgence;

- prévenir les intervenants des conditions pénibles qu'ils auront possiblement à affronter;
- développer des relations harmonieuses avec les partenaires (municipalité, centre hospitalier, Croix-Rouge);
- identifier des personnes clés, les décideurs et faire des alliances;
- mettre en place des stratégies de support (programme d'aide aux employés, réseau de soutien, équipe d'incident critique);
- former une équipe de mesures d'urgence;
- investir dans la prévention;
- reconnaître l'importance des mesures d'urgence et les exigences de ce type de travail pour les intervenants;
- identifier le personnel vulnérable;
- travailler à améliorer la communication;
- favoriser la création de liens professionnels entre les acteurs.

Pendant le sinistre:

- sur les lieux même du sinistre, être vigilant afin de dépister les signes de fatigue et de diminuer les responsabilités, selon les besoins;
- identifier et réduire les éléments stresseurs;
- donner du soutien ponctuel aux intervenants;
- relever de leurs fonctions ceux qui semblent affectés ou surchargés;
- changer les tâches;
- imposer un horaire régulier pour l'alimentation et le repos;
- conserver les structures de groupe; protéger la cohésion en respectant les membres et les leaders naturels;

- identifier clairement le personnel par un indicateur significatif et visible;
- rendre une équipe disponible pour écouter le personnel;
- sécuriser le personnel en donnant des informations justes et précises sur l'évolution de la situation, sur les réactions possibles, les symptômes de stress et sur les signes d'épuisement;
- insister sur les aspects positifs, sur ce que la personne a fait de bien, sur le fait qu'elle a fait le mieux qu'elle pouvait dans les circonstances;
- établir des priorités;
- valoriser les intervenants qui, pendant cette période, assurent les services réguliers;
- faire attention à la démotivation si l'intervention se prolonge, demeurer vigilant à l'égard du bien-être physique et psychologique du personnel.

Après le sinistre:

- organiser des séances de *debriefing* ou de désamorçage;
- suggérer aux intervenants qui semblent affectés de consulter les personnes requises;
- activer le réseau de soutien;
- s'assurer que le personnel peut ventiler, exprimer les émotions et inciter à consulter au besoin;
- normaliser les réactions que vivent les intervenants;
- encourager les décisions prises par le personnel, même si elles semblent banales;
- favoriser le soutien entre pairs.

Des pistes de recherches

Pour faire suite à cette recherche et compléter notre connaissance des impacts du

travail en situation d'urgence, il serait avantageux d'analyser les facteurs de risques auxquels sont confrontés les intervenants des autres organismes qui ont vécu le même sinistre, mais qui étaient affectés à des tâches différentes. Les réactions des travailleurs municipaux, des bénévoles de la Croix-Rouge ou de la Saint-Vincent-de-Paul seraient-elles similaires ou différentes de celles des intervenants psychosociaux? Les facteurs de vulnérabilité sont-ils les mêmes? Quels sont les facteurs de risque et les facteurs de robustesse propres à chaque type d'intervenant? En trouvant des éléments de réponses à ces questionnements, il serait possible de départager plus spécifiquement les éléments qui relèvent du plan personnel, professionnel et situationnel.

Également, une étude avec des groupes de comparaison pourrait s'avérer fort utile. Ainsi, il serait intéressant de vérifier les données de cette étude avec celles de recherches portant sur les intervenants qui ont appliqué les mesures d'urgence lors d'autres sinistres tels que le verglas de la région métropolitaine ou les inondations du Manitoba. L'objectif ultime de la recherche étant de protéger la santé des intervenants psychosociaux qui travaillent à la mise en place des mesures d'urgence, la connaissance des réactions des intervenants dans d'autres situations de sinistre fournirait aux gestionnaires les éléments pour mettre en place des stratégies visant l'amélioration des conditions de vie des travailleurs.

Ces pistes d'action constituent des possibilités qui pourraient contribuer à assurer le bien-être des intervenants et améliorer la qualité de vie au travail en situation d'urgence.

CONCLUSION

CONCLUSION

*L'esprit se nourrit de ce qu'il reçoit,
le cœur de ce qu'il donne.*

Victor Hugo

Un consensus semble s'établir autour du fait que les sinistres se font de plus en plus nombreux. Également, il y a unanimité à dire qu'ils sont toujours aussi dévastateurs et causent des dommages considérables aux plans humain et matériel. Quoique l'impact sur les populations touchées soit variable, tout événement hors de l'ordinaire génère une augmentation significative du niveau de stress. À cet égard, chaque victime est en droit de recevoir de l'aide psychologique afin de retrouver rapidement son équilibre psychique et de restaurer et d'accroître ses sentiments de sécurité, de confiance, de compétence, d'estime de soi, d'autonomie et d'affirmation de soi (MSSS, 1994). Ainsi, lorsque se produit un événement particulièrement douloureux, les centres locaux de services communautaires (CLSC), à l'instar des autres organismes, doivent déployer le plan de mesures d'urgence et offrir des services psychosociaux aux communautés affectées. À cet égard, les inondations au Saguenay–Lac-Saint-Jean en juillet 1996 ont constitué une première expérimentation pour

l'ensemble des intervenants qui s'en sont tirés avec brio.

Le travail auprès des personnes sinistrées se réalise dans un cadre peu familier pour les intervenants et maintes fois dans des circonstances difficiles. Ils doivent donc modifier considérablement leur façon de travailler. En plus d'être proactif, d'aller vers les personnes sinistrées, de limiter leurs interventions à de l'écoute et à du soutien, ils doivent souvent accepter de faire des tâches peu habituelles et de travailler avec des partenaires peu connus. Toutes ces modifications exigent que les intervenants s'adaptent continuellement à un contexte en constante évolution et occasionnent pour tous une augmentation significative de leur niveau de stress. Ceci implique de leur part beaucoup de polyvalence, de souplesse et d'ouverture d'esprit.

Le regard des intervenants sur cet épisode de travail a permis de dégager la perception de cette expérience et les impacts sur leur santé biopsychosociale. En résumé, on pourrait dire que la constance qui se dégage des discussions avec les intervenants se résume ainsi: quoique l'expérience ait été particulièrement difficile pour certains, tous sont unanimes à admettre qu'ils ont développé une expertise exceptionnelle de l'intervention en mesures d'urgence.

Outre les difficultés d'ordre situationnel, organisationnel et personnel rencontrées, la majorité les intervenants sont satisfaits et se disent contents d'avoir été engagés dans cet épisode de travail. Malgré une grande fatigue, voire de l'épuisement pour quelques-uns, ils se considèrent heureux et privilégiés d'avoir vécu, à titre de travailleur, cet événement. Des apprentissages significatifs, tant au plan personnel que professionnel, ont été réalisés par tous.

Deux éléments majeurs ont joué en faveur d'une distribution adéquate de services psychosociaux. Le fait que tous les CLSC aient un plan de mesures d'urgence et que plusieurs intervenants aient reçu la formation de base: *L'intervention sociosanitaire dans le cadre des mesures d'urgence: volet psychosocial.*

Dans l'ensemble, les intervenants ont été impressionnés par la solidarité, la générosité, l'entraide et le dévouement tant de la population que des travailleurs. De plus, l'attitude des personnes sinistrées face aux services psychosociaux offerts a renforcé chez les intervenants leur croyance à l'égard de l'approche proactive ainsi qu'en la pertinence et en l'utilité de ces interventions.

De cette recherche exploratoire de type qualitatif, il ressort que le travail en situation d'urgence constitue une menace pour la santé des intervenants dans certaines conditions, particulièrement lorsque le niveau de stress devient trop intense et que les mécanismes d'adaptation utilisés pour le gérer sont inadéquats. De plus, la présence de nombreux facteurs de risque, c'est-à-dire ceux qui sont défavorables à la santé, tels un équilibre psychologique précaire, des problèmes de santé physique ou des problèmes psychosociaux, un faible réseau de soutien ou la présence de crises concomitantes fragilisent les intervenants et les rendent plus vulnérables aux stress. Il découle donc de cette étude que les intervenants les plus gravement atteints dans leur santé mentale sont ceux qui ont été directement et personnellement affectés par le sinistre, ceux qui ont vécu des situations de crises (rupture d'union, deuil, maladie) dans les mois précédents ou suivants leur engagement dans les

mesures d'urgence.

Par contre, les intervenants qui possèdent des facteurs de robustesse tels, entre autres, un bon équilibre psychologique, un support situationnel adéquat, des compétences professionnelles, personnelles et sociales et des habitudes de vie saines ont été en mesure de protéger leur santé et de mieux gérer le stress auquel ils étaient confrontés. Par conséquent, les impacts négatifs de leur engagement ont été minimes. Ils gardent des souvenirs agréables de cette expérience et en retirent des leçons positives.

Dans l'optique d'un développement régional optimal, dans le cadre des mesures d'urgence, il s'avère indispensable de comprendre ce que vivent les individus qui interviennent auprès des populations sinistrées afin de leur apporter un soutien et de travailler à leur mieux-être. Comprendre la situation des intervenants afin de développer des moyens permettant d'améliorer leurs conditions de travail constitue une intervention préventive et rentable. À cet égard, Dufour fait ressortir l'importance « d'adopter une attitude préventive et d'agir en responsabilisant davantage les intervenants » (1997:36).

Dans notre société moderne où les valeurs d'individualisme, de compétitivité et de performance sont fortement prônées, où la mondialisation et l'information nous mettent en contact direct avec chaque catastrophe qui se passe à n'importe quel coin du globe, il est essentiel de travailler à développer collectivement et individuellement des stratégies de protection et d'entraide.

Certes le cœur se nourrit de ce qu'il donne, comme le dit le texte en exergue. Pourtant, il peut aussi s'épuiser. L'intervention en mesure d'urgence appelle l'expertise, l'intelligence, la lucidité et la clairvoyance, Néanmoins, le savoir et la compétence n'arrivent pas seuls. Les sentiments répondent également. Alors se pointent l'héroïsme, le dévouement, la générosité, la largesse, la bienveillance, la tolérance et le respect. Mais bien sûr qu'un cœur est à même de se brûler!

BIBLIOGRAPHIE

BILBIOGRAPHIE

- AGUILERA, D.C. et MESSICK, J.M. (1976) *Intervention en situation de crise*, seconde édition. The C.V. Mosby Company Limited, Ontario, 168p.
- APPLEBAUM, S.H. (1981) *Stress Management for Health Care professionals*, Rockville, MD: Aspen System Corp.
- ARLOW, J.A. (1979) dans Talbot, A., Manton, M. et Dunn, P.J. *Debriefing the Debriefers: An Intervention Strategy to Assist Psychologists after a Crisis*, Journal of Traumatic Stress, Vol.5 No.1, 1992, p.45-62.
- BEATON, R.D. MURPHY, S. (1988) *A secondary traumatic stress of crisis workers*, pp. 1-54.
- BERAH, E.F., JONES, H.J. ET VALENT, P. (1984) *The experience of a mental health team involved in the early phase of a disaster*, Journal of psychiatry no.18 Austr. New Zeal.
- BERMAK, G.E. (1977) *Do psychiatrists have a special emotionnal problem?*, dans McCann et Pearlman, *Vicarious Traumatization: A Framework for Understanding the Psychological effects of Working with Victims*, Journal of Traumatic Stress, Vol.3, No.1, 1990, p. 131-149
- BLACK, J.L. (1996) *Intervention de crise à la suite d'un traumatisme et traitement clinique à court terme*, notes de cours.
- BLANFRAD et LEVINE (1972) dans Quarantelli, E.L. et Dynes, R.D. (1973) *When disaster strikes*, New society, 23 (1) :5-9.

BLANCHET, L.; LAURENDEAU, M-C.; PAUL, D. et SAUCIER, J.F. (1996) *La prévention et la promotion en santé mentale. Préparer l'avenir*, Comité de la santé mentale du Québec, 138.

BLANK, A.S. (1987) *Irrational reactions to post-traumatic stress disorder and Vietnam veteran*, dans McCann et Pearlman, *Vicarious Traumatization: A Framework for Understanding the Psychological effects of Working with Victims*, Journal of Traumatic Stress, Vol.3, No.1, 1990, p. 131-149.

BOURBONNAIS, R. et COMEAU, M. (1998) *Santé psychologique et absence au travail*, Objectif prévention, vol.20 no.5, p. 16-18.

BRADFORD, R. et ALEXANDRE, M.-J. (1991) *The Psychological Effects of Disaster Work: Implications for Disaster Planning*, J. Roy. Soc. Health, June.

BRETT, R. et OSTROFF, S, (1985) dans McCann, L. et Pearlman, L.A. (1990) *Vicarious Traumatization: A Framework for Understanding the Psychological effects of Working with Victims*, Journal of Traumatic Stress, Vol.3, No.1, p. 131-149.

BRONFENBRENNER, U. (1979) dans Schaefer, C. et Beaudry, C. (1992), *La Parentèle*, Cahier no1., Département de santé communautaire, Cité de la Santé, Laval, 54 p.

CHESSICK, R.D. (1978) *The sad soul of psychiatrist*, dans McCann et Pearlman, *Vicarious Traumatization: A Framework for Understanding the Psychological effects of Working with Victims*, Journal of Traumatic Stress, Vol.3, No.1, 1990, p. 131-149.

COHEN, R.E. (1985) *Crisis counseling principles and services*, dans Innovations on clinical Practice : A Source Book vol 11.

COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (1985) *La santé mentale des enfants et des adolescents, vers une approche plus globale*, Direction générale des publications gouvernementales, 251p.

CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA FAMILLE (1985) *Le point sur les habitudes de vie, l'approche écologique, Québec*,

CORNEIL, W. (1988) *Le stress après un désastre*, Documentation sur le stress post-traumatique, Service d'aide aux employés, Services de santé des fonctionnaires fédéraux, Santé et Bien-Être social Canada, 142p.

DANIELI, Y. (1981) *Therapists' difficulties in treating survivors of the nazi Holocaust and their children*, dans McCann et Pearlman, *Vicarious Traumatization: A Framework for Understanding the Psychological effects of Working with Victims*, Journal of Traumatic Stress, Vol.3, No.1, 1990, p. 131-149.

DERSHIMER, R.A. (1990) *Counseling the bereaved*, dans Innovations on clinical Practice : A Source Book vol 11.

DESLAURIERS, J.P. (1991) *Recherche qualitative: Guide de pratique*, McGraw-Hill, 142 .

DUCHESNEAU, J. et LAMONTAGNE, H. (1987) *Le stress dans les professions de relations d'aide et d'urgence* , JASMU, septembre, p. 5-11.

DUFOUR, J. (1997) *Les catastrophes naturelles exogènes et l'effet de serre. Quelques réflexions appliquées au délugue du Saguenay*, Groupe de recherche et d'intervention régionales, Les premiers résultats de recherche du programme de recherche du GRIR à l'UQAC, Chicoutimi p. 29-41.

EPSTEIN, S. (1989) *The self-concept, the traumatic neurosis, and the structure of personality*, dans McCann et Pearlman, *Vicarious Traumatization: A Framework for Understanding the Psychological effects of Working with Victims*, Journal of Traumatic Stress, Vol.3, No.1, 1990, p. 131-149.

EVERLY G. S. (1988) *The Personality Profil of an Emergency Worker*, Second International Conference On Dealing With Stress And Trauma In Emergency Services, Melbourne. Australia .

EVERLY, G. et MITCHELL, J. (1993) *Critical incident stress debriefing: An operationnal manual for the prevention of tranmatic stress among emergency services and disaster workers*, Chevron Publishing Corporation, Ellicott City, Maryland, 223p.

FARBEROW, N.L. (1985) *Mental health aspects of disaster in smaller community*, dans Innovations on clinical Practice : A Source Book, vol 11.

FARBEROW, N.L. ET GORDON, N.S. (1981) *Manual for child health workers in major disasters*, dans Innovations on clinical Practice : A Source Book vol 11.

FARNEAULT, G. (1996) *Gérer l'anxiété des soignés et des soignants*, Soins, no 611, décembre, p. 26-29.

FREUDENBERGER, H. et ROBIN, A. (1979) *The hazard of being a psychanalist*, dans McCann et Pearlman, *Vicarious Traumatization: A Framework for Understanding the Psychological effects of Working with Victims*, Journal of Traumatic Stress, Vol.3, No.1, 1990, p. 131-149.

GHADIRIAN, A.M. (1984) *Profil des individus prédisposés au stress*, Médecine moderne du Canada, juin, vol.39, No 6, p. 673-679.

GIST, R. et LUBIN, B. (1989) *Psychological aspects of disaster*, dans Innovations on clinical Practice : A Source Book vol 11.

GRAHAM, (1981) dans LAMONTAGNE, H. (1983) *Des effets psychologiques des désastres sur le personnel opérationnel*, Protection civile du Canada, Ottawa, 40p.

HACHÉ-FAULKNER, N., et MACKAY, R.C. (1995) *Le stress professionnel*, L'infirmière canadienne, mai, p. 26-28.

HAGEN, L. et PAUL, D. (1987) *La promotion de la santé mentale dans le contexte des CLSC dans la région de l'Estrie : un plan d'action*, 77 p.

HALEY, S.A. (1974) *When the patient report atrocities : Specific treatment considerations in the Vietnam veteran*; dans McCann et Pearlman, *Vicarious Traumatization: A Framework for Understanding the Psychological effects of Working with Victims*, Journal of Traumatic Stress, Vol.3, No.1, 1990, p. 131-149.

HARTSOUGH, D. M. et MYERS, D. G. (1985) *Disaster Work and Mental Health: Prevention and Control Stress Among Workers*, National Institute of Mental Health DDHS Publication, No. ADM 85-1422, Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.

HEIFETZ, M. (1982) dans McCann et Pearlman, *Vicarious Traumatization: A Framework for Understanding the Psychological effects of Working with Victims*, Journal of Traumatic Stress, Vol.3, No.1, 1990, p. 131-149.

HORN, J.M. et SOLOMON, R.M. (1986) *Peer support, a key element for coping with trauma*, Police stress, p. 25-27.

HOROWITZ, M.J. (1976) *Stress Reponse Syndromes*, dans McCann et Pearlman, *Vicarious Traumatization: A Framework for Understanding the Psychological effects of Working with Victims*, Journal of Traumatic Stress, Vol.3, No.1, 1990, p. 131-149.

JACOB, G.A. et QUEVILLON, R.P. (1990) *Lessons from the aftermath of flight 232. Practical considerations for the mental health professions' response to air disaster*; American Psychologist, 45 1329-1335.

JANOFF-BULMAN, R. (1985) *The aftermath of victimization : Rebuilding shattered assumptions* dans McCann et Pearlman, *Vicarious Traumatization: A Framework for Understanding the Psychological effects of Working with Victims*, Journal of Traumatic Stress, Vol.3, No.1, 1990, p. 131-149.

KEATING, J et al., (1987) *Post-disaster Stress in Emergency Responders*, paper presented at the Annual Meeting of the American Psychological Association. 1987.

KILPATRICK, M. A. (1983) *The Invisible Injury*, MSW, mars.

KINZIE, J.D. (1989) *Therapeutic approaches to traumatized cambodian refugees*, Journal of traumatic stress, 2.

LAMONTAGNE, H. (1983) *Des effets psychologiques des désastres sur le personnel opérationnel*, Protection civile du Canada, Ottawa, 40p.

LAUBE-MORGAN, J. (1992) *The professional's psychological reponse in disaster: Implications for practice*, Journal of psychological nursing, Vol. 30, No. 2.

LAUBE, J. et MURPHY, S.A. (1985) *Perspectives on disaster recovery, Health care providers as disaster victims*, Norwalk, Conn.

LINDY, J.D. (1988) *Vietnam : A Casebook*, dans McCann et Pearlman, *Vicarious Traumatization: A Framework for Understanding the Psychological effects of Working with Victims*, Journal of Traumatic Stress, Vol.3, No.1, 1990, p. 131-149.

LOO, R. (1984) *Le stress professionnel dans les forces policières*, Santé mentale au Canada, septembre, p.18-21.

MCCANN, L. et PEARLMAN, L.A. (1990) *Vicarious Traumatization: A Framework for Understanding the Psychological effects of Working with Victims*, Journal of Traumatic Stress, Vol.3, No.1 p. 131-149.

MCFARLANE, A.C. (1989) *The Aetiology of Post-traumatic Morbidity: Predisposing, Precipitating and Perpetuating Factors*, British Journal of Psychiatry, 154, 221-228.

MCFARLANE A.C. (1988) *The phenomenology of posttraumatic stress disorder following a natural disaster*, Journal of nervous and mental disease, 176 (1) :22-29.

MCFARLANE, A. C. et PAPAY, P. (1992) *Multiple Diagnoses in posttraumatic Stress Disorder in the victims of a natural disaster*, the journal of nervous and mental disease 180, 8, p. 498-504.

MCGEE, E. et HEFFRON, R. (1976) dans McCann et Pearlman, *Vicarious Traumatization: A Framework for Understanding the Psychological effects of Working with Victims*, Journal of Traumatic Stress, Vol.3, No.1, 1990, p. 131-149.

MCHENRY, S. (1991) *Stress in the Prehospital EMS and Disaster Setting*, Prehospital and Disaster Medecine, V. 6, no 4, October-November 1991 pp. 483-484.

MCMANUS, M. (1989) *Disaster Workers: The Hidden Victims in Catastrophe*, Department of Psychiatry, USC.

MALDAGUE, M. (1975) dans Pampalon, R. (1980) *Environnement et santé. Éléments d'une problématique québécoise*, Services des études épidémiologiques, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère des Affaires sociales, Québec, 14-22.

MALDONADO, T. (1972) dans Pampalon, R. (1980) *Environnement et santé. Éléments d'une problématique québécoise*, Services des études épidémiologiques, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère des Affaires sociales, Québec, 14-22.

MANDLER, R. (1966) dans McCann et Pearlman, *Vicarious Traumatization: A Framework for Understanding the Psychological effects of Working with Victims*, Journal of Traumatic Stress, Vol.3, No.1, 1990, p. 131-149.

MALTAIS, D. ROBICHAUD, S. et GAGNON, C. (1998) *Les impacts psychosociaux et communautaires d'une catastrophe : programmation de la recherche*, Groupe de recherche et d'intervention régionales, Les premiers résultats de recherche du programme de recherche du GRIR à l'UQAC, Chicoutimi, p. 96-111.

MSSS (1995) *Naître égaux et grandir en santé*, Direction générale de la santé publique, Québec, 213 p.

MSSS (1994) *Planification des services psychosociaux dans le cadre des mesures d'urgence*, Direction générale de la coordination régionale, Québec, 28 p.

MSSS (1992) *Les services psychosociaux offerts par les CLSC dans le cadre des mesures d'urgence*, Direction générale de la prévention et des services communautaires, Mercier-Leblond, G. Québec, 55 p.

MSSS, (1989) *La politique de santé mentale*, Québec.

MITCHELL, J.T. (1988) *L'atténuation du stress consécutif à un accident*, dans Documentation sur le stress post-traumatique, Service d'aide aux employés, Services de santé des fonctionnaires fédéraux, Santé et Bien-Être social Canada , 142p.

MITCHELL, J.T. (1985) *Healing the Helper*, Green ed. Role Stressors and Supports for Emergency Workers, U.S. Dept. of Health and Human Services, Washington, D.C. second congress on stress trauma and coping with emergency services professions, Emergency Nurses Association Monograph Series, Vol 1 Issue 8.

MITCHELL, J.T. (1982) *Recovery from Rescue Response!* The Magazine of Rescue and Emergency Management; Fall pp. 7-10.

MITCHELL, J.T. BRAY, G. (1990) *Emergency Services Stress: Guidelines for Preserving the Health and Careers of Emergency Services Personnel*, Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, inc.

MITCHELL, J. et EVERLY, G. (1993) *Critical incident stress debriefing: An operational manual for the prevention of traumatic stress among emergency services and disaster workers*, Chevron Publishing Corporation, Ellicott City, Maryland, 223p.

MURPHY, S.A. (1988) *Mediating Effects of Intra-personal and Social Support on Mental Health One and Three Years After a Natural Disaster*, Journal of Traumatic Stress, 1, 155-172.

OSTERWEIS, M, SOLOMON, F. et GREEN, M. (1984) *Bereavement :reactions, consequences, and care*, dans Innovations on clinical Practice : A Source Book vol 11.

- PAIVIO, A. (1986) *Mental Representations: A Dual Coping Approach*, dans McCann et Pearlman, *Vicarious Traumatization: A Framework for Understanding the Psychological effects of Working with Victims*, Journal of Traumatic Stress, Vol.3, No.1, 1990, p. 131-149.
- PAMPALON, R. (1980) *Environnement et santé Éléments d'une problématique québécoise Services des études épidémiologiques*, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère des Affaires sociales, Québec, 14-22.
- PATRICK, P. (1981) *Health care Worker Burnout, What is it, What Do about it*, Inquiry book Chicago.
- PROULX, M.U. (1997) *Planification et gestion de la reconstruction post-diluvienne et de la relance économique*, Groupe de recherche et d'intervention régionales, Les premiers résultats de recherche du programme de recherche du GRIR à l'UQAC, Chicoutimi p. 59-87.
- QUARANTELLI, E.L. et DYNES, R.D. (1973) *When disaster strikes*, New society, 23 (1) p. 5-9.
- QUEVILLON, R. P. et JACOB, G. A. (1992) *Treatment Issues in Mental Health Responses to Disaster Innovations*, dans clinical practice: a source book; vol 11.
- RAPHAEL, B. (1986) *When disaster strikes*, Basis book, New York..
- ROBITAILLE, M.J. (1998) *Le stress au travail: Comment intervenir globalement*, Objectif prévention, vol.20, no.5, p. 23-25.
- ROGERS, E.R. (1987) *Professionnal burnout : a review of concepts*, Clin. Superv, no 5.

ROTH, S. (1989) *Coping with sexual trauma*, dans McCann et Pearlman, *Vicarious Traumatization: A Framework for Understanding the Psychological effects of Working with Victims*, Journal of Traumatic Stress, Vol.3, No.1, 1990, pp. 131-149.

RUBIN, J.G. (1990) *Critical Incident Stress Debriefing: Hepling the Helpers*, Journal of Emergency Nursing, 16 (4) , July-August, pp. 255-258.

ST-ARNAUD, L., DROLET, M.J. et TREMBLAY, M. (1994) *Les risques psychosociaux chez les policiers: comprendre ensemble pour mieux agir*, Équipe régionale Santé au travail, Régie régionale de la région de Québec, Septembre, p. 1-19.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE CANADA (1990) *Services personnels : planification psychosociale en cas de sinistres*, Ministère des approvisionnements, Ottawa, Division des services d'urgence.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE CANADA (1988) *La santé mentale des canadiens, Vers un juste équilibre*, Ottawa, 23 p.

SCHAEFER, C. et BEAUDRY, C. (1992) *La Parentèle*, Cahier n°1., Département de santé communautaire, Cité de la Santé, Laval, 54 p.

SCURFIELD, R.M. (1985) *Post-trauma stress assessment and treatment : Overview and formulations*. Dans McCann et Pearlman, *Vicarious Traumatization: A Framework for Understanding the Psychological effects of Working with Victims*, Journal of Traumatic Stress, Vol.3, No.1, 1990, p. 131-149.

SHEPHERD, M., HODGKINSON, P.E. (1990) *The Hidden Victims of Disaster: Helper Stress*, Stress Medecine V.6, no 1, January, p. 29-35.

- SMITH, C. L. jr, et DE CHESNAY, M.. (1994) *Critical incident stress debriefing for crisis management in post-traumatic stress disorders*, Medecine law, 13, p. 185-191.
- SOLOMON, R.M. et HORN, J. (1986) *Post shooting traumatic reaction : A pilot study*, Psychological Services for Law enforcement, Washington, p. 383-393.
- SOLOMON, S.D.; REGIER, D. A. et BURKE, J.D. (1989) *Role of Perceived Control in Coping with Disaster*, Journal of Social and Clinical Psychology, V.8, no 4, Winter, p. 376-392.
- SOMMER, D. (1984) *La personnalité et la réactions aux événements stressants*. Santé mentale au Canada, septembre, p.11-13.
- SPURRELL, M.T. et MCFARLANE, A.C. (1993) *Post-traumatic stress disorder and coping after a natural disaster*, Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 28, p.194-200.
- TALBOT, A.; MANTON, M.. et DUNN, P.J. (1992) *Debriefing the Debriefers: An Intervention Strategy to Assist Psychologists after a Crisis*, Journal of Traumatic Stress, Vol.5 No.1, 1992, p.45-62.
- TIERNEY, K. et BAISDEN, B. (1979) *Crisis intervention Programs for Disaster Victims : A source Book and Manual for smaller Communities*, National Institute of Mental Health, Maryland.
- VANISTENDAEL, S. (1996) *La résilience ou le réalisme de l'espérance*, Bureau international catholique de l'enfance, 44 p.

VÉZINA, D. (1999) *La prévention et la promotion en santé mentale*, Comité aviseur en promotion, prévention en santé mentale et service recherche, connaissance, surveillance, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux Saguenay–Lac-Saint-Jean, juin .

WARHEIT, (1979) dans MSSS (1992) *Les services psychosociaux offerts par les CLSC dans le cadre des mesures d'urgence*, Direction générale de la prévention et des services communautaires, Mercier-Leblond, G. Québec, 55 p.

WILLIAM, C.L.; SOLOMON, S.D. et BARTONE, P. (1988) *Primary prevention in aircraft disaster*, *American psychologist*, 43, 12 sept. p. 730-739.

WRIGHT, C. (1990) *The aftermath of tragedy « Sources of Stress for Disaster Workers »*, Emergency Medical Services, 19, 2, Fev. P. 28-30.

ANNEXE A

LE MODÈLE ÉCOLOGIQUE DE LA SANTÉ

ANNEXE B

PROTOCOLE D'ENTREVUE

DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

1. DATE / /
année / mois /jour
2. SEXE féminin
masculin
3. ÂGE
4. PROFESSION
5. FORMATION ACADÉMIQUE
6. NOMBRE D'ANNÉES DE SCOLARITÉ
7. NOMBRE D'ANNÉES D'EXPÉRIENCE DANS LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
8. SITUATION DE FAMILLE:
9. NOMBRE D'ENFANTS À LA MAISON
10. DURÉE DE L'ENTREVUE

LES INONDATIONS DE JUILLET 1996**LE TRAVAIL:**

Lors des inondations de juillet 1996, vous avez travaillé auprès des personnes sinistrées.

1. Pendant combien de temps avez-vous travaillé auprès des victimes du sinistre?
(nombre de jours, semaines, mois)
2. Parlez-moi du travail que vous avez effectué dans le cadre des mesures d'urgence?
(tâches, interventions, lieux de travail, horaire de travail période de repos, durée)
3. En quoi vos interventions différaient-elles de votre travail habituel?
4. Qu'est-ce que vous avez trouvé de particulièrement satisfaisant?
Y a-t-il eu des éléments qui ont été facilitant dans votre travail?
5. Qu'est-ce que vous avez trouvé le plus difficile?
Y a-t-il eu des éléments qui ont compliqué votre travail ou qui ont constitué des irritants?
6. Avez-vous été en contact avec des événements particulièrement troublants émotionnellement?
7. Comment perceviez-vous les attentes de la population sinistrée à l'égard des intervenants?
8. Avez-vous été en contact avec les médias et si oui comment cela s'est-il passé? Ont-ils eu de l'influence sur votre travail?
9. Comment perceviez-vous la circulation de l'information ?

10. Quelle préparation professionnelle aviez-vous pour affronter ce sinistre?
Considérez-vous que c'était adéquat?
11. Quels sont à votre avis les principales qualités requises chez un intervenant pour bien fonctionner dans le contexte des mesures d'urgence?
(caractéristiques personnelles, professionnelles)

L'ÉVÉNEMENT:

12. Comment avez-vous vécu les événements de juillet 1996?
(où étiez-vous? avec qui? qu'avez-vous fait?) (en tant qu'individu, en tant qu'intervenant)
13. Avez-vous été directement ou indirectement touché par le sinistre?
(pertes personnelles, évacuation, interruption de congé, etc.)
14. Connaissez-vous des proches qui ont été affectés?
(adultes, enfants, collègues)
15. En tant qu'intervenant, qu'est ce qui vous a le plus marqué dans ce sinistre?
16. Est-ce que votre implication dans cet événement vous a crée des difficultés dans votre quotidien, dans vos relations (couples, famille, amis, collègues) au plan du travail, au plan financier? (pendant la crise, après la crise)
17. Comment qualifiez-vous votre satisfaction professionnelle lors de vos interventions en mesures d'urgence?

L'INTERVENANT:

18. Avez-vous vécu des événements particulièrement difficiles avant pendant ou après le sinistre? (au plan personnel, professionnel ou social)

19. Avez-vous remarqué des changements dans votre état de santé après cet épisode de travail?
20. Avez-vous ressenti des malaises particuliers dans les semaines ou les mois qui ont suivis? (au plan physique, émotif, cognitif et comportemental)
21. Est-ce que vous avez dû prendre une médication?
22. Suite à ce sinistre, avez-vous remarqué un changement dans votre fonctionnement social, professionnel, familial ou dans d'autres domaines importants de votre vie?
23. Avez-vous consulter un spécialiste de la relation d'aide?
24. Vous êtes-vous absenté du travail? Si oui, pour quelle raison?

SIGNES DE STRESS

25. Croyez-vous que votre implication dans ce sinistre a provoqué une augmentation de votre niveau de stress?
26. Comment avez-vous réagit?
27. Quels étaient vos signes ou réactions de stress?
28. Croyez-vous que le sinistre a laissé des traces sur vous? (peur, inquiétude, état de vulnérabilité, etc.)

GESTION DU STRESS

29. Qu'avez vous fait pour faire baisser votre tension?
lors du sinistre vs actuellement
30. De qui recevez-vous du soutien lorsque vous en avez besoin?
Le considérez-vous satisfaisant, accessible, adéquat?
(personnellement, professionnellement)
31. Comment qualifiez-vous vos relations avec vos collègues?
32. Pendant et après cet épisode de travail, avez-vous reçu du support de votre environnement?
Si oui, de qui?
...de votre organisme?
33. Avez-vous l'impression que votre organisme vous a manifesté de la reconnaissance?
Si oui, de quelle façon?
Si non, qu'auriez-vous souhaité?
34. Comment percevez-vous le rôle de votre organisme dans le support à donner aux intervenants par rapport au travail en mesure d'urgence?

CONCLUSION:

35. Pensez-vous que le fait d'avoir intervenu en mesure d'urgence a influencé ou modifier votre façon de travailler?
36. Quel impact cet événement a-t-il eu sur vous comme personne, comme intervenante?
37. Quel souvenir vous reste-t-il de cet épisode de travail?

Madame

CLSC

En juillet 1996, la région du Saguenay a été affectée par d'importantes inondations. La population et les intervenants ont eu à vivre des moments particulièrement difficiles. Dans le cadre d'un mémoire de maîtrise, j'entreprends une étude des impacts de ce déluge chez les travailleuses et travailleurs. Votre collaboration est précieuse afin de m'aider à mener à bien cette recherche qui nous permettra de mieux comprendre ce qu'ont vécu les intervenants sociaux qui ont travaillé auprès des populations sinistrées.

Je vous remercie d'accepter de me recevoir et de prendre de votre temps pour répondre à mes questions.

Je passerai vous rencontrer au lieu et à l'heure convenus c'est-à-dire

jour

date

heure

Si vous avez un empêchement pour cette date, et pour fixer un autre rendez-vous, s'il-vous-plait me contacter au numéro de téléphone suivant: 545-1476 poste 2343

Danielle Brasset

10 juin 1998

ANNEXE C

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Participation à la recherche sur les impacts vécus par les intervenants sociaux qui ont travaillé auprès des populations victimes des inondations de juillet 1996.

Par la présente, je consens à participer à la recherche visant à analyser le vécu des intervenants sociaux qui ont travaillé auprès des populations sinistrées. J'ai été informé que cette étude a pour objectif d'identifier les impacts psychosociaux du travail en situation d'urgence.

J'ai été informé que ma participation à l'étude requiert une entrevue qui sera enregistrée sur bande sonore et durant laquelle j'aurai à répondre à une série de questions ouvertes.

J'ai été informé que les informations obtenues lors de l'entrevue seront traitées confidentiellement et seront utilisées anonymement afin de produire un mémoire dans le cadre d'une Maîtrise en Études Régionales.

Je signe,

Nom, Prénom:

CLSC:

Date:

Responsable de la recherche: Danielle Brasset, CLSC du Grand Chicoutimi, tel: 545-1476, poste 2343.

ANNEXE D

CHRONOLOGIE DES ÉTAPES DE L'INTERVENTION PSYCHOSOCIALE SELON LES PHASES D'UN SINISTRE

Tableau 1
Chronologie des étapes de l'intervention psychosociale
selon les phases d'un sinistre

MOMENT	PHASES D'UN SINISTRE	ÉTAPES DE L'INTERVENTION PSYCHOSOCIALE
Avant	Phase d'alerte	Action immédiate
Pendant	Phase d'impact	Action immédiate
	Phase de sauvetage et d'inventaire	
Après	Phase de rétablissement	Action transitoire (court terme) (si elle se prolonge) Programme de retour à la vie normale

Tiré de : *Planification des services psychosociaux dans le cadre des mesures d'urgence. Québec, MSSS, 1994.*