
Les retombées de l'intervention en situation de crise, de tragédie ou de sinistre sur la vie professionnelle et personnelle des intervenants sociaux des CSSS du Québec¹

Danielle Maltais, Ph.D., Professeure, Département des sciences humaines, Université du Québec à Chicoutimi
danielle_maltais@uqac.ca

Vanessa Bolduc, M.Sc. Professionnelle de recherche, Département des sciences humaines et
Département des sciences de l'éducation, Université du Québec à Chicoutimi
vanessa.bolduc@uqac.ca

Véronique Gauthier, Professionnelle de recherche, Centre Interdisciplinaire de Recherche en Réadaptation et
Intégration Sociale (CIRRIIS), Institut de réadaptation en déficience physique du Québec (IRDPQ)
veronique.gauthier@cirris.ulaval.ca

Simon Gauthier, T.S., CSSS Lac-Saint-Jean Est, Service de soutien à domicile
felixsophie1929@hotmail.com

RÉSUMÉ :

Le présent article expose les faits saillants d'une étude portant sur les retombées de l'intervention en situation de crise, de tragédie et de sinistre sur la vie professionnelle et personnelle des intervenants sociaux travaillant dans 51 Centres de santé et de services sociaux du Québec (CSSS). Les principaux résultats présentés ici suggèrent que certains symptômes liés au stress post-traumatique secondaire (traumatisme vicariant) et à la fatigue de compassion seraient présents chez un nombre assez restreint d'intervenants. En contrepartie, les phénomènes de résilience vicariante et de satisfaction de compassion seraient constatés chez plusieurs d'entre eux.

MOTS-CLÉS :

Intervention en situation de crise, de tragédie ou de sinistre, stress post-traumatique secondaire, traumatisme vicariant, fatigue de compassion, résilience vicariante, satisfaction de compassion

INTRODUCTION

Au Québec, bon nombre de travailleurs sociaux des CSSS (Centres de santé et de services sociaux) assurant des périodes de garde sociale en dehors des heures d'ouverture de leur établissement ou œuvrant en tant que membres de l'équipe d'urgence ou du service Accueil-Évaluation-Orientation (équipe AEO) viennent régulièrement en aide à des personnes en situation de crise psychosociale ou psychopathologique, ainsi qu'à des victimes de tragédie ou de sinistre. Selon le plan national de sécurité civile du Québec (Martel, 2005), les CSSS ont la responsabilité d'assurer les services psychosociaux aux victimes directes et indirectes affectées par une tragédie ou un sinistre.² Pour assumer cette mission, chaque CSSS du Québec a l'obligation, depuis janvier 2001, à la suite de

¹ Cet article présente une partie des faits saillants d'une étude intitulée *Intervenants psychosociaux et intervention de crise micro et macrosociale* rendue possible grâce à l'obtention d'une subvention de recherche (2010-2014) du Conseil de la recherche en sciences humaines du Canada (CRSH).

² Sont considérées comme des victimes directes, les personnes traumatisées, blessées, évacuées, endeuillées ou ayant subi des dommages ou des pertes concernant leurs biens personnels, professionnels ou commerciaux. Les victimes indirectes sont, quant à elles, les membres de l'entourage des victimes directes ainsi que les intervenants rémunérés ou bénévoles de première et de deuxième ligne.

l'adoption de la *Loi sur la sécurité civile* (ministère de la Sécurité publique, 2004), de constituer une équipe d'urgence, composée principalement d'intervenants sociaux, qui assurera cette responsabilité lors de tragédies ou de sinistres.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) différencie le sinistre d'une crise et d'une tragédie par le nombre de personnes affectées directement et indirectement, la complexité de l'événement, l'importance d'agir, la grande quantité de ressources à déployer ainsi que par le débordement des cadres d'intervention habituels (Malenfant, 2007). Ainsi, pour le MSSS, l'intervention en situation de crise³ implique généralement un individu, un couple ou une famille et elle est, la plupart du temps, réalisée par les intervenants sociaux du service Accueil-Évaluation-Orientation ou par ceux qui assurent des périodes de garde sociale (Malenfant, 2007). Lors de ce type de situation, les intervenants sociaux ne rencontrent habituellement pas de complication particulière et sont en mesure de réaliser leurs interventions dans un délai de quelques heures. Quant aux tragédies⁴, il s'agit d'événements ayant des impacts sur un groupe restreint de personnes où plusieurs témoins, facilement identifiables, peuvent être affectés. L'intervention est généralement de courte ou de moyenne durée et l'utilisation des ressources locales suffit à répondre aux besoins des individus (Malenfant, 2007). Lors de ces situations, ce sont surtout les intervenants sociaux membres de leur équipe d'urgence qui interviennent à la suite d'une demande formulée par le responsable de cette équipe. Pour ce qui est des situations de sinistre⁵, elles impliquent la réalisation de tâches non familières, la mise sur pied de nouvelles structures de réponse et de mobilisation ainsi que la coordination de ressources humaines non habituées à travailler ensemble (intervenants sociaux provenant de divers CSSS, bénévoles de la Croix-Rouge, policiers, pompiers, employés municipaux, etc.) (Malenfant, 2007).

Au Québec, lors de l'application des mesures d'urgence, les victimes de tragédie ou de sinistre sont considérées comme disposant des capacités pour composer avec les différents stress associés à ces deux types d'événements. Ainsi, les intervenants sociaux adoptent généralement une approche psychoéducative qui normalise les sentiments et les comportements des individus devant faire face à un événement anormal (Martel, 2005). Aussi, les travailleurs sociaux doivent être proactifs en se rendant aux endroits où se retrouvent les sinistrés, en se mêlant à eux et en leur offrant leur soutien sans que ces derniers aient à se rendre à leurs bureaux. En cas de sinistre, les intervenants sociaux peuvent, par exemple, être appelés à accompagner les policiers lors de l'évacuation des sinistrés, accueillir les individus dans les centres d'hébergement collectifs et évaluer l'état de santé psychosociale des personnes évacuées de leur milieu de vie. Ces professionnels peuvent aussi coordonner les activités de soutien aux personnes présentant des difficultés d'adaptation, accompagner et soutenir les survivants lors de l'identification des corps, organiser et animer des séances de verbalisation (*débriefing*) et rencontrer et reconforter les victimes et leurs proches dans divers lieux de rassemblement. Il arrive aussi que ces intervenants aient à assister les sinistrés dans leurs démarches auprès des autorités publiques ou à faciliter la création de comités de soutien aux victimes et aux membres de leur famille (Maltais, 2005).

En outre, lorsque ces professionnels interviennent dans de tels contextes, leur niveau de vulnérabilité est accru puisqu'ils sont aux prises avec de nombreuses personnes traumatisées ou souffrantes présentant d'importantes réactions émotionnelles, et ce, dans des conditions souvent

³ Les crises peuvent être des situations impliquant une rupture amoureuse, un licenciement ou un deuil (Andreoli, Lalive, Garrone, 1986), une situation de violence conjugale, de la maltraitance d'enfants, un viol ou une mort subite à la suite d'un accident ou d'un suicide.

⁴ Les tragédies peuvent être de l'ordre d'un incendie dans une résidence pour aînés ou dans une habitation à logements multiples, d'un suicide dans une école, d'un accident avec décès, de graves blessures dans une usine ou de la fermeture d'une entreprise.

⁵ Les sinistres peuvent être naturels (inondations, tornades, tempêtes de neige, etc.) ou technologiques (manquement ou négligence de la part d'un individu, bris ou perte de contrôle sur des équipements, etc.).

difficiles et hors de leur contrôle (environnement chaotique, intervention en dehors du lieu de travail habituel, nombre élevé de personnes à prendre simultanément en charge, etc.). De plus, l'intervention en situation de tragédie ou de sinistre requiert des habiletés et des modes d'intervention particuliers qui vont parfois à l'encontre des pratiques usuelles des intervenants sociaux (Maltais, 2005).

Des conséquences à la fois négatives et positives peuvent découler de ce type d'intervention. La fatigue de compassion, le stress post-traumatique secondaire (la traumatisation vicariante) et l'épuisement professionnel sont des exemples d'impacts négatifs susceptibles d'être ressentis par les intervenants sociaux (Conrad, Kellar-Guenther, 2006; Dane, Chachkes, 2001; Nelson-Gardell, Harris, 2003). D'ailleurs, lors d'une étude réalisée en 2002, Meldrum, King et Spooner soutiennent que plus de 17 % des travailleurs de la santé mentale satisfont aux critères du stress post-traumatique secondaire. D'un autre côté, comme l'ont mentionné Hernández, Gangsei et Engstrom (2007), ce type d'intervention peut être également très gratifiant pour les intervenants. En effet, elle peut leur permettre de reconnaître la capacité des êtres humains à guérir ou à surmonter différents stress ou traumatismes, de réaffirmer la valeur du processus thérapeutique, de relativiser l'importance de leurs problèmes personnels et de découvrir le pouvoir de la solidarité d'une communauté.

Le présent article rapporte une partie des faits saillants d'une étude mixte,⁶ réalisée dans 51 CSSS du Québec, portant sur les facteurs de risque et de protection ainsi que sur les retombées de l'intervention en situation de crise, de tragédie ou de sinistre chez les intervenants sociaux. En outre, le présent article traite exclusivement du volet qualitatif de notre étude où deux stratégies de collecte de données ont été utilisées. La première stratégie a consisté à réaliser des entrevues semi-dirigées auprès de chacun des responsables des équipes des mesures d'urgence du volet psychosocial auprès des 51 CSSS participant à l'étude. Par la suite, 12 rencontres de groupe, réunissant 63 intervenants psychosociaux, se sont tenues dans 8 régions sociosanitaires du Québec (Saguenay-Lac-Saint-Jean, Estrie, Montérégie, Laval, Montréal, Lanaudière, Laurentides et Chaudière-Appalaches).

Par ailleurs, cet article tente de répondre à plusieurs préoccupations formulées par notre équipe de recherche, qui, depuis 1996, réalise des études sur les conséquences des désastres sur la santé des individus et des intervenants. À cet effet, au cours de recherches effectuées en 2001 et 2009 (Maltais, Robichaud, 2009; Maltais, Robichaud, Moffat, Simard, 2001), il a été possible de constater que certains intervenants sociaux étaient plus affectés que d'autres lorsqu'ils étaient impliqués auprès de sinistrés. En outre, la présente étude vise à éclaircir des questions restées sans réponse lors d'études antérieures. Ces questions concernent notamment les facteurs personnels, organisationnels et contextuels qui facilitent la résilience et atténuent les conséquences de l'intervention en cas de tragédie ou de sinistre chez les professionnels appelés à intervenir sur une base régulière dans de tels contextes.

Dans un premier temps, le point de vue des experts est présenté et des informations sont fournies sur la méthode et le cadre de référence employés pour recueillir le point de vue des participants. Par la suite, des informations sont transmises sur les caractéristiques socio-démographiques et professionnelles des répondants, ainsi que sur les tragédies et les sinistres qu'ils rencontrent le plus fréquemment. Les sections subséquentes présentent les faits saillants de cette recherche tandis que la fin de cet article est consacrée à la discussion des résultats.

1. Recension des écrits

Qu'elles concernent leur santé physique ou mentale, leur vie personnelle, conjugale, familiale, sociale et professionnelle, les études sur les répercussions de l'engagement des intervenants sociaux lors de situations d'urgence ou de sinistre demeurent peu nombreuses. Ce n'est qu'au cours des dernières décennies que les gestionnaires d'organismes ou d'institutions ont commencé à s'intéresser

⁶ Les résultats de l'ensemble de cette étude seront publiés aux Presses de l'Université Laval (PUL) au cours de l'été 2015 dans un volume intitulé : *Situation de crise, de tragédie ou de sinistre : Le point de vue des professionnels de l'intervention sociale*.

à ce sujet. Plusieurs facteurs semblent expliquer cet état de fait. On mentionne, entre autres, le manque de sensibilisation ou le refus de reconnaître les besoins psychologiques des victimes de désastre, intervenants inclus (Le Journal de Québec, 1998; Paton, 1996) et la tendance de leurs formateurs à les considérer comme des êtres invulnérables (Mitchell, Dyregrov, 1993). De plus, la prépondérance des approches médicales dans le traitement des traumatismes (Burkle, 1996; Jacobs, Quevillon, Stricherz, 1990) et la croyance que la formation et l'expérience des intervenants les immunisent contre les stress, les traumatismes et contre la souffrance et la douleur des autres (Dunning, 1990) sont également des facteurs associés à la rareté de ces sujets d'étude. Il n'en demeure pas moins que les intervenants exposés à des situations environnementales extrêmes ou à des stress, ainsi qu'à des perturbations similaires à celles des victimes sont, eux aussi, sujets à vivre des difficultés d'adaptation et à courir des risques pouvant compromettre leur santé ou leur intégrité physique et psychologique.

Diverses réactions psychologiques, émotionnelles, physiques, cognitives et comportementales ont été constatées chez les intervenants sociaux pendant et après une situation d'urgence. À ce sujet, la majorité des études aborde principalement les retombées négatives de ce type d'intervention, mais il est possible de constater que de plus en plus d'écrits scientifiques relèvent des retombées positives (Allen, 2010; Linley, Joseph, 2006; 2007). Concernant les conséquences négatives, on évoque principalement : l'étonnement, l'incrédulité, l'engourdissement émotionnel, de même que les sentiments de vulnérabilité, d'impuissance, de tristesse, la présence de manifestations dépressives, d'isolement, d'instabilité émotionnelle, d'irritabilité, de problèmes de sommeil, de colère et d'angoisse (Bradford, John, 1991). De plus, il semblerait que les symptômes physiques et psychologiques générés par ce type d'intervention se manifestent sur le moment, ou peu de temps après l'événement et que, chez la majorité des intervenants, ils s'estompent graduellement ou disparaissent à brève échéance (Shepherd, Hodgkinson, 1990). À ce sujet, Raphael (1986) soutient que les intervenants constituent le « troisième niveau de victime » en contexte d'urgence après les victimes primaires (directement touchées) et secondaires (proches indirectement touchés).

Certains auteurs ont également constaté que les cliniciens qui interviennent auprès de clients traumatisés peuvent vivre des symptômes semblables tels que le désespoir, la rage, la terreur, le sentiment d'être dépassé par la situation, des cauchemars et des préoccupations concernant leur sécurité personnelle (Herman, 1997). Selon Figley (1995), ces manifestations sont des symptômes de la *traumatisation vicariante*, appelée aussi stress post-traumatique secondaire. C'est ainsi que, par l'écoute répétée des détails des histoires traumatiques confiées par les clients, les intervenants deviennent des témoins de réalités traumatiques. Cette écoute répétée peut affecter, entre autres, leur fonctionnement psychologique (Pearlman, Maclan, 1995). De multiples autres impacts négatifs peuvent être ressentis par ces derniers, comme un sentiment de peur exacerbée pour leur propre sécurité ou celle de leurs proches (Ortlepp, Friedman, 2002), des symptômes psychosomatiques tels que des maux de tête et de la tension physique (Dane, Chackes, 2001), de l'irritabilité chronique ou des excès de colère (Hodgkinson, Shepherd, 1994). La fatigue (Dane, Chackes, 2001; Jenkins, Baird, 2002; Ortlepp, Friedman, 2002), la détresse émotionnelle (Shamai, Ron, 2009), l'inhibition des émotions (Hodgkinson, Shepherd, 1994) ainsi que la présence de sentiments d'incompétence, d'impuissance et de désespoir peuvent également être vécues par ces professionnels (Dane, Chackes, 2001; Figley, 1995, 2002a, 2002b; Gibson, Iwaniec, 2003). Les intervenants peuvent aussi présenter des pensées intrusives, des ressouvenances traumatiques, des cauchemars associés aux traumatismes de leurs clients ainsi que de l'insomnie. L'irritabilité chronique, des accès de colère, des difficultés de concentration, de l'évitement envers les clients traumatisés et de l'hypervigilance sont aussi des symptômes qui ont été répertoriés (Figley, 1995).

Il leur arrive également de vivre de la fatigue de compassion. Ce terme développé par Charles Figley (1995 : 7) est utilisé pour décrire « le stress qui résulte de l'action d'aider ou de projeter d'aider une personne traumatisée ou souffrante ». Il a aussi été démontré que la fatigue de compassion peut affecter la vie personnelle et professionnelle des intervenants sociaux (Dane, Chachkes, 2001). À cet

égard, Figley (2002a, 2002 b) mentionne que les impacts négatifs peuvent se situer sur les plans cognitif (difficulté de concentration, etc.), émotionnel (absence d'émotions, irritabilité, anxiété, culpabilité, tristesse) et comportemental (problèmes reliés à l'appétit, au sommeil, etc.). La vie interpersonnelle (méfiance, isolement, solitude, etc.), professionnelle (faible niveau de motivation, absentéisme, faible performance au travail, etc.) et spirituelle (remise en question de ses croyances et valeurs fondamentales, etc.) des intervenants peut également être affectée par la fatigue de compassion. Les intervenants souffrant de ce problème peuvent également développer des problèmes de santé physique, dont des douleurs persistantes ou le dysfonctionnement de leur système immunitaire.

Si des conséquences négatives sont bel et bien présentes, il n'en reste pas moins que certaines retombées positives découlent de l'intervention de crise. À ce sujet, Hernández et al. (2007 : 237) ont utilisé le concept de résilience vicariante qui se définit comme « un processus qui amène les thérapeutes à être transformés positivement par le fait d'être témoin de la résilience des personnes ayant survécu à un traumatisme ». Ce phénomène peut engendrer plusieurs impacts positifs, notamment un développement personnel, une prise de conscience de la résilience de l'être humain, un sentiment renouvelé de confiance professionnelle et une plus grande appréciation de sa vie (Herman, 1997; Tosone et al., 2003). Des prises de conscience concernant plusieurs dimensions de la vie (Pearlman, 1998), le fait d'utiliser des stratégies plus efficaces pour prendre soin de soi (Bauwens, Tosone, 2010) ainsi qu'une croyance profonde en la bonté ou la bienveillance de l'humanité (Collins, Long, 2003) sont également des comportements qui ont été observés chez les intervenants faisant preuve de résilience vicariante.

Pour leur part, Radley et Figley (2007) considèrent que le fait de manifester une attitude empreinte de compassion envers les clients traumatisés peut conduire à un sentiment d'accomplissement ou de satisfaction de compassion. Ainsi, pour s'épanouir, les travailleurs sociaux ont besoin de ressentir la joie d'aider les autres et d'être satisfaits de leur travail. D'après ces auteurs, cette joie et cette satisfaction peuvent conduire à la satisfaction de compassion engendrée par le fait d'être témoin du passage chez le client du rôle de victime à celui de personne responsable ou de survivant. Ainsi, plusieurs études ont permis de constater que les intervenants pouvaient vivre à la fois des conséquences négatives et positives en lien avec leur travail auprès de personnes traumatisées ou souffrantes (Tehrani, 2007).

2. Méthodologie

La collecte de données a été réalisée au cours de l'hiver et du printemps 2012. Dans un premier temps, des entrevues semi-dirigées, d'une durée moyenne de deux heures, ont été réalisées auprès des 51 responsables des équipes de mesures d'urgence volet psychosocial des CSSS du Québec. Cette première série d'entrevues nous permettait de bien comprendre le fonctionnement et les enjeux spécifiques vécus à l'intérieur de chacun des CSSS participant à notre étude. D'autre part, elle avait pour objectif d'établir les mécanismes de recrutement pour les intervenants sociaux à l'étude. Enfin, les responsables des mesures d'urgence étaient invités à donner leur opinion sur les conséquences de l'intervention en situation de crise, de tragédie ou de sinistre sur la vie personnelle et professionnelle des membres de leur équipe d'urgence.

Par la suite, 12 rencontres de groupes ont eu lieu avec 63 intervenants psychosociaux ayant œuvré, au cours des 7 dernières années, dans un environnement de tragédie ou de sinistre. Ces groupes étaient composés d'un minimum de trois personnes et d'un maximum de 12 et les rencontres duraient, en général, 3 heures. Comme ces rencontres avaient pour objectif de recueillir leur point de vue, nous avons privilégié les groupes de discussion. Cette méthode nous permettait ainsi de connaître simultanément et de manière approfondie l'opinion de plusieurs participants. En ce sens, l'interaction entre les membres d'un groupe favorise la production de données introspectives, l'émission de réponses spontanées (Clarke, 1999; Lane, McKenna, Ryan, Fleming, 2001) ainsi que l'émergence de points de vue plus critiques (Robinson, 1999).

La collecte de données s'est effectuée par l'intermédiaire de fiches signalétiques et de deux guides d'entrevue ne comprenant que des questions ouvertes (un pour les entrevues semi-dirigées et un autre pour les rencontres de groupe). Les guides d'entrevue, comprenant une trentaine de questions, ont permis de recueillir le point de vue des répondants sur divers sujets, dont les conséquences du travail en situation de crise, de tragédie et de sinistre. Les fiches signalétiques qui comprenaient une douzaine de questions fermées ont permis d'obtenir des informations sur les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des répondants (âge, sexe, formation scolaire, emploi actuel, etc.). Ces informations ont été compilées afin d'en extraire des données descriptives. Pour leur part, toutes les entrevues individuelles et de groupe ont été enregistrées et retranscrites intégralement sous forme de comptes rendus exhaustifs. Ceux-ci ont été lus à plusieurs reprises en vue de faire ressortir les principaux thèmes du discours des répondants.

Enfin, les données recueillies ont été analysées selon la procédure d'analyse de contenu en six étapes de Colaizzi (1978). Cette procédure consiste à 1) écouter les entrevues, lire chacune des transcriptions et saisir l'impression qui s'en dégage; 2) dégager des entrevues les énoncés signifiants et les relier aux dimensions à l'étude; 3) analyser la signification des énoncés retenus et tenter de les reformuler clairement; 4) regrouper les unités de signification en thèmes plus globaux ou en tendances générales; 5) rassembler les résultats de l'analyse et tenter une description exhaustive du phénomène à l'étude et; 6) valider la description exhaustive ainsi obtenue auprès de quelques répondants. Comme le point de vue des responsables locaux et des intervenants sociaux ayant participé aux rencontres de groupe est très semblable sur la grande majorité des items couverts dans nos deux guides d'entrevue, nous estimons que le discours des deux types de répondants est représentatif de la réalité de ce qui se vit dans les autres CSSS du Québec.

2.1 Cadre de référence

Pour appréhender le vécu des intervenants sociaux, le modèle de la gestion du stress (*stress management perspective*) de Paton, Violenti et Smith (2003) a été retenu. Celui-ci tient compte du fait que l'évaluation des risques encourus par les intervenants implique l'identification d'effets potentiels pouvant découler de l'interaction entre des facteurs de risque et de protection reliés autant à l'organisation, à l'intervenant lui-même qu'à l'événement comme tel et ce, avant, pendant et après l'intervention en situation d'urgence. Le choix de ce modèle repose sur trois considérations. D'abord, il a été développé pour tenir compte de la spécificité du contexte d'intervention lors de crises et a été conçu à la suite d'une recension exhaustive des écrits scientifiques. Ensuite, contrairement à la plupart des modèles sur le stress au travail, il a l'avantage de considérer à la fois les effets positifs et négatifs de la gestion du stress. Enfin, il met l'accent sur les facteurs susceptibles de favoriser la capacité de résilience des intervenants sociaux par rapport aux divers événements extrêmes auxquels ils doivent faire face.

2.2 Caractéristiques des répondants de l'étude

La plupart des 51 responsables des équipes d'urgence sont âgés de 41 ans et plus (70,6 %). La majorité des répondants sont des femmes (60,8 %) et détiennent une maîtrise (51 %) dans le domaine des sciences humaines. La majeure partie a suivi une formation en travail social (60,8 %) et près de la moitié (45,1 %) travaille pour son employeur actuel depuis plus de 10 ans, alors que l'autre moitié (51,0 %) a acquis entre 1 et 9 ans d'expérience. Pour ce qui est de l'ancienneté sur le plan de l'intervention en situation de mesures d'urgence, près de la moitié (45,2 %) œuvre dans ce domaine depuis plus de 10 ans. Les autres répondants travaillent dans ce secteur depuis moins d'un an (3,9 %), d'un à trois ans (17,6 %), de quatre à six ans (23,5 %) ou de sept à neuf ans (9,8 %).

La majorité des 63 intervenants sociaux ayant pris part à l'une ou l'autre des 12 rencontres de groupe est de sexe féminin (76,2 %). Sa moyenne d'âge se situe à 43 ans. Sur le plan professionnel, la majorité a obtenu un baccalauréat (72,1 %), alors que d'autres détiennent un diplôme de niveau

collégial (13,1 %) ou une maîtrise (14,8 %). Certains possèdent également un ou des certificats universitaires (18,0 %) ou un diplôme d'études supérieures spécialisées (3,2 %). La plupart des répondants sont des intervenants sociaux (65 %) qui occupent leur poste actuel depuis plus de 10 ans (42,8 %). Pour la plupart, leur dernière implication dans une situation de sinistre ou de tragédie majeure remonte à moins d'un an (50,7 %) ou se situe entre un et trois ans (38,1 %).

En ce qui concerne la satisfaction qu'ils éprouvent à l'égard de leur travail habituel, la majorité se déclare très (41,3 %) ou plutôt satisfaite (52,4 %) tandis que le quart (25,4 %) considère que leur travail est peu stressant. Lorsqu'ils doivent intervenir dans le cadre de l'application des mesures d'urgence, la presque totalité de ces intervenants sociaux estime que leur degré de stress est assez, très ou extrêmement élevé (93,7 %).

2.3 Les tragédies et les sinistres rencontrés par les répondants

Les sinistres majeurs auxquels les CSSS ont dû faire face, à une ou deux reprises, au cours des trois dernières années, demeurent les inondations, les glissements de terrain, les grandes marées, les avalanches, les séismes, ainsi que les épisodes de chaleur accablante, de verglas, de tempête de neige et d'orage violent. En ce qui concerne les tragédies, les répondants ont fait mention de divers événements : incendie, suicide, accident de la route ou accident de travail, fermeture d'usine, effondrement de toitures ou de stationnements, fusillade, explosion, émanation de gaz toxique, émanation de produits chimiques, contamination de l'eau et déversement de matières dangereuses.

3. Présentation des résultats

Cette section présente, dans un premier temps, les retombées négatives et positives de l'intervention en situation de crise, de tragédie ou de sinistre sur la vie professionnelle des intervenants sociaux. Dans un deuxième temps, elle aborde les retombées négatives et positives sur leur santé ainsi que sur leur vie personnelle.

3.1 Conséquences négatives de l'intervention en situation de crise et d'urgence sociale sur la vie professionnelle

En ce qui a trait aux répercussions négatives de l'intervention en situation de crise, la plupart des personnes interviewées ont constaté une accumulation de leur charge de travail. Cette situation découlerait du fait que les clients des intervenants ne sont pas systématiquement pris en charge par d'autres professionnels. Au contraire, ils le sont rarement. Plus leur absence est prolongée, plus les intervenants se voient dans l'obligation de rapporter ou d'annuler des rendez-vous avec leurs clients réguliers ou d'accélérer leur cadence de travail. Ces derniers risquent alors de vivre de la fatigue physique et émotionnelle, accompagnée de problèmes de concentration, d'irritabilité, de baisse d'énergie, d'épuisement et d'essoufflement. Cet extrait témoigne de la surcharge de travail après une intervention lors d'une tragédie ou d'un sinistre :

[...] Il nous faudrait les moyens de remplacer les gens qu'on mobilise pour des interventions d'urgence pour que les services courants puissent continuer parce que c'est un impact majeur. Quand on a une grosse situation d'urgence, on mobilise plein de gens, puis après, quand la situation d'urgence est finie puis qu'on a un retour à la normale, les intervenants qui sont essoufflés, puis parfois, chambranlés par cette intervention, ils reviennent sur leur chaise habituelle de travail, puis, cette chaise-là, elle est débordée parce qu'il n'y a personne qui s'en est occupée, pendant deux, trois semaines. (Responsable 15)

Des participants de cinq groupes de discussion ont également souligné la perturbation de leurs horaires au chapitre des impacts négatifs. En effet, ils peuvent être appelés à intervenir n'importe quand dans la journée lorsqu'ils assurent la période de garde sociale et ils peuvent travailler de longues heures d'affilée sans avoir de répit en cas de sinistre. Les intervenants de la garde sociale seraient généralement aux aguets et vivraient une certaine anticipation par rapport aux événements

tragiques qui peuvent se présenter. Il serait également difficile pour certains de retourner à leur poste habituel à la suite d'un désastre, car les situations que vivent leurs clients réguliers peuvent leur apparaître banales comparativement aux drames vécus par les victimes de tragédie ou de sinistre. De plus, il est difficile de retourner travailler seul, au sein de son équipe habituelle, après avoir œuvré en collaboration avec d'autres intervenants lors d'une tragédie ou d'un sinistre.

Également, la plupart des personnes rencontrées que ce soit en entrevue individuelle (n=35) ou de groupe (n=8), estiment que des intervenants ont tendance à se lancer des accusations ou à se considérer comme responsables de la situation lorsque les moyens utilisés n'apportent pas les résultats escomptés. Des sentiments d'impuissance et de frustration peuvent aussi être vécus. De plus, des difficultés à gérer leur stress et leurs émotions sont souvent éprouvées vu que les intervenants sociaux doivent faire face à des situations où les gens ont tout perdu. Ces professionnels peuvent vivre un sentiment d'impuissance étant donné le peu de moyens qu'il est possible d'offrir aux victimes pour leur venir en aide.

Enfin, selon les dires des professionnels d'un des groupes de discussion, certains de leurs confrères auraient mis fin à leur participation au sein de l'équipe des mesures d'urgence en raison des difficultés vécues, des impacts négatifs découlant de ce type d'intervention et du manque de soutien et d'encadrement offert par leur CSSS. Le témoignage suivant porte sur l'impuissance que peuvent vivre les intervenants sociaux dans certaines circonstances :

Il y a des niveaux d'impuissance que tu peux vivre en tant qu'intervenant. Tu vois bien que la ville a un règlement épais qui fait que la pauvre madame, elle va perdre sa maison, qu'elle a tout mis ses économies dedans [...] parce que la sécurité civile dit que, parce que c'est une maison secondaire, tu ne peux pas rien garantir, aucun remboursement, puis là, sa retraite vient de sacrer le camp, puis elle a tout mis son énergie pour arriver à vivre son rêve, puis ça ne se réalisera pas. Puis tu vois bien que cela n'a pas de bon sens, mais tu ne peux rien faire. Tu peux être empathique, tu peux la supporter, l'épauler, mais au niveau de la structure de ce qui amène cette situation, tu es impuissant face à cette situation. (Groupe de discussion 7)

3.2 Conséquences positives de l'intervention en situation de crise ou d'urgence sociale

Plusieurs conséquences positives ayant trait à la vie professionnelle ont été soulevées à la fois par les responsables des équipes d'urgence et par les intervenants sociaux. Parmi les conséquences positives, nous retrouvons : la possibilité de développer des habiletés, d'acquérir une confiance sur le plan professionnel, de vivre une belle expérience de travail et de solidifier les liens dans l'équipe. Plusieurs participants font également mention de l'importance de faire connaître le travail social, non seulement au sein de la communauté, mais également auprès des autres membres de leur propre organisation.

En effet, tous les répondants considèrent ce type de travail comme étant enrichissant, stimulant, susceptible de faire vivre aux intervenants une panoplie de situations nouvelles et, par le fait même, de les rendre plus aptes à gérer l'imprévu. Intervenir en situation de crise et d'urgence sociale permettrait aussi à l'intervenant de sortir de sa routine de travail, d'affronter de nouveaux défis, d'ajouter une plus-value à sa carrière et de développer une expertise ainsi que de nouvelles habiletés professionnelles. Ce type de travail permettrait de renforcer le sentiment de confiance en ses capacités et compétences professionnelles, non seulement lors de l'intervention en situation de sinistre, mais aussi dans le cadre de ses fonctions normales au sein de son équipe habituelle de travail. Les interventions devant être réalisées auprès de la clientèle régulière deviendraient moins anxiogènes et l'intervenant arriverait plus facilement à gérer et à prendre en charge des situations complexes.

Les intervenants sociaux appelés à intervenir en situation de tragédie ou de sinistre développeraient également une plus grande ouverture d'esprit envers plusieurs types d'individus, dont ceux souffrant de problèmes de santé mentale, les personnes âgées et les personnes présentant

des incapacités cognitives. De plus, cette opportunité permettrait de développer de nouvelles compétences d'intervention par rapport à des problématiques que les intervenants sociaux ne sont pas habitués d'affronter dans le cadre de leur travail régulier. Cet extrait d'entretien montre, par exemple, comment l'intervention en situation d'urgence offre une opportunité d'intervenir auprès d'autres types de clientèles :

Ça me sort de ma clientèle très lourde régulière, de mon petit quotidien. Ça nous fait voir autre chose et d'autre monde, qui n'ont pas nécessairement des diagnostics de santé mentale [...] J'aime que ça soit différent de mon travail régulier. (Groupe de discussion 3)

Quant à cet extrait, celui-ci permet de comprendre comment ce type d'intervention favorise le transfert des apprentissages dans le cadre du travail régulier :

Quand tu as fait une intervention en mesures d'urgence avec toute l'intensité, toute l'ampleur des besoins, ça donne beaucoup confiance aux intervenants. Alors ça, j'entends ça des intervenants et de tous ceux qui ont passé par-là, ça donne des ailes. On se dit entre nous, quand tu as passé en mesures d'urgence, tu peux amener n'importe quoi comme intervention et il n'y a plus grand-chose qui t'énerve après. (Responsable 15)

Dans le même ordre d'idées, les intervenants sociaux aiment créer des liens avec leurs partenaires et la clientèle. Ils se sentent également privilégiés de partager l'intimité des victimes. De plus, ils se sentent généralement très utiles puisqu'ils ont le sentiment de faire une différence dans la vie des victimes :

On a un petit milieu, on rencontre le monde après et souvent on fait une grosse différence dans la vie des gens. Et pourtant, on a l'impression d'avoir fait peu, mais pour eux, on a tellement fait beaucoup. Et c'est valorisant, c'est plaisant. [...] Après coup et sur le coup, bien on se rend compte que notre présence a été significative auprès des victimes et de leurs proches (Groupe de discussion 1).

3.3 Conséquences négatives sur la santé et la vie personnelle des intervenants

Selon des répondants rencontrés, l'intervention en situation de crise serait à l'origine de prises de congé de maladie, de symptômes du stress traumatique secondaire, de la fatigue de compassion et du traumatisme vicariant auprès d'un certain nombre d'intervenants⁷. Le cumul de situations éprouvantes peut également les amener à devenir très émotifs, à ressentir un désintérêt envers les problèmes des autres et à présenter des signes d'anxiété. D'autres symptômes seraient aussi vécus tels qu'un haut niveau de stress, de la difficulté à gérer les émotions, un état d'esprit pessimiste et une santé physique affectée. Une fatigue nerveuse en raison du chaos présent sur les lieux de sinistre peut provoquer un besoin de calme, de silence et de repos. D'autre part, des intervenants éprouveraient des difficultés à gérer les tensions inhérentes aux mesures d'urgence.

Le travail en situation de crise serait aussi difficile émotionnellement puisqu'il faut composer avec des émotions intenses générées par la souffrance humaine. Qui plus est, le stress, les émotions négatives et l'adrénaline trop fortement sollicitée fragiliseraient le système immunitaire, favorisant ainsi l'apparition de symptômes physiques et de problèmes de santé. Certains intervenants sociaux deviendraient plus impatients et intolérants à la suite d'interventions qui se prolongent. Dans le prochain extrait, les propos recueillis nous indiquent que le stress vécu se traduit par des symptômes de grande fatigue :

On a de la misère à se lever, je parlais de mal de dos tantôt, mais lorsque l'adrénaline tombe, j'ai mal partout moi. Ça me fait ça. Parfois, ça peut être une journée ou deux, mais parfois, ça va arriver, je vais me prendre un petit peu de reprise de temps, je vais prendre un peu de temps pour moi. (Groupe de discussion 10)

⁷ Ce nombre est estimé, par les répondants, entre 15 % et 25 % des intervenants sociaux avec qui ils ont dû travailler lors de l'application des mesures d'urgence.

Les interlocuteurs de plusieurs groupes (n=7) estiment aussi que l'intervention en situation de crise affecte leur vie conjugale et familiale. En raison des horaires atypiques et de la fatigue accumulée, les intervenants n'ont pas le loisir de passer autant de temps qu'ils le souhaiteraient avec les membres de leur famille et leurs amis. Par exemple, les intervenants assurant des périodes de garde sociale auraient moins de temps à consacrer à leurs activités ludiques et à leurs déplacements puisqu'ils doivent être disponibles à toute heure du jour ou de la nuit. Qui plus est, les situations dans lesquelles ils travaillent peuvent être source d'inquiétude pour leurs proches. Des répondants ont également mentionné le danger de devenir moins patients, empathiques et tolérants devant les problématiques vécues par les membres de leur entourage, de par leur besoin de s'éloigner émotivement de leur travail et des problèmes des autres. En outre, ils peuvent s'identifier aux victimes et craindre qu'eux-mêmes, ou leurs proches soient victimes du genre d'événements auxquels ils doivent faire face.

3.4 Conséquences positives sur la santé et la vie personnelle des intervenants

Des retombées positives sur le plan personnel ressortent également du discours des participants. Ainsi, ce type d'intervention leur permettrait de changer leur perception de la vie, de recentrer leurs valeurs personnelles et de réaliser l'importance de prendre soin d'eux-mêmes et de leurs proches. Devoir affronter de si près la misère humaine conduirait les intervenants à apprécier davantage ce qu'ils ont, à prendre du recul et à relativiser l'ampleur de leurs problèmes personnels tout en constatant que la vie peut être très fragile. De plus, les situations extrêmes font ressortir les aspects positifs des êtres humains tels que l'entraide et la capacité de surmonter les épreuves de la vie (résilience). On observe, par exemple, que l'intervention en situation de crise entraîne des changements dans la perception de sa propre situation ainsi qu'un sentiment de confiance accru dans les individus :

Ça me fait faire un peu la paix avec l'être humain aussi. Parce que ça, c'est des beaux côtés qui peuvent se vivre en mesures d'urgence et en crise, on se tient les coudes, on s'entraide, on s'aide, on sort d'une situation qu'on croirait épouvantable et on avance là-dedans. C'est extraordinaire! Ça me donne un peu de confiance avec mon rapport à l'humanité puis à la force individuelle des gens. (Groupe de discussion 2)

Qui plus est, le fait d'intervenir auprès des sinistrés permettrait de réduire le sentiment d'impuissance ainsi que d'introduire les notions de contrôle et de contribution pour la société. De plus, il est très satisfaisant pour les intervenants de constater que leur travail en situation de crise contribue au bien-être de leur communauté :

Ce qui nous donne une source de satisfaction, c'est que tu sens que tu es vraiment au service de ta communauté. Parce que souvent, c'est des choses qui sont beaucoup dans les médias, que les gens parlent, tu peux y aller pour faire une contribution pour être impliqué [...] tu n'es pas juste un spectateur. Tu as un rôle à jouer même s'il est très, très, modeste... (Groupe de discussion 2)

4. Discussion

Cet article, tant pour sa recension des écrits que pour la présentation des résultats d'une étude réalisée auprès de plusieurs travailleurs sociaux, démontre bien l'importance de soutenir la recherche dans le domaine de l'impact du travail en situation de crise, de tragédie ou de sinistre. D'abord, parce que les gestionnaires et les professionnels rencontrés reconnaissent qu'intervenir dans de tels contextes modifie leurs façons de faire et engendre des répercussions tant négatives que positives sur leur travail auprès de leurs clients réguliers. Ensuite, parce que les facteurs personnels, organisationnels et contextuels qui influent sur les sentiments, la santé et la performance au travail des intervenants sociaux doivent être mieux documentés. Il en va de même pour l'intensité et la durée des répercussions pouvant être vécues à la suite d'interventions prolongées auprès de personnes en crise ou traumatisées.

Au Québec, lorsque l'application des mesures d'urgence est décrétée à la suite de catastrophes naturelles, technologiques ou causées par la négligence ou le désespoir humain, les intervenants sociaux jouent un rôle central dans le soutien aux victimes et à leurs proches aussi bien pendant la période de perturbation sociale que lors du retour à la vie normale. Toutefois, la contribution des travailleurs sociaux dans ce domaine est généralement très peu documentée et rarement reconnue par leur propre organisation, par les médias et par la population en général (Maltais, 2005). Les intervenants sociaux doivent pourtant faire face à plusieurs sources de stress lorsqu'ils interviennent en situation de sinistre. Ces sources de stress relèvent de la nature des événements et des contextes dans lesquels ils ont dû effectuer leur travail et persévérer dans leur engagement.

Jusqu'à maintenant, très peu d'attention a été portée pour comprendre ce que vivent les intervenants sociaux lors de ces événements. Trop souvent, ils sont laissés à eux-mêmes, car leur organisation n'a pas les ressources nécessaires pour les soutenir. Les intervenants sociaux auraient pourtant besoin de bien comprendre les implications liées à l'intervention en situation d'urgence et les répercussions que peut avoir ce genre de travail sur leur vie personnelle et professionnelle. Il importe donc de mettre en place, dans chacune des organisations publiques du Québec, des mesures permanentes de planification, d'intervention, de formation et de rétablissement des intervenants risquant d'être affectés par le travail exercé dans un contexte inhabituel, stressant ou traumatisant. La tenue régulière de mises à jour des principes et des modalités de l'intervention en situation de crise, de tragédie ou de sinistre doit être une priorité pour les gestionnaires des équipes de mesures d'urgence, tout comme la transmission des connaissances concernant les méthodes pour gérer et contrer les effets négatifs de ce type d'intervention.

La valeur ainsi que l'utilité de ces mises à jour sont indéniables, car elles ont le potentiel d'améliorer la confiance des intervenants en leurs capacités et de s'adapter aux aléas de l'intervention en situation de crise. Si la formation scolaire des futurs travailleurs sociaux leur procure généralement les connaissances de base sur les techniques à employer lorsqu'ils doivent intervenir auprès d'un individu en crise, c'est très différent pour ce qui est des moyens à mettre en place lors de sinistres où un nombre élevé de personnes risquent simultanément d'être en crise ou désorganisées. L'introduction des connaissances de base en situation d'urgence sociale (tragédie ou sinistre) permettrait aux futurs travailleurs sociaux de concevoir les sinistres non seulement comme des événements physiques, mais aussi comme des situations pouvant provoquer un ensemble varié de problèmes individuels, collectifs et sociaux sur les victimes et les intervenants. Connaître les impacts des événements traumatisants sur leur propre vécu permettrait également aux futurs travailleurs sociaux d'être mieux outillés pour normaliser leurs réactions lorsqu'ils sont dans un contexte de perturbations sociales.

CONCLUSION

Les intervenants vivent à la fois des conséquences négatives et positives lorsqu'ils interviennent auprès de personnes souffrantes. Ainsi, certains intervenants aux prises avec la détresse des victimes peuvent être amenés à développer de la fatigue de compassion, de la traumatisation vicariante et du stress traumatique secondaire ou, du moins, à présenter certains des symptômes associés à ces troubles. Les retombées négatives les plus souvent mentionnées dans le cadre de la présente étude demeurent la fatigue et le stress. Des sentiments d'impuissance envers les victimes ont également été soulignés par des répondants, constat qui rejoint les propos d'autres chercheurs (Figley, 2002a, 2002b; Gibson, Iwaniec, 2003). Ces sentiments sont probablement vécus lorsque les intervenants sociaux ont l'impression qu'ils ne peuvent pas déployer toute l'aide nécessaire par manque de temps ou de moyens ou lorsque leur organisation estime que les individus n'ont plus besoin d'aide psychosociale, après la médiatisation des événements. Les répondants de certains groupes de discussion ont également fait part de plusieurs symptômes et problèmes physiques (maux de tête, maux de dos, troubles du sommeil) qui, selon eux, seraient liés au niveau de stress élevé que l'on retrouve normalement dans des contextes d'intervention en situation de crise. D'autres

répondants ont aussi mentionné une baisse de leur niveau d'empathie envers leurs clients réguliers après le déploiement des mesures d'urgence.

D'un autre côté, les intervenants peuvent être positivement transformés par leur travail en situation de tragédie ou de sinistre. Ce que Hernández et al. (2007) décrivent comme le concept de résilience vicariante, et Radley et Figley (2007) comme la satisfaction de la compassion. Ainsi, la majorité des répondants, gestionnaires comme intervenants, ont fait mention d'un gain sur le plan professionnel obtenu dans de tels contextes. De plus, les professionnels apprécient davantage leur vie, ont une capacité de recul plus importante devant les épreuves qu'ils rencontrent et accordent également plus d'importance à la nécessité de prendre soin d'eux. Par ailleurs, le fait d'aider les gens en détresse permettrait aux intervenants de développer un sentiment de compétence et d'accomplissement professionnel.

Enfin, nous pouvons dire que cet article permet une meilleure compréhension du vécu des intervenants qui œuvrent dans les situations de crise, de tragédie ou de sinistre. Il convient ainsi de garder à l'esprit que le travail des intervenants auprès de personnes vulnérables ou souffrantes dans des contextes d'urgence sociale comporte plusieurs éléments tant positifs que négatifs. Les gestionnaires des diverses équipes qui encadrent les intervenants sociaux doivent être en mesure de soutenir leurs propres intervenants et de leur offrir une formation leur permettant de composer avec les différents stress qu'ils devront affronter. La tenue régulière de rencontres de soutien à la fois organisationnel et émotionnel est donc essentielle et les intervenants sociaux doivent être informés des sentiments et des symptômes qu'ils peuvent éprouver pendant et après leur intervention dans des situations qui sont hors de leur contrôle.

ABSTRACT:

This article presents the highlights of a study on the impacts of intervention in of crises, tragedies or disasters on the professional and personal lives of social caseworkers working in 51 of Québec's Health and Social Services Centres (CSSS). The key results presented here suggest that while some symptoms linked to secondary post-traumatic stress (vicarious trauma) and compassion fatigue would be present in a rather limited number of case-workers, the phenomena of vicarious resilience and compassion satisfaction would be noted in many.

KEY WORDS:

Intervention in crises, tragedies and disasters, secondary post-traumatic stress, vicarious trauma, compassion fatigue, vicarious resilience, compassion satisfaction

RÉFÉRENCES

- Allen, S.M. (2010). *The relationship between perceived levels of organizational support and levels of compassion fatigue and compassion satisfaction among child welfare workers*. Dissertation, États-Unis : Capella University.
- Andreoli, A., Lalive, J. et G. Garrone (1986). *Crise et intervention de crise en psychiatrie*. Paris : SIMEP.
- Bauwens, J. et C. Tosone (2010). « Professional Posttraumatic Growth After a Shared Traumatic Experience: Manhattan Clinicians' Perspectives on Post-9/11 Practice », *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress et Coping*, vol.15, no.6, 498-517.
- Burkle, F.M. Jr. (1996). « Acute-phase mental health consequences of disasters: implications for triage and emergency medical services », *Annals of Emergency Medicine*, vol.28, no.2, 119-128.
- Bradford, R. et A.M. John (1991). « The Psychological Effects of Disaster Work : Implications for Disaster Planning », *Journal of the Royal Society of Health*, vol.111, no.3, 107-110.
- Clarke, A. (1999). « Focus group interviews in health-care research », *Professional Nurse*, vol.14, no.6, 395-397.
- Colaizzi, P. (1978). « Psychological research as a phenomenologist views » : 48-71, dans R. Valle et M. King (sous la dir.). *Existential-phenomenological alternatives for psychology*. New York : Oxford University Press.
- Collins, S. et A. Long (2003). « Too tired to care? The psychological effects of working with trauma », *Journal of Psychiatric et Mental Health Nursing*, vol.10, no.1, 17-27.
- Conrad, D. et Y. Kellar-Guenther (2006). « Compassion, fatigue, burnout, and compassion satisfaction among Colorado child protection workers », *Child Abuse and Neglect*, vol.30, 1071-1080.

- Dane, B. et E. Chachkes (2001). « The cost of caring for patients with an illness : Contagion to the social worker », *Social Work in Health Care*, vol.33, no. 2, 31-51.
- Dunning, C. (1990). « Mental health sequelae in disaster workers : Prevention and intervention », *International Journal of Mental Health*, vol.19, no.2, 91-103.
- Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue : Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Levittown, PA : Brunner/Mazel.
- Figley, C. R. (2002a). « Compassion fatigue : Psychotherapists' chronic lack of self care », *Journal of Clinical Psychology*, vol.58, no. 11, 1433-1441.
- Figley, C. R. (2002 b). *Treating compassion fatigue*. New York, NY : Brunner-Routledge.
- Gibson, M. et D. Iwaniec (2003). « An empirical study into psychosocial reactions of staff working as helpers to those affected in the aftermath of two traumatic incidents », *British Journal of Social Work*, vol.33, no.7, 851-870.
- Herman, J. L. (1997). *Trauma and recovery*. New York : Basic Books.
- Hernández, P., Gangsei, D. et D. Engstrom (2007). « Vicarious resilience : A qualitative investigation into a description of a new concept », *Family Process*, vol.46, no.2, 229-241.
- Hodgkinson, P. et M. Shepherd (1994). « The impact of disaster support work », *Journal of Traumatic Stress*, vol.7, no.4, 587-600.
- Jacobs, G.A., Quevillon, R.P. et M. Stricherz (1990). « Lessons from the aftermath of flight 232 – Practical considerations for the mental health profession's », *American Psychologist*, vol.45, no.12, 1329-1335.
- Jenkins, S. R. et S. Baird (2002). « Secondary traumatic stress and vicarious trauma : A validation study », *Journal of Traumatic Stress*, vol.15, no.5, 423-432.
- Lane, P., McKenna, H., Ryan, A.A. et P. Fleming (2001). « Focus Groups methodology », *Nurse Researcher*, vol.8, no.3, 45-59.
- Le Journal de Québec (1998). « L'armée s'occupe enfin des chocs traumatiques », 27 novembre p. 17.
- Linley, P.A. et S. Joseph. (2006). « The positive and negative effects of disaster work : A preliminary investigation », *Journal of loss and trauma*, vol.11, no.3, 229-245.
- Linley, P.A. et S. Joseph (2007). « Therapy work and therapists positive and negative wellbeing », *Journal of Social and Clinical Psychology*, vol.26, 385-403.
- Malenfant, P-P. (2007). *L'intervention sociosanitaire en contexte de sécurité civile. Guide de formation. Module 1. Les sinistres : « une réalité »*. Québec : MSSS.
- Maltais, D. (2005). « Les caractéristiques de l'intervention sociale en cas de catastrophe macrosociale » : 7-35, dans D. Maltais et M-A. Rheault (sous la dir.). *L'intervention sociale en cas de catastrophe*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Maltais, D. et S. Robichaud (2009). « Conséquences de la tempête de verglas en Montérégie : santé psychosociale et performance au travail des intervenants », *Revue francophone du stress et du Trauma*, vol.9, no.3, 167-176.
- Maltais, D., Robichaud, S., Moffat, G. et A. Simard (2001). *Les conséquences de l'application des mesures d'urgence lors de la tempête de verglas sur la santé biopsychosociale des intervenants du Saguenay-Lac-Saint-Jean et de l'Estrie*. Chicoutimi : GRIR/UQAC.
- Martel, C. (2005). « Les grands dérangements et la perspective du soutien aux sentiments humains » : 35-99, dans D. Maltais et M-A. Rheault (sous la dir.). *L'intervention sociale en cas de catastrophe*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Meldrum, L., King, R. et D. Spooner (2002). « Secondary traumatic stress in case managers working in community mental health services » : 85-106, dans C. R. Figley (sous la dir.), *Treating compassion fatigue*. New York : Brunner-Routledge.
- Ministère de la Sécurité publique (2004). *Loi sur la sécurité civile*. Québec : Publications du Québec.
- Mitchell, J.T. et A. Dyregrov (1993). « Traumatic stress in disaster workers and emergency personnel – Prevention and intervention », *International handbook of traumatic stress syndromes*, vol.76, 905-914.
- Nelson-Gardell, D. et D. Harris (2003). « Childhood abuse history, secondary traumatic stress, and child welfare workers », *Child Welfare Journal*, vol.82, no.1, 5-26.
- Ortlepp, K. et M. Friedman (2002). « Prevalence and correlates of secondary traumatic stress in workplace lay trauma counselors », *Journal of Traumatic Stress*, vol.15, no.3, 213-222.

- Paton, D. (1996). « Traumatic stress in critical occupations » : 1-14, dans D. Paton et J.M. Violanti (sous la dir.). *Traumatic stress in critical occupations – Recognition, consequences and treatment*. Springfield, IL : Charles C. Thomas Publisher.
- Paton, D., Violanti, J.M. et L.M. Smith (2003). *Promoting Capabilities to manage Posttraumatic Stress : Perspectives on Resilience*. Springfield, IL : Charles C. Thomas.
- Pearlman, L. A. (1998). « Trauma and the self : A theoretical and clinical perspective », *Journal of Emotional Abuse*, no.1, 7-25.
- Pearlman, L. A. et P. S. Maclan (1995). « Vicarious traumatization : An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists », *Professional Psychology : Research and Practice*, vol.26, no.6, 558-565.
- Radley, M. et C. R. Figley (2007). « The social psychology of compassion », *Clinical Social Work Journal*, vol.35, 207-214.
- Raphael, B. (1986). *When Disaster Strikes-Handbook for Caring Professions*. London, Royaume-Uni : Hutchinson.
- Robinson, N. (1999). « The use of focus groups methodology with selected examples from sexual health research », *Journal of Advanced Nursing*, vol.29, no.4, 905-914.
- Shamai, M. et P. Ron (2009). « Helping Direct and Indirect Victims of National Terror : Experiences of Israeli Social Workers », *Qualitative Health Research*, vol.19, no.1, 42-54.
- Shepherd, M. et P.E. Hodgkinson (1990). « The hidden victims of disaster : helper stress », *Stress Medicine*, vol.6, 29-35.
- Tehrani, N. (2007). « The cost of caring — The impact of secondary trauma on assumptions, values and beliefs », *Counseling Psychology Quarterly*, vol.20, no.4, 325-339.
- Tosone, C., Bailkin, L., Campbell, M., Charters, M., Giere, K., Gross, S. et al. (2003). « Shared trauma: Group reflections on the september 11th disaster », *Psychoanalytic Social Work*, vol.10, no.1, 57-77.