

Les défis de l'intervention sociale en contexte de deuil et de pandémie au Québec

André-Anne Parent, Ph.D., Professeure, École de travail social, Université de Montréal
andre-anne.parent@umontreal.ca

Edward Ou Jin Lee, Ph.D., Professeur, École de travail social, Université de Montréal
edward.lee@umontreal.ca

Miguel Bergeron-Longpré, Candidat au doctorat, École de travail social, Université de Montréal
miguel.bergeron-longpre@umontreal.ca

Antoine Bertrand-Deschênes, Candidat au doctorat, École de travail social, Université de Montréal
antoine.bertrand-deschenes@umontreal.ca

Elisabeth Morin, Étudiante à la maîtrise, École de travail social, Université de Montréal
elisabeth.morin.1@umontreal.ca

Abelardo Leon, Ph.D., Stagiaire post-doctoral, École de travail social, Université de Montréal
abelardo.leon@umontreal.ca

RÉSUMÉ :

L'article vise à présenter une synthèse de la littérature sur l'intervention sociale en contexte de deuil et de pandémie afin d'analyser sa pertinence dans le contexte québécois. À partir de cette littérature, nous soulignons la manière dont ces connaissances pourraient être mobilisées dans le but de développer et d'implanter des outils d'intervention et des pratiques innovantes, notamment dans la grande région de Montréal. Parmi ces pratiques émergentes, nous mettons en lumière un projet récemment mis en place qui a pour but d'implanter une communauté de pratique virtuelle, un guide de pratique destiné aux intervenants et des outils d'intervention adaptés au contexte montréalais et québécois.

37

MOTS-CLÉS :

Deuil, intervention, travail social, COVID-19

INTRODUCTION¹

Alors que le virus SRAS-CoV-2, responsable de la maladie à coronavirus, communément appelée la COVID-19, expose la population à de nouvelles réalités quotidiennes – port du masque, confinement, limite de personnes dans les commerces et le domicile, utilisation quasi obsessionnelle de désinfectant pour les mains, etc. –, certains phénomènes qui y sont associés sont malgré tout encore peu abordés par la population. La mort et le deuil sont au premier plan de ces sujets peu évoqués, et ce, malgré une recension de plus d'un million de morts dans le monde à l'automne 2020 (Organisation mondiale de la santé, 2020). Pour ce qui est du Québec, selon l'Observatoire du Grand Montréal, le taux de mortalité attribuable à la COVID-19 à Montréal – au 4 mai 2020 – a été supérieur à celui de grandes villes comme Paris, Londres, Bruxelles, Chicago et San Francisco (Perreault, 2020). Or, si la première vague de COVID-19 a eu des impacts importants en ce qui

1 Les auteurs aimeraient remercier la rédactrice en chef ainsi que les évaluateurs pour les précieux commentaires et le soutien.

concerne la mortalité au sein des Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) à Montréal, les décès reliés à la pandémie touchent désormais toutes les régions du Québec et tous les milieux de vie.

Dans un autre ordre d'idées, le contexte de la COVID-19 oblige les travailleurs de la santé, y compris les travailleurs sociaux, à faire face à la mort de façon inédite en offrant du soutien à un nombre grandissant de personnes endeuillées. Si la détresse peut aggraver l'état de santé mentale des intervenants (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2020), l'intervention en contexte de deuil peut, quant à elle, entraîner de la fatigue de compassion (Decker, Brown, Ong et al., 2015; Joinson, 1992) et de l'épuisement professionnel, voire même déclencher un traumatisme vicariant (Thieleman et Cacciatore, 2014).

Face à ce contexte, il semble primordial de développer et d'implanter rapidement de nouvelles stratégies d'intervention en contexte de deuil et de pandémie. Dans cet article, nous souhaitons donc nous attarder aux pratiques courantes autour de la mort et du soutien social des personnes endeuillées, car elles sont largement révélatrices du traitement de la société à l'égard de certaines populations et, conséquemment, d'injustices sociales profondes (Terolle, 1999). Considérant que le deuil est un réel enjeu de santé publique et un défi pour tout le réseau de la santé et des services sociaux en période de pandémie, cet article vise à présenter, dans un premier temps, les caractéristiques du deuil en temps de pandémie, qui, en raison des mesures sanitaires, court le risque de s'inscrire dans un deuil dit compliqué (Selman, Chao, Sowden et al., 2020; Wallace, Wladkowski, Gibson et al., 2020). Ensuite, nous présenterons une synthèse de la littérature sur l'intervention sociale liée au deuil en contexte de pandémie. Nous proposerons en dernier lieu des pistes d'action potentielles en matière d'intervention et de pratiques émergentes, visant à mieux outiller les travailleurs sociaux pour faire face au deuil.

1. Le deuil en temps de pandémie

La pandémie fait encore des victimes à travers le monde et les deuils se multiplient. Les défis habituellement associés à la mort et au deuil ont été aggravés sur plusieurs plans, rendant les proches d'une personne décédée des suites de la COVID-19 davantage à risque d'un deuil dit compliqué (Selman, Chao, Sowden et al., 2020)². À cet effet, les mesures sanitaires en milieu de soins ont réduit à néant les contacts physiques et minimisé la capacité à soutenir une personne hospitalisée, générant de l'isolement pour la personne vivant avec la COVID-19, de la détresse chez les proches et de l'anxiété chez le personnel (Bansal, Bingemann, Greenhawt et al., 2020, cité par Bergeron-Longpré et Bertrand-Deschênes, 2020; Wallace, Wladkowski, Gibson et al., 2020). Par ailleurs, à la suite d'un décès en raison de la COVID-19, le manque de contact physique et de communication avec la personne défunte peut empirer la détresse émotionnelle et psychologique chez les proches (Selman, Chao, Sowden et al., 2020; Wallace, Wladkowski, Gibson et al., 2020). Ce type de deuil sera d'autant plus difficile à traverser si les rituels funéraires apportant du réconfort ne peuvent être vécus en présence de personnes significatives³. Ainsi, il y a de fortes raisons de croire que la rupture des liens sociaux due aux mesures de distanciation physique et de confinement, malgré

2 Bien que le deuil soit un phénomène universel et inévitable, les deuils ne sont pas tous vécus de la même manière. Certains deuils ont des impacts néfastes sur la santé physique et mentale et sur le fonctionnement social des personnes endeuillées, tant à court qu'à plus long terme (Drenth, Herbst et Strydom, 2017; Knight et Gitterman, 2014; Shear, Simon, Wall et al., 2011). La littérature parle à ce propos d'un deuil atypique, difficile, pathologique, psychiatrique (Hanus, 2006), de deuil traumatique (Hélie, 2011) ou encore de deuil compliqué (Bacqué et Hanus, 2016; Hélie, 2011; Stroebe, Hansson, Schut et al., 2008).

3 Pour cette raison, plusieurs personnes ont choisi de remettre à plus tard la réalisation des rituels formels, mais ont créé, sous forme virtuelle, des rites avec leurs proches.

l'assouplissement des règles, aura des effets néfastes chez certains groupes vulnérables endeuillés (personnes isolées, âgées, immunodéprimées, etc.) et entraînera davantage d'isolement social.

Mentionnons également qu'en raison de leur classe sociale, âge, genre, identité sexuelle, appartenance ethnique et/ou raciale et capacités, entre autres, les groupes vulnérabilisés peuvent faire face à des charges disproportionnées dans le processus de deuil. Les facteurs sociaux et structurels, comme les difficultés économiques, l'isolement social, les discriminations croisées et le manque de connaissances sur les ressources disponibles, sont des facteurs influençant les choix leur étant offerts, leur prise de décision et leur deuil (Bindley, Lewis, Travaglia et al., 2019). Ainsi, les défis associés au deuil chez les groupes vulnérabilisés étant largement influencés par leur positionnement social, ces derniers pourraient notamment avoir moins accès à des formes de soutien formel ou informel. À titre d'exemple, pensons aux membres de la famille d'origine et choisie d'une personne migrante devant composer avec un deuil à distance et ne pouvant se rendre au pays du défunt dû à leur statut socioéconomique, au contexte politique du pays ou aux contraintes administratives (par ex. l'obtention d'un visa) (Rachédi, Le Gall et Leduc, 2010). Les personnes issues de ces groupes pourraient avoir à faire face à des défis importants si elles ont à faire reconnaître leurs droits ou à interagir avec les institutions à la suite du décès (Bindley, Lewis, Travaglia et al., 2019). Cela pourrait les empêcher de prendre des décisions éclairées sur la manière dont elles souhaiteraient recevoir du soutien, ou les amener à être davantage préoccupées financièrement, à vivre de l'insécurité par rapport au logement ou à expérimenter des problèmes en emploi.

2. Les interventions en contexte de deuil et de pandémie : ce que nous dit la littérature

Une recension de la littérature ciblant l'intervention en contexte de deuil fait ressortir l'omniprésence des modèles qui agissent dans une perspective individuelle visant à renforcer les capacités des endeuillés à vivre le deuil en tant que processus. Stroebe, Schut et Boerner (2017) portent un regard critique sur ces modèles théoriques basés sur les étapes d'un deuil linéaire, peu étudiés empiriquement, mais trop souvent appliqués par les professionnels de la santé et nuisant au bien-être des personnes endeuillées qui ne suivent pas ce processus. En revanche, la littérature démontre la pertinence d'aborder le deuil dans une perspective holistique, notamment selon la cause du décès (par ex. naturelle, soudaine, suicide, violence politique, etc.) et les caractéristiques partagées par une population cible (par ex. les personnes âgées, les personnes LGBTQI+, les personnes migrantes, les enfants, etc.). Certaines recherches font également ressortir que l'utilisation de la langue d'origine des personnes et le développement des compétences culturelles des intervenants favorisent le bon déroulement et l'impact des interventions (Arriaza, Martin et Csikai, 2011; Cacciatore, 2009; Curtin et Garrison, 2018). Dans l'intervention en contexte de deuil auprès des personnes gaies et lesbiennes, on recommande ainsi aux intervenants de demeurer attentifs aux conceptions hétéronormatives des relations générant des formes de deuil désaffranchies ou invisibles, et d'agir en conséquence (Fenge, 2014; Curtin et Garrison, 2018).

Il est aussi démontré qu'une approche globale au sein des organisations permet d'offrir un modèle alternatif aux services cliniques individuels et favorise le bien-être des personnes endeuillées (Walsh et McGoldrick, 2013). Cette approche suppose une intégration de multiples composantes afin d'agir à la fois sur les milieux de vie, le système soignant et les capacités individuelles. Si certains auteurs considèrent que le soutien permet de faire sens d'un événement possiblement traumatique (Altmaier, 2011), d'autres considèrent que le processus d'ajustement après la perte est nuancé et dynamique, rappelant que l'intervention est surtout utile pour ceux qui sont confrontés à des symptômes de détresse intenses et prolongés (Beyers, Rallison et West, 2017) et que le soutien des

proches est généralement suffisant pour la majorité des personnes. En sus, la littérature fait ressortir l'importance d'intervenir auprès de l'ensemble de la famille et de reconnaître les différentes formes de chagrin de tous les membres (Vincent, McCormack et Johnson, 2015), générant ainsi un impact positif sur la santé et le bien-être des personnes en demande de services, de leurs enfants et des autres membres de la famille (Altmaier, 2011).

Enfin, la littérature soulève l'apport d'une démarche réflexive afin de mieux intervenir en contexte de deuil à travers une réflexion personnelle sur la mort (Tsui, Chan et Tin, 2016), ce qui permet à l'intervenant de composer avec ses propres réactions face au deuil en cas de décès d'un patient (Keene, Hutton, Hall et al., 2010). Cela permet aussi de développer des comportements d'adaptation positifs, plutôt que d'entrer dans un cycle ponctué par le stress et l'épuisement (Gray, 2017). En s'inspirant de pratiques basées sur la pleine conscience, Cacciatore et Flint (2012) rappellent à ce propos que les personnes endeuillées ont besoin d'intervenants attentifs, prêts à accueillir leur souffrance sur le moment sans porter de jugement et en acceptant pleinement leur état émotionnel, social et existentiel.

Au-delà de tous les contextes et formes d'intervention, la littérature produite depuis le début de la pandémie tend à rappeler que l'humanité, l'empathie et une bonne communication entre le personnel et les proches favorisent le processus de deuil de tous, même si cela est plus difficile en temps de crise (Wallace, Wladkowski, Gibson et al., 2020; Yardley et Rolph, 2020). À titre d'exemple, des initiatives s'appuyant sur les nouvelles technologies de communication ont pu favoriser et humaniser les derniers moments d'une personne mourante (Selman, Chao, Sowden et al., 2020; Yardley et Rolph, 2020). L'utilisation de ces technologies est une adaptation importante pour favoriser le processus de deuil en temps de confinement, car elles peuvent briser l'isolement et la distanciation imposés par les contraintes liées à la pandémie. Pour certains, ces outils ont permis d'accomplir des rituels en groupe et de favoriser la guérison ainsi que d'obtenir un soutien thérapeutique à distance (Eisma, Boelen et Lenferink, 2020).

40

En temps de pandémie, les travailleurs sociaux doivent être attentifs au fait que les proches d'une victime de la COVID-19 sont à risque d'expérimenter un deuil dit compliqué (Selman, Chao, Sowden et al., 2020), notamment dû au fait que certains rites du processus de deuil sont impossibles à réaliser, comme de toucher le mourant et de lui dire adieu en personne (Moore, Sampson, Kupeli et al., 2020; Selman, Chao, Sowden et al., 2020; Yardley et Rolph, 2020). Afin de tenir compte du risque de détresse dû à l'interdiction des rassemblements empêchant la pratique des rituels traditionnels ou personnalisés (Leong, Lee, Ng et al., 2004; Moore, Sampson, Kupeli et al., 2020; Selman, Chao, Sowden et al., 2020; Wallace, Wladkowski, Gibson et al., 2020; Zhai et Du, 2020), l'intervenant pourrait favoriser une discussion avec les proches quant aux alternatives rituelles et à la possibilité d'en créer de nouvelles.

Le personnel et les personnes hébergées dans les unités de soins palliatifs et leurs proches sont affectés de façon particulière par les transformations qui bousculent les plans de fin de vie (Wallace, Wladkowski, Gibson et al., 2020). L'expérience et les connaissances des personnes qui œuvrent dans ce domaine devraient être mobilisées afin de soutenir leurs collègues des autres équipes et programmes des établissements de santé et de services sociaux (Cheng, Li, Chan et al., 2014; Etkind, Bone, Lovell et al., 2020; Leong, Lee, Ng et al., 2004; Selman, Chao, Sowden et al., 2020).

Rappelons que les interventions doivent également répondre aux effets indirects de la COVID-19. Pensons notamment à la hausse des décès par surdose durant la pandémie. Comme le deuil d'une personne décédée par surdose constitue une forme de deuil non reconnu, cette situation est également préoccupante pour les autres utilisateurs de substances, les familles ainsi que les intervenants sociaux (Templeton, Valentine, McKell et al., 2017; Valentine, Bauld et Walter, 2016). L'entrecroisement entre le deuil et la pandémie oblige ainsi à adapter davantage les stratégies d'interventions, notamment à la suite d'une mort traumatique.

3. Des pistes d'action potentielles

3.1 Mieux outiller les professionnels de la santé au Québec dans la lutte contre la pandémie

Les épidémies précédentes ont démontré l'impact négatif du contexte sur la santé mentale des professionnels de la santé, y compris les travailleurs sociaux (Cabello, Echavez, Serrano-Ripoll et al., 2020; Dutheil, Mondillon et Navel, 2020; Lee, Juang, Su et al., 2005; Tomczyk, Alvarez, Borgman et al., 2008; Zhai et Du, 2020). Ces personnes vivent plusieurs stress reliés à l'organisation du travail, dont l'accumulation des décès, l'insécurité sur le plan du matériel de protection, le sentiment de culpabilité, la tension entre les exigences de la profession et les valeurs personnelles ou la crainte d'être infectées ou d'infecter leurs proches (Albott, Wozniak, McGlinch et al., 2020; Lee, Juang, Su et al., 2005). S'ajoute le stress que provoque l'attente du diagnostic dans un environnement où les cas sont nombreux (Locsin et Matua, 2002). Selon Sasangohar, Jones, Masud et al. (2020), les défis des établissements de santé au plus fort de la crise au printemps 2020 ont été de quatre ordres : 1. l'accroissement des risques professionnels encourus; 2. les difficultés d'arrimage entre les paliers décisionnels (nationaux et locaux) desquels devaient venir les réponses; 3. l'inefficacité à l'intérieur des processus établis; 4. l'instabilité financière. Il sera d'autant plus important d'en tenir compte pour les vagues subséquentes.

3.2 Le projet de la Chaire Jean-Monbourquette sur le soutien social des personnes endeuillées

Un rapide regard du côté des médias met en évidence les difficultés vécues dans le système de soins de santé et de services sociaux québécois depuis le début de la pandémie (Boyer, 2020; Perreault, 2020). D'ores et déjà, certaines leçons peuvent être tirées. Au cours des mois d'avril et mai 2020, les co-titulaires de la Chaire Jean-Monbourquette sur le soutien social des personnes endeuillées ont effectué un projet pilote visant à soutenir les intervenants pratiquant au sein du réseau de la santé et des services sociaux, les intervenants communautaires et les étudiants en travail social en leur permettant de partager leur vécu et d'échanger sur la réalité du deuil pendant la pandémie. Par l'entremise d'ateliers virtuels, ces espaces ont permis aux participants de réduire leur anxiété face à la mort en offrant des stratégies d'intervention puisées dans la littérature scientifique, en plus de favoriser l'entraide mutuelle et la collectivisation des défis et des enjeux. Les co-titulaires ont constaté le fardeau psychologique et l'anxiété grandissante présents notamment chez les professionnels de la santé qui ont dû composer avec la mort de plusieurs usagers (par exemple, dans les CHSLD) et parfois même de leurs collègues.

Au cours des prochains mois, les auteurs du présent article travailleront à la création d'un guide de pratique destiné aux intervenants. Ce guide puisera dans les modèles de pratique préconisés par la littérature scientifique dans le but de les adapter au contexte québécois. En plus d'inclure des stratégies d'intervention, il proposera des méthodes pour évaluer la fatigue et l'épuisement, en utilisant par exemple des outils technologiques ou des applications mobiles pour faciliter l'autorégulation de la santé mentale. Des méthodes simples, telles que les exercices de respiration et la pleine conscience, pourraient être utilisées pour atténuer les épisodes de stress et d'anxiété. De plus, la mise en place d'une communauté de pratique virtuelle permettra la mise en réseau des professionnels de la santé et des services sociaux ainsi que des intervenants des milieux communautaires afin de favoriser l'entraide mutuelle, le partage d'outils et les savoir-faire. Il s'agira d'un lieu de concertation, de ressourcement, de partage de savoirs, de transfert de connaissances et de promotion des bonnes pratiques.

En outre, ce projet vise à mettre en œuvre des lignes directrices destinées aux gestionnaires et superviseurs cliniques, car ces derniers devront s'assurer de prendre du temps pour analyser et apprendre de cette période difficile afin de créer chez les employés une trame narrative significative, plutôt que traumatique (Greenberg, Docherty, Gnanapragasam et al., 2020). Une surveillance active de l'état psychologique et de bien-être du personnel devra être réalisée afin de s'assurer que les intervenants en difficulté reçoivent les soins nécessaires, notamment pour ceux qui ont été délestés pendant une certaine période de temps. Sans attendre que chacun s'en remette à son programme d'aide aux employés, les milieux de travail devront être actifs et certains sujets délicats pouvant créer de la culpabilité et de la honte devront être abordés. La mort et le deuil feront partie de ces sujets, que ce soit en lien avec l'accompagnement des mourants ou le soutien offert aux proches pendant le confinement et au cours des semaines et mois à venir.

Il n'y a pas encore de balises ou de cadres pour l'intervention formelle en contexte de deuil dans le réseau de soins et de services sociaux, bien que quelques organismes communautaires et de nombreux intervenants au sein du réseau œuvrent déjà auprès de personnes endeuillées, que ce soit dans les équipes-programmes en première ligne dans les CLSC ou dans les CHSLD. Notre projet vise à réaliser une recherche interventionnelle afin d'améliorer et de consolider ces pratiques et de cibler les composantes réalistes d'un modèle d'intervention. Il placera ainsi l'intervention comme objet d'étude, tout en considérant les possibilités d'implanter les meilleures pratiques d'intervention en contexte de deuil. Ce projet permettra de mieux comprendre comment les intervenants psychosociaux peuvent mieux soutenir les personnes vivant les épreuves de la mort et du deuil dans un contexte de pandémie.

CONCLUSION

42

Le travail social est une discipline unique qui permet de relier différents domaines afin d'élargir la conception des personnes et de leur environnement, y compris de l'influence des facteurs culturels, sociaux, politiques et économiques, au-delà de la demande de soins. L'engagement des travailleurs sociaux à défendre les droits de ceux qui pourraient autrement être écartés les amène à jouer un rôle particulier quand une crise survient. Or, on sait qu'une part disproportionnée des sacrifices vécus pendant la pandémie de COVID-19 a été supportée par la population la plus exposée aux risques socioéconomiques et à l'incertitude liée à la stabilité professionnelle, ce qui est associé à une détérioration du bien-être. Nous savons notamment que certaines populations ont été plus confrontées à la COVID-19 à travers l'occupation plus importante d'emplois de « front » dans le réseau de la santé, mais souvent précaires, comme ceux des préposées aux bénéficiaires, ce qui démontre comment l'enjeu des deuils en contexte de pandémie est pour certains inséparable des enjeux de justice sociale. De plus, il ne faut pas oublier qu'au-delà des décès causés par la COVID-19, la situation est venue vulnérabiliser davantage certaines communautés.

Comme c'est souvent le cas dans les organisations de santé, les travailleurs sociaux sont appelés à servir et à défendre les personnes marginalisées et opprimées. Il est donc important de bien comprendre comment les soutenir, que ce soit par une offre de formation continue ou par un accompagnement dans la pratique. Le réseau actuel de formation continue inclut plusieurs écoles, organismes et professionnels qui offrent diverses formations continues spécifiques au deuil et à l'accompagnement des personnes endeuillées. Bien que la crise actuelle désorganise la société, elle est également une occasion de collectiviser les défis et de développer des stratégies innovantes et créatives afin de faire face à la lutte contre la COVID-19.

ABSTRACT:

This article presents a synthesis of literature on social intervention in the context of bereavement and the pandemic in Québec. Based on this literature, we note the way in which this knowledge could be mobilized in order to develop and implement innovative intervention tools and practices, particularly in the Greater Montreal Area. Among these emerging practices, we showcase a recently implemented project designed to establish a virtual practice community — a practical guide for stakeholders and intervention tools adapted to the situation in Montreal and Québec.

KEYWORDS:

Bereavement, intervention, social work, COVID-19

RÉFÉRENCES

- Albott, C. S., Wozniak, J. R., McGlinch, B. P., Wall, M. H., Gold, B. S. et S. Vinogradov (2020). « Battle Buddies: Rapid Deployment of a Psychological Resilience Intervention for Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic », *Anesthesia and Analgesia*, vol. 131, n° 1, 43-54.
- Altmaier, E. M. (2011). « Best Practices in Counseling Grief and Loss: Finding Benefit from Trauma », *Journal of mental health counseling*, vol. 33, 33-45.
- Arriaza, P., Martin, S. S. et E. L. Csikai (2011). « An Assessment of Hospice Bereavement Programs for Hispanics », *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, vol. 7, 121-138.
- Bacqué, M. F. et M. Hanus (2016). *Le deuil*, Paris : Presses universitaires de France.
- Bansal, P., Bingemann, T. A., Greenhawt, M., Mosnaim, G., Nanda, A., Oppenheimer, J., Sharma, H., Stukus, D. et M. Shaker (2020). « Clinician Wellness During the COVID-19 Pandemic: Extraordinary Times and Unusual Challenges for the Allergist/Immunologist », *The Journal of Allergy & Clinical Immunology in Practice*, vol. 80, n° 6, 1781-1790.
- Bergeron-Longpré, M. et A. Bertrand-Deschênes (2020). « Quels sont les impacts de la pandémie sur les personnes et les intervenants endeuillés ou confrontés à la mort? », *Bulletin du CReSP*, vol. 1, n° 8.
- Beyers, J. M., Rallison, L. B. et C. H West (2017). « Dialogical space in grief work: Integrating the alterity of loss », *Death Studies*, vol. 41, n° 7, 427-435.
- Bindley, K., Lewis, J., Travaglia, J. et M. DiGiacomo (2019). « Disadvantaged and disenfranchised in bereavement: A scoping review of social and structural inequity following expected death », *Social Science & Medicine*, vol. 242, 112599.
- Boyer, M. (2020, 22 mai). « Qui veut payer pour les soins de longue durée? », *La Presse*. En ligne : https://plus.lapresse.ca/screens/003b3ff3-4325-44c0-8aee-584ccf89c30b__7C___0.html
- Cabello, I. R., Echavez, J. F. M., Serrano-Ripoll, M. J., Fraile-Navarro, D., Roque, M. A. F. D., Moreno, G. P., Castro, A., Perez, I. R., Campos, R. Z. et D. Goncalves-Bradley (2020). « Impact of viral epidemic outbreaks on mental health of healthcare workers: a rapid systematic review », *medRxiv*. Doi :10.1101/2020.04.02.20048892
- Cacciatore, J. (2009). « Appropriate Bereavement Practice after the Death of a Native American Child », *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, vol. 90, 46-50.
- Cacciatore, J. et M. Flint (2012). « ATTEND: Toward a Mindfulness-Based Bereavement Care Model », *Death Studies*, vol. 36, 61-82.
- Cheng, H. W. B., Li, C. W., Chan, K. Y. et M. K. Sham (2014). « The first confirmed case of human avian influenza A (H7N9) in Hong Kong and the suspension of volunteer services: Impact on palliative care », *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 47, n° 6, e5-e7. Doi : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.12.234>
- Curtin, N. J. et M. M. Garrison (2018). « She was more than a friend?: Clinical intervention strategies for effectively addressing disenfranchised grief issues for same-sex couples », *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, vol. 30, 261-281.

- Decker, J., Brown, J., Ong, J. et C. Stiney-Ziskind (2015). « Mindfulness, compassion fatigue, and compassion satisfaction among social work interns », *Social Work & Christianity*, vol. 42, n° 1, 28-42.
- Drenth, C. M., Herbst, A. G. et H. Strydom (2017). « A complicated grief intervention programme (CGIP) for social workers », *Southern African Journal of Social Work and Social Development*, vol. 26, n° 3, Back issues. En ligne : <https://doi.org/10.25159/2415-5829/2256>
- Dutheil, F., Mondillon, L. et V. Navel (2020). « PTSD as the second tsunami of the SARS-Cov-2 pandemic », *Psychological Medicine*, 1-2.
- Eisma, M. C., Boelen, P. A. et L. I. M Lenferink (2020). « Prolonged grief disorder following the Coronavirus (COVID-19) pandemic », *Psychiatry Research*, vol. 288, 113031. Doi : <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113031>
- Etkind, S. N., Bone, A. E., Lovell, N., Cripps, R. L., Harding, R., Higginson, I. J. et K.E. Sleeman (2020). « The Role and Response of Palliative Care and Hospice Services in Epidemics and Pandemics: A Rapid Review to Inform Practice During the COVID-19 Pandemic », *Journal of Pain & Symptom Management*, vol. 60, n° 1, e-31-e-4108, 08. DOI : <https://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.03.029>
- Fenge, L. (2014). « Developing Understanding of Same-Sex Partner Bereavement for Older Lesbian and Gay People: Implications for Social Work Practice », *Journal of Gerontological Social Work*, vol. 57, 288-304.
- Gray, J. A. (2017). « Direct care workers' experiences of grief and need for support », *Journal of applied research in intellectual disabilities*, vol. 30, n° 6, 995-1006.
- Greenberg, N., Docherty, M., Gnanapragasam, S. et S. Wessely (2020). « Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic », *BMJ*, 368:m1211. Doi: [10.1136/bmj.m1211](https://doi.org/10.1136/bmj.m1211)
- Hanus, M. (2006). « Deuils normaux, deuils difficiles, deuils compliqués et deuils pathologiques », *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*, vol. 164, n° 4, 349-356. En ligne : <https://doi.org/10.1016/j.amp.2006.02.003>
- Hélie, M. (2011). *Le rôle de la spiritualité en tant que quête de sens dans l'adaptation au deuil : qu'en est-il des interventions psychothérapeutiques?*, thèse de doctorat, Université du Québec, 101 p. En ligne : <http://depot-e.uqtr.ca/2282/1/030275391.pdf>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2020). *COVID-19 et la détresse psychologique et la santé mentale du personnel du réseau de la santé et des services sociaux dans le contexte de l'actuelle pandémie*, Québec, Gouvernement du Québec.
- Joinson, C. (1992). « Coping with compassion fatigue », *Nursing*, vol. 22, n° 4, 116, 118-9, 120.
- Keene, E. A., Hutton, N., Hall, B. S. et C. H. Rushton (2010). « Bereavement debriefing sessions: An intervention to support health care professionals in managing their grief after the death of a patient », *Pediatric Nursing*, vol. 36, n° 4, 185-189.
- Knight, C. et A. Gitterman (2014). « Group work with bereaved individuals: the power of mutual aid », *Social work*, vol. 59, n° 1, 5-12.
- Lee, S. H., Juang, Y. Y., Su, Y. J., Lee, H. L., Lin, Y. H. et C. C. Chao (2005). « Facing SARS: Psychological impacts on SARS team nurses and psychiatric services in a Taiwan general hospital », *General Hospital Psychiatry*, vol. 27, n° 5, 352-358. Doi : <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2005.04.007>
- Leong, I. Y. O., Lee, A. O. K., Ng, T. W., Lee, L. B., Koh, N. Y., Yap, E., Guay, S. et L. M. Ng (2004). « The challenge of providing holistic care in a viral epidemic: Opportunities for palliative care », *Palliative Medicine*, vol. 18, n° 1, 12-18. Doi : <http://dx.doi.org/10.1191/0269216304pm859oa>
- Locsin, R. C. et A. G. Matua (2002). « The lived experience of waiting-to-know: Ebola at Mbarara, Uganda – hoping for life, anticipating death », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 37, n° 2, 173-181.
- Moore, K. J., Sampson, E. L., Kupeli, N. et N. Davies (2020). « Supporting families in end-of-life care and bereavement in the COVID-19 Era », *International Psychogeriatrics / IPA*, 1-10. Doi : [10.1017/S1041610220000745](https://doi.org/10.1017/S1041610220000745)
- Organisation mondiale de la santé (2020, 21 août). *Allocution liminaire du Directeur général de l'OMS au point de presse sur la COVID-19* -. Extrait du site de l'OMS <https://www.who.int/fr/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---21-august-2020>.
- Perreault, M. (2020, 6 mai). « COVID-19 Les mouvements de personnel ont été dévastateurs », *La Presse*. En ligne : https://plus.lapresse.ca/screens/73f32373-cb92-4fe5-b037-ee44eb161ac0_7C_0.html?utm_medium=facebook&utm_campaign=internal+share&utm_content=screen&fbclid=IwAR0kB-Yd5YXKc7l8nDbt2axlhl6HUj2RqRJKt6rhnAte0Ci4Hx2-s3Mu0u0.

- Rachédi, L., Le Gall, J. et V. Leduc, V. (2010). « Réseaux transnationaux, familles immigrantes et deuils », *Lien social et politiques*, vol. 64, 175-187.
- Sasangohar, F., Jones, S. L., Masud, F. N., Vahidy, F. S. et B. A. Kash (2020). « Provider burnout and fatigue during the COVID-19 pandemic: Lessons learned from a high-volume intensive care unit », *Anesthesia-Analgesia*, sous presse.
- Selman, L. E., Chao, D., Sowden, R., Marshall, S., Chamberlain, C. et J. Koffman (2020). « Bereavement support on the frontline of COVID-19: Recommendations for hospital clinicians », *Journal of Pain and Symptom Management*. Doi : 10.1016/j.jpainsymman.2020.04.024
- Shear, M., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., Reynolds, C., Lebowitz, B., Sung, S., Ghesquiere, A., Gorscak, B., Clayton, P., Ito, M., Nakajima, S., Konishi, T., Melhem, N., Meert, K., Schiff, M., O'Connor, M., First, M., Sareen, J., Bolton, J., Skritskaya, N., Mancini, A. et A. Keshaviah (2011). « Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5 », *Depression and anxiety*, vol. 28, n° 2, 103-117.
- Stroebe, M. S., Hansson, R. O., Schut, H. et W. Stroebe (2008). « Bereavement research: contemporary perspectives », dans M. Stroebe, O. H. Robert, H. Schut et W. Stroebe (sous la dir.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention*, American Psychological Association.
- Stroebe, M., Schut, H. et K. Boerner (2017). « Cautioning health-care professionals: Bereaved persons are misguided through the stages of grief », *OMEGA-Journal of death and dying*, vol. 74, n° 4, 455-473.
- Templeton, L., Valentine, C., McKell, J., Ford, A., Velleman, R., Walter, T., Hay, G., Bauld, L. et J. Hollywood (2017). « Bereavement following a fatal overdose: The experiences of adults in England and Scotland », *Drugs: Education, Prevention and Policy*, vol. 24, n° 1, 58-66. DOI : <https://doi.org/10.3109/09687637.2015.1127328>
- Terrolle, D. (1999). « Privé de deuil. Le nouveau Mascaret », *CREAHI – Centre régional d'Aquitaine d'études et d'actions sur les handicaps et les inadaptations*, 26-32.
- Terrolle, D. (2002). « La mort des SDF à Paris : un révélateur social implacable », *Études sur la mort*, vol. 122, n° 2, 55-68. Doi : 10.3917/eslm.122.0055.
- Thieleman, K. et J. Cacciatore (2014). « Witness to suffering: Mindfulness and compassion fatigue among traumatic bereavement volunteers and professionals », *Social Work*, vol. 59, n° 1, 34-41.
- Tomczyk, D., Alvarez, D., Borgman, P., Cartier, M. J., Caulum, L., Galloway, C., Groves, C., Faust, N. et D. Meske (2008). « Caring for those who care: the role of the occupational health nurse in disasters », *AAOHN Journal*, vol. 56, n° 6, 243-250.
- Tsui, E. Y.-L., Chan, C. H.-Y. et A. F. Tin (2016). « Beyond professional competence: Effect of equanimity on the professional quality of life among health-care professionals working in perinatal bereavement support », *Illness, Crisis & Loss*, vol. 24, n° 2, 88-102.
- Valentine, C., Bauld, L. et T. Walter (2016). « Bereavement Following Substance Misuse: A Disenfranchised Grief. OMEGA », *Journal of Death and Dying*, vol. 72, 283-301. En ligne: <https://doi.org/10.1177/0030222815625174>
- Vincent, N. J., McCormack, J. et S. Johnson (2015). « A Comprehensive Conceptual Program Model for Supporting Families Surviving a Homicide Victim », *Child and Adolescent Social Work Journal*, vol. 32, 57-64.
- Wallace, C. L., Wladkowski, S. P., Gibson, A. et P. White (2020). « Grief During the COVID-19 Pandemic: Considerations for Palliative Care Providers », *Journal of Pain & Symptom Management*, vol. 60, n° 1, e-70-e76. Doi : <https://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.012>
- Walsh, F. et M. McGoldrick (2013). « Bereavement: A family life cycle perspective », *Family Science*, vol. 4, n° 1, 20-27. Doi : doi.org/10.1080/19424620.2013.819228
- Yardley, S. et M. Rolph (2020). « Death and dying during the pandemic », *BMJ*, vol. 369, m1472. Doi : <https://dx.doi.org/10.1136/bmj.m1472>
- Zhai, Y. et X. Du (2020). « Loss and grief amidst COVID-19: A path to adaptation and resilience », *Brain, Behavior & Immunity*, vol. 87, 80-81. Doi : <https://dx.doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.053>