

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	II
REMERCIEMENTS	III
TABLE DES MATIERES	VI
LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX	IX
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I	5
1. PROBLEMATIQUE	5
1.1 INTERVENTION EN SITUATION DE CRISE ET ORGANISATION DES SERVICES D'URGENCE DANS LES CSSS DU QUEBEC	8
1.2 INTERVENTION EN SITUATION DE CRISE ET INTERVENANTS PSYCHOSOCIAUX	13
CHAPITRE II	15
2. RECENSION DES ECRITS	15
2.1 DEFINITION DES CONCEPTS A L'ETUDE	15
2.1.1 INTERVENTION EN SITUATION DE CRISE	15
2.1.2 CONCEPTS DE CRISE, TRAGEDIE ET SINISTRE	16
2.1.3 SATISFACTION PAR LA COMPASSION ET FATIGUE DE COMPASSION	19
2.2 VECU DES INTERVENANTS PSYCHOSOCIAUX AVANT, PENDANT ET APRES LEUR IMPLICATION EN SITUATION DE CRISE	24
2.3 SOURCES DE SATISFACTION, D'INSATISFACTION ET DIFFICULTES	24
2.4 RETOMBES DE L'INTERVENTION EN SITUATION DE CRISE SUR LA SANTE BIOPSYCHOSOCIALE ET LA PERFORMANCE	28
2.5 FACTEURS DE PROTECTION ET DE RISQUE QUI FACILITENT OU NON LE TRAVAIL DES INTERVENANTS	38
2.5.1 FACTEURS DE PROTECTION ET DE RISQUE AVANT L'EVENEMENT (PRE-INTERVENTION)	38
2.5.2 FACTEURS DE PROTECTION ET DE RISQUE PENDANT L'EVENEMENT (LORS DE L'INTERVENTION)	47
2.5.3 FACTEURS DE PROTECTION ET DE RISQUE APRES L'EVENEMENT (POST-INTERVENTION)	56
2.6 LIMITES DES RECHERCHES ACTUELLES	60
CHAPITRE III	62
3. CADRE CONCEPTUEL DE L'ETUDE	62
3.1 PHASES D'INTERVENTION EN SITUATION DE CRISE	62
3.2 APPROCHE DES COMPETENCES	67

3.3 ENSEMBLE DU CADRE CONCEPTUEL DE L'ETUDE	69
CHAPITRE IV	70
4. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	70
4.1 TYPE DE RECHERCHE	70
4.2 OBJECTIFS DE RECHERCHE	71
4.3 CONTEXTE DE LA RECHERCHE	72
4.4 POPULATION A L'ETUDE	72
4.5 MODALITES DE RECRUTEMENT DES ORGANISMES PARTICIPANTS	72
4.6 METHODE DE COLLECTE DE DONNEES	74
4.7 DEROULEMENT DES RENCONTRES DE GROUPE	78
4.8 MODALITES D'ANALYSE DES DONNEES	80
4.9 PERTINENCE DE CETTE ETUDE	81
CHAPITRE V	83
5. RESULTATS	83
5.1 CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES REpondANTS	83
5.2 SITUATIONS DE CRISE, DE TRAGEDIE OU DE SINISTRE LES PLUS FREQUENTES AU SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN	87
5.3 ORGANISATION DES MESURES D'URGENCE AU SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN	90
5.4 ROLES, RESPONSABILITES ET TACHES LIES AUX INTERVENTIONS EN SITUATION DE CRISE	97
5.5 FORMATION DES INTERVENANTS PSYCHOSOCIAUX	106
5.6 SOURCES DE SATISFACTION, D'INSATISFACTION ET LES DIFFICULTES VECUES	110
5.7 LES RETOMBES DE L'INTERVENTION EN SITUATION DE CRISE SUR LA SANTE BIOPSYCHOSOCIALE ET LA PERFORMANCE AU TRAVAIL	117
5.8 FACTEURS DE PROTECTION ET DE RISQUE QUI FACILITENT OU NON LE TRAVAIL DES INTERVENANTS EN SITUATION DE CRISE	129
5.9 RECOMMANDATIONS DES INTERVENANTS CONCERNANT LEUR TRAVAIL EN SITUATION DE CRISE	161
CHAPITRE VI	168
6. DISCUSSION	168
6.1 VECU DES INTERVENANTS PSYCHOSOCIAUX DES CSSS DU SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN EN SITUATION DE CRISE	169
6.1.1 SOURCES DE SATISFACTION, D'INSATISFACTION ET DIFFICULTES VECUES	169
6.1.2 RETOMBES POSITIVES ET NEGATIVES DE L'INTERVENTION EN SITUATION DE CRISE	171

6.1.3 FACTEURS DE PROTECTION ET DE RISQUE LIES A LEUR TRAVAIL EN SITUATION DE CRISE	172
6.2 FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	174
6.3 CONTRIBUTION DE L'ETUDE POUR LA PRATIQUE EN TRAVAIL SOCIAL ET PERSPECTIVES FUTURES	175
BIBLIOGRAPHIE	180

LISTE DES FIGURES, DES TABLEAUX ET DES ANNEXES

Figure 1 : Modèle conceptuel de la vulnérabilité des intervenants en situation de désastre selon la période de négociation du risque

Tableau 1 : Thèmes et les sous-thèmes de la fiche signalétique

Tableau 2 : Thèmes et sous-thèmes du guide d'entrevue

Tableau 3 : Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des répondants

Tableau 4 : Types de crises nommés au moins une fois par les répondants

Tableau 5 : Rôles, responsabilités et tâches des intervenants membres des équipes des mesures d'urgence-volet psychosocial

Tableau 6 : Rôles, responsabilités et tâches des intervenants au sein de la garde sociale

Tableau 7 : Formations des intervenants au sein des CSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean

Tableau 8 : Sources de satisfaction, d'insatisfaction et difficultés vécues des intervenants

Tableau 9 : Retombées positives et négatives de l'intervention en situation de crise sur la santé biopsychosociale et la performance au travail des intervenants

Tableau 10 : Facteurs de protection et de risque avant, pendant et après l'implication en situation de crise

Tableau 11 : Recommandations émises par les répondants

Annexe 1: Certificats d'éthique

Annexe 2: Lettre d'invitation à la recherche

Annexe 3: Formulaire de consentement

Annexe 4: Coordonnées des commissaires locaux aux plaintes et comités d'éthique

Annexe 5: Fiche signalétique

Annexe 6: Guide d'entrevue des Focus Groups

Annexe 7: Grille d'observation des Focus Groups

INTRODUCTION

Le soutien social a un coût émotionnel.

Legault Faucher (2007)

L'exposition à des événements traumatiques est relativement élevée dans la population générale, mais elle est des plus marquante pour les intervenants psychosociaux qui ont à soutenir les victimes (Bride, 2007). Dans le cadre de leur travail, les intervenants risquent d'être marqués par la souffrance des victimes d'événements traumatiques (Figley, 1995a). Ainsi, depuis les dernières décennies, un peu partout dans le monde, ces professionnels sont de plus en plus appelés à travailler dans des contextes d'événements traumatiques incluant les crises, les tragédies et les sinistres (Alexander, 1990; Arvay, 2001; Badger, Royse, & Craig, 2008; Baum, 2012; Ben-Zur & Michael, 2007; Bride, 2007; Catherall, 1999; Chemtob et al., 1988; Craig & Sprang, 2010; Dalton, 2013; Howe, 2012; Kanno, 2010; Maltais, Robichaud, & Simard, 2001; Maslach, 1982; McCammon et al., 1988). Au Québec, les intervenants psychosociaux qui travaillent volontairement ou non en situation de crise² sont principalement des travailleurs sociaux, des agents de relations humaines, des psychologues ou des psychothérapeutes (MSSS, 2008). Des études ont démontré que l'intervention en situation de crise peut engendrer divers impacts positifs ou négatifs chez les intervenants psychosociaux qui interviennent auprès des victimes (Bride, 2007; Figley, 1995b; Stamm, 2010). Ces impacts sont parfois tabous ou mal perçus dans certaines organisations ce qui peut entraîner quelques réticences chez les intervenants à parler de leur vécu et des problèmes qui les préoccupent (Alexander, 1990). Selon le type d'événement traumatique, les intervenants psychosociaux œuvrant dans les Centres de santé et des services sociaux (CSSS) du Québec³ auront à déployer divers services psychosociaux, et ce, de façons différentes, afin de répondre aux besoins des personnes affectées.

² Afin d'alléger le texte, les mots «situation de crise» seront utilisés afin d'inclure l'ensemble des termes suivants; crise, tragédie et sinistre.

³ Cette étude a été réalisée avant la création des Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) et des Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS). C'est pourquoi nous avons privilégié l'utilisation du terme CSSS.

L'ensemble des événements de crise se produit généralement de façon soudaine et ils sont souvent imprévisibles. Lors de ces événements, les intervenants psychosociaux ont à intervenir rapidement afin de venir en aide efficacement aux victimes (Lev-Wiesel et al., 2009) qui ont également des besoins imprévisibles et sans cesse grandissants (Howe, 2012). Les intervenants doivent s'adapter rapidement aux diverses situations engendrées par la crise, tout en étant eux-mêmes affectés par l'intensité des événements (Linley & Joseph, 2007). Comme le mentionne Alexander (2005), les situations de crise ont le potentiel de dépasser les méthodes d'adaptation habituelles des individus et c'est aussi le cas pour les intervenants psychosociaux.

Encore aujourd'hui, peu d'études portent sur la réalité des intervenants psychosociaux qui ont à travailler en situation de crise, et de multiples études abondent en ce sens (Bride, 2007; Daly et al., 2008; DeSimone, 2009; Figley 2002b; Hesse, 2002; Kanno, 2010; Luce et al., 2002; Maltais, Robichaud, & Simard, 2001; Morris, 2011; Naturelle, 2007). Toutefois, la qualité de vie au travail de ces professionnels semble de plus en plus attirer l'attention des chercheurs depuis les 20 dernières années (Stamm, 2010). Malheureusement, ce sujet n'étant pas de notoriété publique, les intervenants demeurent souvent des victimes cachées de notre société (Bilal et al., 2007). Dès les années '70, certains professionnels informaient leur organisme de leur besoin en matière de reconnaissance des impacts de l'intervention de crise sur leur propre santé et leur performance au travail (Morris, 2011). À l'heure actuelle, la majorité des recherches sur le sujet portent sur les impacts négatifs de ce type d'intervention, mais on voit apparaître de plus en plus d'écrits scientifiques démontrant la présence d'impacts positifs sur les intervenants psychosociaux (Allen, 2010; Linley & Joseph, 2006, 2007). De récentes études réalisées de 2009 à 2014 ont démontré que les impacts positifs et négatifs de l'intervention de crise chez les intervenants psychosociaux sont considérables (Allen et al., 2010; Cacciatore et al., 2011; Craig & Sprang, 2010; Culver, McKinney, & Paradise, 2011; Doman, 2010; Hossain, 2011; Hyatt-Burkhart, 2011; Johnson et al., 2011; Kanno, 2010; Leitch, Vanslyke, & Allen, 2009; Morris, 2011; Prati & Pietrantoni, 2010; Qin & Jiang, 2011; Rossi et al., 2012; Stamm, 2010; Thieleman & Cacciatore, 2014; Walsh, 2009).

Étant donné le peu de recherches ayant été réalisées sur ce sujet au Québec, la présente étude trouve son originalité, entre autres, dans l'identification des sources de satisfaction, d'insatisfaction et difficultés vécues, des retombées autant positives que négatives de l'intervention en situation de crise ainsi que des facteurs de protection et de risque susceptibles de favoriser ou non le travail de ces derniers. Sachant que différents facteurs peuvent renforcer ou miner la capacité d'adaptation des intervenants à répondre aux demandes inhérentes de l'intervention en situation de crise, les résultats de la présente recherche permettront d'identifier des mesures et des moyens qui pourront être mis en place afin de soutenir leurs professionnels appelés à travailler dans un tel contexte. Ultiment, une vision plus juste de la réalité des intervenants psychosociaux appelés à travailler en situation de crise permettra aux organismes de mieux adapter leurs services et les mécanismes de soutien destinés à ces professionnels.

Il est à noter que ce mémoire s'inscrit dans le cadre d'une étude plus large qui a été réalisée sous la direction de la professeure Danielle Maltais de l'Université du Québec à Chicoutimi, au sein de plusieurs régions sociosanitaires du Québec (Maltais, Lachance, & Gauthier, 2009). Cette recherche mixte, à la fois qualitative et quantitative, comportait trois volets de collecte de données bien distincts. C'est dans le cadre du deuxième volet de cette étude que se situe le présent mémoire. Le premier volet de cette dernière consistait à réaliser des entrevues individuelles semi-dirigées auprès des responsables régionaux des mesures d'urgence en sécurité civile au volet psychosocial des Agences de santé et des services sociaux (ASSS) du Québec et auprès des responsables locaux des mesures d'urgence en sécurité civile au volet psychosocial des différents CSSS du Québec. Ces entrevues abordaient principalement le point de vue et les connaissances de ces gestionnaires sur le vécu des intervenants psychosociaux appelés à travailler en situation de crise. En ce qui concerne le deuxième volet, celui-ci consistait à réaliser des rencontres de groupe auprès d'intervenants psychosociaux travaillant en situation de crise dans différents CSSS du Québec. Le troisième volet consistait à distribuer des questionnaires autoadministrés à l'ensemble des intervenants des CSSS ayant eu à travailler en situation de crise au cours des sept dernières années précédant la collecte de données. Seules les entrevues de groupe réalisées auprès des intervenants psychosociaux des CSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean sont retenues dans le cadre de ce mémoire.

Le présent document se divise en six chapitres. Le premier, exposant la problématique, apporte des informations qui nous permettent de justifier le bien-fondé de l'étude. Par la suite, la recension des écrits expose les faits saillants des études ayant abordé les retombées de l'intervention en situation de crise, de tragédie et de sinistre sur la santé et la performance au travail des professionnels de l'intervention psychosociale. Le troisième chapitre présente le cadre conceptuel que nous avons retenu pour recueillir et analyser le discours des répondants. Ensuite, le quatrième chapitre apporte des informations sur les différents aspects méthodologiques de l'étude, dont le type de recherche, les objectifs, la population à l'étude, les techniques de recrutement des répondants, les méthodes de collecte et d'analyse des données, ainsi que les modalités éthiques que nous avons prises en considération afin de respecter le libre consentement et l'anonymat des répondants. Le cinquième chapitre présente les faits saillants de la collecte de données à la suite de l'analyse du discours des répondants. Enfin, le dernier chapitre discute les résultats de l'étude à la lumière des écrits scientifiques existants, apporte des informations sur les apports et les limites de cette étude, ainsi que sur les pistes de réflexion, à la fois sur la réalisation de recherches futures, et sur les moyens à mettre en place pour soutenir les intervenants psychosociaux travaillant en situation de crise, de tragédie ou de sinistre.

CHAPITRE I

1. PROBLEMATIQUE

*L'incertitude n'est pas en soi négative.
Ce n'est pas une ennemie
qu'il faut combattre à tout prix,
mais plutôt un élément à apprivoiser.*

MSSS (2008)

Dans le cadre de leurs fonctions, bon nombre d'intervenants psychosociaux provenant de différents services des CSSS du Québec ont à intervenir dans diverses situations de crise, de tragédies ou de sinistres. Dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean, les différents CSSS ont à desservir 51 localités regroupées dans quatre municipalités régionales (MRC), dont Maria-Chapdelaine, Domaine-du-Roy, Lac-Saint-Jean-Est et Fjord-du-Saguenay. Ces quatre MRC constituent l'ensemble du territoire du Saguenay-Lac-Saint-Jean qui s'étend sur une superficie de 98 768 km² (ASSS, 2011). Lors de la collecte de données, les CSSS constituaient six réseaux locaux de services, dont La Baie, Chicoutimi, Jonquière, Lac-Saint-Jean-Est, Domaine-du-Roy et Maria-Chapdelaine. Les CSSS comprenaient généralement un centre hospitalier (CH), un centre local de services communautaires (CLSC) ainsi qu'un ou plusieurs centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

Afin de dresser un court portrait de la région, voici quelques faits saillants concernant les services déployés à la population liés à des situations de crise au cours des dernières années. Sur le territoire du CSSS de Chicoutimi, 7,4 % de la population adulte (4600 personnes) rapporte en 2011 un niveau de détresse psychologique élevé⁴ (CSSS Chicoutimi, 2012). Sur ce territoire, 12 personnes par année décèdent par suicide. Pour sa part, en 2007, sur le territoire du CSSS de La Baie, le nombre d'adultes souffrant de détresse psychologique s'élevait à 1326 personnes (7% de la population) (CSSS Cléophas-Claveau, 2012). Sur ce même territoire, pendant les années 2002

⁴ La détresse psychologique est définie comme le résultat d'un ensemble d'émotions négatives ressenties par une personne, comme l'auto-dévalorisation, l'irritabilité, l'agressivité et le désengagement social. Lorsque ces émotions se présentent avec persistance, elles peuvent donner lieu à des syndromes de dépression et d'anxiété (Massé et al., 1998a).

à 2006, le taux annuel moyen de mortalité par suicide était de 28 personnes pour 100 000 habitants, une différence marquée avec celle du taux québécois de 17 personnes pour 100 000 habitants. Pour ce qui est des services psychosociaux généraux pour l'année 2011 à 2012, 27 personnes avaient reçu des services à domicile par un intervenant de la garde sociale (CSSS Cléophas-Claveau, 2012). En ce qui concerne le CSSS Lac-Saint-Jean-Est, le pourcentage de la population adulte souffrant de détresse psychologique était de 7,5 % en 2007 et cette problématique était deux fois plus répandue chez les femmes. Sur ce territoire, le taux annuel moyen de suicide est d'environ 11 décès par année (CSSS Lac-Saint-Jean-Est, 2012). Quant au CSSS de Jonquière, le pourcentage de la population adulte souffrant de détresse psychologique s'élevait à 6,4 % (3 330 personnes) en 2007 (CSSS Jonquière, 2012). De plus, sur ce territoire, les décès par suicide sont près de cinq fois plus fréquents chez les hommes que chez les femmes (CSSS Jonquière, 2012).

Sur le territoire du CSSS Maria-Chapdelaine, le 5 octobre 2009, la compagnie AbitibiBowater avait pris la décision de fermer la papeterie de Dolbeau-Mistassini pour une période indéterminée. Cette tragédie avait affecté plus de 1000 travailleurs en emploi dans ces établissements. Cet événement est malheureusement qu'un exemple parmi de nombreux autres événements à potentiel traumatiques qui affectent les citoyens du Saguenay-Lac-Saint-Jean chaque année. D'autres situations de crise ont eu lieu au cours des dernières années, par exemple, un important carambolage à Chicoutimi en 2008 (TVA, 2008), un incendie mortel dans une résidence de personnes âgées dans le secteur nord de Chicoutimi en 2009 (La Presse, 2009), une triple noyade dans une famille de Saint-Fulgence en 2011 (Canoe, 2011), la fermeture de l'usine Novelis à Jonquière en 2012 (Argent, 2012) et un incendie dans un immeuble à logement à Chicoutimi en 2013 (Courrier du Saguenay, 2013). Année après année, les intervenants sont également appelés à intervenir à la suite d'accidents mortels dans des usines, de décès prématurés d'élèves dans les écoles primaires ou secondaires et de suicides.

En ce qui concerne spécifiquement les situations de sinistre des années 1990 à 2010, plus de 19 000 sinistres ont été recensés dans le monde (Guha-Sapir et al., 2011). En 2013, le centre de recherche sur l'épidémiologie des catastrophes (CRED) a dénombré 330 sinistres naturels à travers le monde causant 216 millions de victimes et 21 610 décès (Guha-Sapir et al., 2014). En

Amérique, en 2013, 74 sinistres naturels ont eu lieu (Guha-Sapir et al., 2014). Tout comme partout ailleurs, les sinistres naturels au Québec provoquent de nombreux dommages tant aux victimes qu'à leur communauté (Faucher, 2001). Au cours des 50 dernières années, les plus importants sinistres recensés au Saguenay-Lac-Saint-Jean ont été, entre autres, le glissement de terrain de Saint-Jean-Vianney en 1971, un séisme important en 1988 et les inondations de juillet 1996. Il faut aussi mentionner que les incendies de forêt sont fréquents dans cette région. Au Québec, il n'y aurait pas de culture organisationnelle en prévision des sinistres malgré le fait que le territoire québécois constitue une zone à risque de plusieurs types de sinistres, dont les glissements de terrain, les incendies de forêt, les inondations, les tremblements de terre et les vents violents.

Selon plusieurs auteurs, la fréquence et l'intensité des sinistres ainsi que leurs impacts sur les individus et leur collectivité sont fortement influencés par les activités humaines (Leitch, Vanslyke, & Allen, 2009; Maltais, Robichaud, & Simard, 2001; Murphy, 1988; Qureshi et al., 2005; Tracy, 2006; Tak, Driscoll, Bernard, & West, 2007). En effet, le réchauffement climatique causé par les gaz à effet de serre a des conséquences importantes sur la stabilité météorologique (Ministère de l'Écologie, du Développement durable, des Transports et du Logement, 2011). Maltais, Robichaud, Lalande et Simard (1998) soulignent que les changements climatiques sont de plus en plus imprévisibles, violents et destructeurs. La croissance économique, avec son nombre de plus en plus grand d'usines, de déchets, de moyens de transport ainsi que l'utilisation grandissante de différents moyens pour produire de l'énergie polluante comme le charbon, le pétrole, le dioxyde de carbone, la déforestation, l'élevage bovin, la culture rizière et la combustion de combustibles fossiles, est des plus dommageables pour l'écosystème (Enzler, 2009). Les sinistres sont une réalité à laquelle les sociétés sont de plus en plus confrontées et que le nombre de sinistres naturels ou technologiques est en constante évolution (Proulx, 1997).

1.1 INTERVENTION EN SITUATION DE CRISE ET ORGANISATION DES SERVICES D'URGENCE DANS LES CSSS DU QUEBEC

Au Québec, lorsque survient une situation de crise, de tragédie ou de sinistre, et que les personnes affectées par l'événement ont besoin d'aide pour obtenir des informations ou du soutien, les intervenants psychosociaux, tout comme les gestionnaires, les médecins, les pompiers, les policiers, les ambulanciers ou les infirmiers liés à différents volets tels que la santé physique ou psychosociale, les communications, la santé publique ou le maintien des activités, peuvent être appelés à intervenir (MSSS, 2008; Stamm, 2010). De plus, dans leur quotidien, la majorité des intervenants psychosociaux ont à travailler avec diverses situations de crise pouvant être liées à la violence, à la colère, à l'anxiété, au deuil, aux questions existentielles ainsi qu'aux problèmes conjugaux. Les contextes auxquels sont confrontés les professionnels travaillant en situation de crise sont particuliers à chaque événement, mais tous présentent des conditions difficiles et représentent un défi pour ces derniers (Maltais, Robichaud, Moffat & Simard, 2001; Voss Horrell et al., 2011). Ces contextes peuvent être caractérisés par un environnement chaotique, de fortes incertitudes, des enjeux importants, des rassemblements de plusieurs individus en détresse dans un même endroit ainsi que plusieurs partenaires impliqués (Alexander, 1990; Lagadec, 1993). Ils doivent écouter avec empathie les récits des victimes souvent empreints de détails horribles, d'actes de cruauté intense ainsi que de violence, tout en restant ouverts au vécu de leur client (Pearlman & Saakvitne, 1995a, 1995b; Sexton, 1999; Walter Bowles, 2009).

En situation de tragédie ou de sinistre, ils ont parfois à effectuer des tâches qui ne leur sont pas toujours familières telles qu'intervenir auprès de plusieurs personnes en détresse au même moment, apporter une aide matérielle ou physique aux victimes et/ou les accompagner à l'identification des cadavres (Maltais, Robichaud, & Simard, 2001; Guat Tin, 2012). Parfois, certains intervenants peuvent vivre des insatisfactions face à leur rôle lorsqu'ils se voient contraints à restreindre leurs interventions par manque de ressources matérielles ou de temps (Maltais, Robichaud, & Simard, 2001). En tout temps, ils ont le mandat de soulager la souffrance humaine (Legault, 2007). Ce mandat peut être une source de satisfaction pour les intervenants lorsqu'ils perçoivent le rétablissement des victimes et lorsqu'ils reçoivent des remerciements de la part de leurs clients et/ou de leurs collègues suite à l'accomplissement de leur rôle (Legault,

2007). Iliffe et Steed (2000) affirment que, peu importe la gravité des problématiques de leurs clients, les professionnels ne doivent pas mettre de côté leur propre bien-être pour se consacrer uniquement à leur clientèle.

Afin de comprendre dans quel contexte les intervenants psychosociaux des CSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean travaillent en situation de crise, de tragédie ou de sinistre, il est important de présenter des informations sur le fonctionnement des CSSS. Les CSSS regroupent plusieurs établissements et les intervenants psychosociaux qui travaillent dans ces lieux peuvent intervenir au sein d'un centre local de services communautaires (CLSC), d'un hôpital ou d'un centre d'hébergement. Depuis quelques années, de nombreux changements ont eu lieu dans les différents CSSS du Québec, dont la décentralisation des services par la gestion par programmes, un accent moins important sur la supervision par des professionnels d'une même discipline, ainsi que le remaniement des postes, des fonctions, des rôles, des disciplines et des départements (Association canadienne des travailleuses et des travailleurs sociaux, 2006; Lloyd, McKenna, & King, 2005; Neuman, 2003). Ces changements ont eu lieu en raison de la complexité grandissante des problématiques des clients, de la pluralité des systèmes sociaux et des pressions afférentes aux compressions budgétaires (Association canadienne des travailleuses et des travailleurs sociaux, 2006). L'implantation de la gestion par programmes a engendré la répartition des intervenants psychosociaux dans différentes équipes multidisciplinaires afin de desservir divers types de clientèles présentes dans les CSSS (Association canadienne des travailleuses et des travailleurs sociaux, 2006).⁵ Un programme se définit comme un regroupement de services et d'activités. Il existe deux types de programmes, le programme-service qui regroupe toutes les activités et services offerts aux différentes clientèles, et le programme-soutien vient soutenir le programme-service de façon administrative. En général, les CSSS ont deux programmes-services transversaux dont le programme de santé publique et le programme de services généraux-activités cliniques et d'aide, ainsi que sept programmes-services pour répondre à des problématiques plus spécifiques dont celui de la perte d'autonomie liée au vieillissement, la déficience physique, la déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement, jeunes en difficulté, dépendances, santé mentale et santé physique.

⁵ L'avènement des CISSS et des CIUSSS ne devrait pas, à court terme, modifier l'organisation du travail.

Baker (1993) et Neuman (2002) ont relevé quelques aspects déplorables de la gestion par programmes chez les intervenants psychosociaux. D'une part, ces derniers craignent que la division des intervenants dans différentes équipes multidisciplinaires soit à l'origine de l'isolement de ces derniers, la perte d'identité à un groupe de référence professionnel et la diminution des normes de pratiques professionnelles au profit de l'évaluation interdisciplinaire davantage axée sur les résultats ainsi que sur le processus de soin. D'autre part, la supervision et l'évaluation par des gestionnaires qui ne sont pas issus de la même profession risquent d'amener un relâchement des normes professionnelles, certains malentendus dans le cadre d'activités professionnelles, des confusions face aux rôles professionnels de chacun et un champ d'activité plus limité pour la pratique du social (Baker, 1993; Neuman, 2002).

Une étude canadienne menée auprès de travailleurs sociaux s'est intéressée à leur perception quant à la gestion par programmes dans les établissements de santé et certains répondants ont affirmé que depuis l'instauration de ce mode de gestion, ils consacraient moins de temps à l'enseignement, à la recherche et au développement professionnel (Levin, Herbert, & Nutter, 1996). De plus, les multiples compressions budgétaires constantes dans le domaine de la santé et des services sociaux affectent de multiples organismes liés aux ASSS et entraînent une surcharge importante de travail pour les professionnels qui ont à s'adapter continuellement à cette réalité (Munroe & Brunette, 2001).⁶

Puisque les intervenants psychosociaux qui travaillent dans des établissements de santé semblent vivre beaucoup de difficultés, Pockett (2003) s'est questionné à savoir pourquoi ces professionnels poursuivaient leur travail dans ces milieux. Précisons que les intervenants psychosociaux travaillant dans les milieux de santé souffrent généralement de l'absence d'une relation avec un superviseur, d'un manque de précision quant à leur rôle, d'une mauvaise organisation des milieux, d'un faible taux de rémunération et d'épuisement professionnel (Pockett, 2003). Afin de comprendre leurs motivations, cette étude a relevé les caractéristiques positives de la tolérance et de la résilience qu'éprouvaient ces intervenants (Pockett, 2003). Il en est ressorti que les professionnels ont exprimé leur capacité à être résilient, à se remettre en

⁶ Ces compressions budgétaires devraient se poursuivre dans la nouvelle organisation du travail amenée par la loi 10.

question, à garder un certain contrôle sur leurs tâches, ainsi que l'importance de l'engagement envers leur profession. Selon cette étude, ils poursuivent leur travail dans les établissements de santé, car ils en retirent une grande satisfaction malgré les difficultés rencontrées.

Concernant les types de situations de crise, lorsqu'une situation sort des interventions habituelles des intervenants, mais que cet événement ne nécessite pas d'autres ressources que celles disponibles dans les CSSS, il s'agit de crises et de tragédies (Martel, 2000). Ces interventions ne requièrent pas d'intervention au niveau régional ou provincial (Martel, 2000). La prise en charge de la situation est assumée niveau local, mais le niveau régional est parfois informé de la situation surtout en temps de tragédie. Lors de crises ou de tragédies des intervenants de différents services peuvent être sollicités dont le service d'accueil, d'évaluation et d'orientation (AEO), le service de la garde psychosociale et l'équipe des mesures d'urgence. Les professionnels travaillant dans ces services proviennent des divers programmes des CSSS tels que celui d'enfance-famille-jeunesse, des services psychosociaux généraux, des services de santé mentale, etc. Le service (AEO) est un service qui accueille les clients du CSSS pendant les heures d'ouverture de l'établissement, de 8h00 à 16h00, afin d'effectuer une évaluation de la problématique psychosociale, de déterminer les besoins et le niveau d'urgence de la situation, de donner de l'information et des conseils psychosociaux, d'orienter et de référer au besoin à un autre service, ou d'effectuer une intervention immédiate en situation de crise⁷. Le service de garde psychosociale est, quant à lui, un service qui assure une aide ponctuelle et immédiate lorsqu'une personne se retrouve en situation de crise ou de détresse psychologique en dehors des heures d'ouverture des CSSS, le soir ou la fin de semaine, par le biais principalement d'Info-Social ou des policiers. Dans un contexte d'urgence, les intervenants psychosociaux doivent adapter leurs méthodes d'intervention, car même s'ils sont parfois formés, l'intervention de crise ne fait généralement pas partie de leur quotidien (Lev-Wiesel et al., 2009; Serniclaes, 2003; Talbot et al., 1995).

⁷ <http://www.csssmariachapdelaine.com/service.php?idDetail=8>

En ce qui concerne les sinistres, les intervenants dans les CSSS peuvent provenir également du service d'AEO, du service de la garde psychosociale, mais ils proviennent majoritairement de l'équipe des mesures d'urgence du volet psychosocial. Lors d'un sinistre de grande envergure, qui déborde de la capacité des organisations à répondre aux urgences et aux demandes des citoyens, de nombreux CSSS peuvent être appelés à intervenir à la demande du MSSS. La mise sur pied de différentes structures devient alors nécessaires, tant au niveau local, régional que national, afin d'assurer rapidement la mise en place de mesures d'urgence efficaces et adéquates (Martel, 2000). Au Québec, le plan national en sécurité civile prévoit différents mécanismes de concertation et de coordination tant au niveau local, régional que national. Des centres de coordination et d'opération se retrouvent à tous les niveaux. C'est au centre régional de coordination en sécurité civile mission santé que le coordonnateur de la sécurité civile du réseau de la santé et des services sociaux et les responsables des volets (santé physique, santé publique, service psychosocial, maintien des activités et communication) se réunissent pour coordonner toutes les opérations liées à la mission santé.

Au niveau local, il est de la responsabilité des CSSS d'élaborer un plan local de sécurité civile afin de planifier, dispenser, coordonner et évaluer les différents services lors d'un sinistre (MSSS, 2008). Les CSSS ont également le devoir de valider les plans d'intervention, d'élaborer un système de garde, d'évaluer les besoins de formation, de perfectionnement et de supervision du personnel, ainsi que de se doter d'un plan de communication en contexte de sécurité civile. De plus, il est de leur responsabilité de s'assurer que le plan local de sécurité civile s'intègre bien avec celui des municipalités, et que des collaborations sont effectives avec les autres établissements impliqués (MSSS, 2008). En contexte de sécurité civile, la multiplicité des tâches qu'ont à compléter les intervenants psychosociaux se réalise dans des contextes d'intervention qui sont également différents. En effet, ils doivent intervenir en dehors de leur environnement de travail habituel dans des endroits moins familiers tels que dans les centres de services aux sinistrés⁸ (Maltais & Rheault, 2005; MSSS, 2008; Séguin, Brunet, & Leblanc, 2006). Pendant les mois qui suivent les événements, les CSSS sont obligés d'affecter la majorité de leurs ressources au travail d'urgence, n'assurant que les services essentiels à la population (Brasset, 1999).

⁸ Centre de services aux sinistrés : Endroit où sont réunies temporairement les personnes qui ont dû quitter leur domicile à la suite d'un sinistre et où sont dispensés les services de base aux sinistrés (MSSS, 2008, p.9).

1.2 INTERVENTION EN SITUATION DE CRISE ET INTERVENANTS PSYCHOSOCIAUX

Les professionnels suite à une situation de crise sont sujets à vivre des retombées positives et négatives de ce type d'intervention (Collins & Long, 2003a). Les chercheurs s'accordent à dire que les intervenants doivent être prêts à faire face aux interventions en situation de crise et être conscients du risque d'éprouver les mêmes retombées que leurs clients traumatisés (Munroe, 1999; Shalvi & Shenkman, 2011). Lors de crises, les stratégies d'adaptation pour faire face aux stress provoqués par l'événement traumatique sont différentes de celles utilisées pour les stress vécus au quotidien (Aldwin, 1999). Même si certains intervenants ne sont pas présents lors des événements traumatiques, Figley (1995b) mentionne que ces derniers peuvent vivre certaines difficultés lorsqu'ils sont exposés aux lourds récits des victimes. En fait, les impacts négatifs de l'intervention en situation de crise sur les intervenants psychosociaux sont assez bien connus dans la littérature comparativement aux retombées positives suite à ce type d'intervention (Linley et al., 2003). Linley et Joseph (2004) ajoutent qu'il est important de considérer autant les impacts positifs que négatifs, car se concentrer uniquement sur les aspects négatifs de l'intervention en situation de crise peut conduire à une compréhension biaisée des réactions des professionnels. Parmi les retombées que peuvent engendrer les situations de crise, tragédie et sinistre sur la santé biopsychosociale des intervenants psychosociaux et sur leur performance au travail, une variété de symptômes psychologiques, émotionnels, physiques, comportementaux et sociaux, ont été observés dans diverses études.

Afin d'identifier les facteurs qui influencent les retombées de l'intervention en situation de crise chez les professionnels, de multiples auteurs ont constaté que les conditions de travail pendant une situation de crise juxtaposées aux caractéristiques rattachées aux événements (nature, soudaineté, durée, intensité, etc.), à celles des professionnels (niveau de conscience face aux exigences, habiletés d'intervention, degré d'exposition aux victimes directes, etc.), à celles de leurs clientèles (types de clientèles; enfants, femmes, aînés) et à celles de l'organisation (soutien, formation, reconnaissance, etc.) contribuent à l'augmentation des symptômes psychologiques, émotionnels et physiques, autant positifs que négatifs, chez ces derniers (Badger, Royse, & Craig, 2008; Brotheridge & Grandey, 2002; Chrestman, 1999; Friedman, 2002; Kassam-Adams, 1999; Linley & Joseph, 2007; Maltais, Robichaud, & Simard, 2001;

Radey & Figley, 2007). Or, ces différents éléments seraient à l'origine de la fatigue de compassion et/ou de la satisfaction par la compassion⁹ (Figley, 1995b; Gentry, Baggerly, & Baranowsky, 2004; Kassam-Adams, 1999; Pearlman & Mac Ian, 1995; Radey & Figley, 2007; Stamm, 1999, 2002, 2005).

La présentation de cette problématique démontre donc l'importance de s'attarder au vécu des intervenants lors de leurs implications en situation de crise. C'est pourquoi la présente étude vise à atteindre les objectifs de recherche suivants : identifier les sources de satisfaction/insatisfaction et les difficultés que peuvent rencontrer les intervenants psychosociaux lorsqu'ils travaillent en situation de crise, de tragédie ou de sinistre; documenter les retombées positives et négatives de ce type d'intervention sur leur santé biopsychosociale et leur performance au travail ainsi qu'identifier les facteurs de protection et de risque qui facilitent ou non le travail en situation de crise.

⁹ Les auteurs spécialisés dans ce domaine utilisent généralement deux termes pour définir ce concept soit satisfaction par la compassion ou satisfaction de compassion. Dans ce mémoire, nous avons privilégié le terme satisfaction par la compassion.

CHAPITRE II

2. RECENSION DES ECRITS

*Entre l'enthousiasme et l'épuisement professionnel,
entre la satisfaction et la fatigue de compassion,
l'intervenant a le défi de préserver
son équilibre intérieur.*

Legault (2007)

Afin d'éclaircir les notions théoriques abordées dans le cadre de la présente étude, le présent chapitre définit les principaux concepts à l'étude. Par la suite, des informations sont apportées 1) sur les sources de satisfaction, d'insatisfaction et les difficultés rencontrées par les intervenants psychosociaux des CSSS qui travaillent en situation de crise; 2) sur les retombées positives et négatives de leur implication sur leur santé biopsychosociale et leur performance au travail; et 3) sur les facteurs de protection et de risque qui facilitent ou non leur travail en situation de crise. Enfin, les limites des études recensées sont exposées à la toute fin de ce chapitre.

2.1 DEFINITION DES CONCEPTS A L'ETUDE

La consultation de diverses études et d'écrits scientifiques a permis de définir les principales notions abordées au sein de cette étude, dont 1) l'intervention en situation de crise, 2) les concepts de crise, tragédie et sinistre, 3) la satisfaction par la compassion et fatigue de compassion. La définition de ces concepts permet de clarifier davantage les nuances et les particularités liées au vécu des intervenants psychosociaux qui interviennent en situation de crise.

2.1.1 INTERVENTION EN SITUATION DE CRISE

Les études portant sur l'intervention en situation de crise ont débuté, dans les années 1940 avec les recherches de Lindemann (1944) sur la crise et le deuil. Cependant, c'est à la fin des années 50 et début 60 que les auteurs ont exploré davantage cette réalité avec l'étude de Selye (1956) sur le syndrome général d'adaptation, l'étude d'Erickson (1959) sur les crises de maturation et les crises situationnelles, et avec celle de Caplan (1964) sur la théorie de la crise psychosociale. Au début des années 70, le chercheur Laborit (1972) a également réalisé une

étude sur les mécanismes liés au stress, aux réactions de fuite, aux agressions, à l'inhibition et à l'action. Il est intéressant de souligner que dans les années 60, la gestion des crises individuelles et familiales était davantage orchestrée avec des cliniques communautaires ambulatoires (Séguin, Brunet, & LeBlanc, 2012). Aujourd'hui, de multiples équipes de crise spécialisées se sont développées dans les CSSS telles que l'intervention de crise téléphonique, l'intervention de crise en milieu scolaire, l'intervention de crise en santé mentale, l'intervention de crise de première ligne et l'intervention de crise post-traumatique (Séguin, Brunet, & LeBlanc, 2012).

2.1.2 CONCEPTS DE CRISE, TRAGÉDIE ET SINISTRE

La *crise* est un état instable caractérisé par la rupture de l'équilibre intérieur d'un individu, accompagné d'un certain degré de confusion émotionnelle où les repères de ce dernier semblent vaciller (Bacchetta et al., 2009). Les événements liés à une situation de crise vont au-delà des capacités d'un individu à surmonter seul ses problèmes (Caplan, 1964). La crise est également un moment déterminant pour l'individu où celui-ci entre en contact avec des bribes d'histoire de son passé qui s'ajoutent aux difficultés vécues dans le présent, ainsi qu'aux rêves ou aux craintes face au futur (Andreoli, Lalive, & Garrone, 1986; De Coulon & Von Oberbeck Ottino, 1999). Lors d'une crise, les interventions des professionnels doivent être proactives et ces derniers ne doivent pas attendre une demande de service des victimes (Talbot et al., 1995). L'intervention de crise est fortement centrée sur la personne. Ce type d'intervention met l'accent sur la communication, la collaboration et la bienveillance, et elle est en accord avec des idéaux du travail social liés à la valeur de l'altruisme (Cacciatore et al., 2011). Puisque les impacts de la crise sur les victimes leur font vivre des émotions fortes et soudaines, les intervenants doivent profondément s'investir dans leurs interventions de façon humaine (Serniclaes, 2003).

Le concept de crise employé au Québec se définit par un incident isolé ayant peu de victimes et les rares témoins de l'incident n'ont pas de lien personnel avec ces derniers (MSSS, 2008). Les intervenants qui ont à appliquer les mesures d'urgence ne rencontrent habituellement pas de complications particulières et sont en mesure d'apporter les interventions requises dans un court laps de temps (MSSS, 2008). Souvent, un ou deux intervenants peuvent réaliser l'intervention dans un délai d'une à quelques heures. Ce qui différencie une situation de crise, d'une situation de tragédie et de sinistre, c'est sa durée limitée et son impact isolé sur peu de victimes (MSSS, 2008). La crise peut être une situation impliquant une rupture sentimentale, un

licenciement, un deuil (Andreoli, Lalive, & Garrone, 1986; De Coulon & Von Oberbeck Ottino, 1999), une situation de violence conjugale, de maltraitance d'enfants, de viol, de torture (Bober & Regehr, 2006) ou une morte subite (accident ou suicide) (Veilleux, 2011).

Le concept de *tragédie* est défini par le MSSS (2008) comme un événement simple, de moyenne durée, ayant un impact sur un groupe restreint de personnes où plusieurs témoins peuvent être affectés indirectement. Notons toutefois que les personnes affectées sont facilement identifiables et elles sont moins nombreuses que lors d'un sinistre. L'intervention est généralement de courte ou de moyenne durée et l'utilisation des ressources des CSSS sont faibles (MSSS, 2008). Souvent les interventions peuvent être réalisées par un intervenant ou une équipe d'intervenants pour une période variant de quelques heures à quelques jours. Malgré le fait que pendant une tragédie la coordination peut s'avérer légèrement plus compliquée qu'en temps normal, elle demeure tout de même efficace (MSSS, 2008). Les structures habituelles des services sont suffisantes pour réaliser les interventions et celles-ci sont relativement simples portant sur l'information à donner aux victimes et la verbalisation de leurs sentiments (MSSS, 2008). Il est possible qu'une certaine confusion soit présente lors des communications entre les partenaires, mais les communications restent habituellement fonctionnelles (MSSS, 2008). Lors d'une tragédie, il arrive que l'événement soit médiatisé et que les intervenants aient à interagir avec les médias. La tragédie peut être de l'ordre d'un incendie dans une résidence de personnes âgées, d'un carambolage impliquant plusieurs véhicules, d'un suicide dans une école secondaire, d'un accident avec décès ou de graves blessures dans une usine, d'une perte d'électricité dans un secteur spécifique, de la fermeture d'une usine ou d'une crise forestière (MSSS, 2008).

Le concept de *sinistre* employé au Québec comporte deux catégories de sinistre : le sinistre majeur et le sinistre mineur. Selon le MSSS (2008 : 8) « *Un sinistre majeur est un événement dû à un phénomène naturel, une défaillance technologique ou un accident découlant ou non de l'intervention humaine, qui cause de graves préjudices aux personnes ou d'importants dommages aux biens et exige des mesures inhabituelles de la collectivité affectée notamment une inondation, une secousse sismique, un mouvement de sol, une explosion, une émission toxique ou une pandémie* ». Un sinistre mineur est quant à lui, un événement de même nature qu'un sinistre majeur, mais qui porte atteinte qu'à la sécurité d'une ou de quelques personnes (MSSS, 2008). Il y a deux principaux types de sinistres : les sinistres naturels et technologiques (Logue, Melick, &

Struening, 1981). Les sinistres naturels sont caractérisés par leur imprévisibilité et par la soudaineté de leur impact (Baum et al., 1993). Ce type de sinistre provoque des dommages importants sur l'environnement et sur la perte des services communs tels l'électricité ou les services d'eau potable. Quant aux sinistres technologiques, ils se caractérisent par un manquement de la part d'un individu, d'un bris ou par la perte de contrôle sur un arsenal technologique. Ce type de sinistre provoque généralement des retombées négatives plus importantes chez les individus que les sinistres naturels (Hodgkinson, 1989; Lindy et al., 1981). Le MSSS différencie un sinistre d'une crise et d'une tragédie par le plus grand nombre de personnes affectées directement et indirectement, la complexité de l'événement, l'importance de l'action, la grande quantité de ressources à investir, le débordement des cadres d'interventions habituelles, la réalisation de tâches non familières, la mise sur pied de nouvelles structures de réponse et de mobilisation ainsi que par la coordination de ressources humaines non habituées à travailler ensemble dans un tel contexte. Belter et Shannon (1993) ajoutent que l'on peut identifier un sinistre par les caractéristiques de l'événement, par leurs retombées et par l'ampleur des dommages causés, tant sur le plan physique, social que psychologique. Certaines caractéristiques propres aux sinistres sont redondantes à chaque événement. Ursano et Fullerton (1990) les décrivent comme des événements généralement dangereux, bouleversants et soudains, qui sont marqués par une force extrême et soudaine causant de la peur, de l'anxiété, du retrait et de l'évitement.

Enfin, malgré les particularités des différentes catégories de situations dont la crise, la tragédie ou le sinistre, tous font partie inhérente des fonctions des intervenants psychosociaux des CSSS du Québec qui sont appelés à intervenir en situation de crise.

2.1.3 SATISFACTION PAR LA COMPASSION ET FATIGUE DE COMPASSION

Avant de parler du concept de la satisfaction par la compassion et de la fatigue de compassion, il est important de saisir le sens du terme *compassion*. La *compassion* est le sentiment d'une empathie profonde pour un ou des individus qui vivent de la souffrance (Ringebach, 2009). Selon Rinpoché (1992), la compassion n'est pas seulement un sentiment de sympathie ou d'inquiétude pour la souffrance d'une personne, mais plutôt le désir réel d'intervenir pour diminuer le malheur de l'autre. Vivre de la compassion pour une autre personne c'est reconnaître la souffrance de l'autre (Violet, 2010). Selon Legault (2007), elle s'inscrit dans un continuum avec l'empathie. Toutefois, cette dernière existe seulement en présence de souffrance humaine, tandis que l'empathie peut se vivre autant lors de moments positifs ou négatifs partagés avec une autre personne. Gilbert et Proctor (2006) ajoutent que ce sentiment implique un certain nombre de composants dont le désir de veiller au bien-être d'autrui ce que l'on nomme l'altruisme, la capacité de détecter la détresse de l'autre que l'on nomme l'empathie affective, le sentiment d'être affecté émotionnellement par la détresse de l'autre que l'on nomme la sympathie, l'aptitude de maintenir une position de non-jugement envers l'autre, la capacité de tolérer la douleur émotionnelle d'autrui ainsi que la connaissance et la compréhension nécessaires pour atténuer la souffrance de l'autre que l'on nomme l'empathie cognitive. Selon ces derniers auteurs, l'absence de l'un de ces éléments rend difficile la compassion.

L'empathie est essentielle pour établir une relation d'aide (Baranowsky, 2002; Legault, 2007; Figley, 2002b; Nelson-Gardell & Harris, 2003). Dès les années 50, Rogers (1957) énonçait la nécessité d'utiliser l'empathie dans la relation d'aide avec le client afin d'amener des changements dans sa situation. À cette époque, Rogers (1959) définissait l'empathie comme un processus qui permet à un individu de ressentir les mêmes émotions qu'une victime, un peu comme s'il avait lui-même vécu les événements. Par la suite, Gladstein (1983) a décomposé l'état d'empathie en deux parties, dont l'état psychologique et l'état affectif. L'empathie cognitive se définit par l'intellectualisation de la perspective d'une situation vécue par une autre personne. L'empathie affective, quant à elle, signifie ressentir les émotions d'autrui (Gladstein, 1983). Il est à noter que c'est le concept d'empathie affective qui a inspiré Figley (1995b, 2002a) dans la création du concept de la fatigue de compassion. Selon Figley (2002a), l'empathie se

définit également comme la capacité d'un intervenant à repérer la souffrance d'autrui. L'empathie peut être la source d'inspiration des professionnels à se porter volontaires à aider les autres dans le besoin (Figley, 2002a). Selon Legault (2007), les intervenants qui font preuve d'une grande sensibilité dans leur intervention et d'un profond engagement dans la relation d'aide avec les victimes éprouvent généralement une intense compassion. Comme tout professionnel en relation d'aide, le travail de ces derniers est en lien direct avec la compassion, la sollicitude et le désir sincère d'aider les autres (Gough, 2007). Afin d'aider les victimes, il est nécessaire que les intervenants ressentent de la compassion et de l'empathie pour eux (McCann & Pearlman, 1990). Puisqu'en situation de crise ils font preuve de compassion de façon continue auprès des victimes, cela explique qu'ils sont à risque de fatigue de compassion (Radey & Figley, 2007). En fait, la compassion peut avoir des retombées positives et négatives sur les intervenants autant au niveau psychologique, émotionnel que somatique (Rothschild & Rand, 2006). C'est pourquoi Radey et Figley (2007) suggèrent aux professionnels de favoriser la satisfaction par la compassion au lieu d'éviter la fatigue de compassion. Le fait de favoriser la satisfaction par la compassion augmente les retombées positives de leur travail sur leur santé biopsychosociale et sur leur performance au travail (Radey & Figley, 2007; Thielemann & Cacciatore, 2014).

Satisfaction par la compassion

Malgré le fait que les écrits actuels se concentrent surtout sur les affects négatifs de l'intervention en situation de crise sur les intervenants psychosociaux, certains auteurs se sont intéressés aux aspects positifs de ce type d'intervention (Figley, 1995b, 2002a; Linley & Joseph, 2005, 2006, 2007; Stamm, 2002, 2005) et certains ont surtout cherché à comprendre les raisons qui les motivent à poursuivre leur travail dans un tel contexte (Pockett, 2003). Comme le souligne Stamm (2002), bien que les professionnels travaillant en situation de crise soient à risque élevé de vivre de la fatigue de compassion, plusieurs continuent à persévérer et prospérer dans la souffrance humaine. Stamm (1998) souligne que, tout en étant fragile, l'esprit humain a une faculté de résilience importante. C'est pourquoi certains professionnels persistent à travailler en situation de crise tout en réalisant efficacement leur rôle (Collins & Long, 2003a). Donc, il n'est pas étonnant de voir une croissance importante du nombre d'études mentionnant la satisfaction ressentie par les intervenants envers leur travail (Baum, 2012; Ringenbach, 2009;

Stamm, 2002). À ce sujet, Figley (1995b, 2002a) a indiqué que la satisfaction peut offrir un degré de protection aux professionnels face aux risques des retombées négatives de ce type d'intervention. Pour leur part, Conrad et Kellar-Guenther (2006) ajoutent que la satisfaction par la compassion peut diminuer l'épuisement professionnel et la fatigue de compassion.

C'est en 1993 que la chercheuse Beth Hudnall Stamm a créé le concept de satisfaction par la compassion pour aider les intervenants psychosociaux à se protéger du risque de vivre de la fatigue de compassion et/ou de l'épuisement professionnel. La satisfaction par la compassion a d'abord été définie comme un sentiment d'efficacité ressenti par les intervenants en situation de crise envers leur travail, et ainsi réaliser leur capacité à avoir un impact positif sur le monde (Stamm, 2002). En 2005, Stamm ajoute que la satisfaction par la compassion peut être également le plaisir ressenti par les professionnels lorsqu'ils possèdent les ressources nécessaires pour réaliser efficacement leur travail. La satisfaction par la compassion est aussi le sentiment de satisfaction envers leurs relations interpersonnelles avec leurs collègues dans le but de contribuer à un monde meilleur (Stamm, 2010). En fait, la satisfaction par la compassion permet aux professionnels de percevoir et de reconnaître les changements bénéfiques dans la situation de leurs clients suite à leurs interventions (Radey & Figley, 2007). Lorsque la satisfaction par la compassion est élevée chez ces derniers, ils peuvent considérer leur travail comme une vocation et développer une forte croyance interne les convainquant d'accomplir ce travail en dépit des nombreuses difficultés rencontrées (Friedman, 2002).

L'idée que les clients et les professionnels s'influencent mutuellement lors de l'intervention de crise a été exprimée sous de nombreuses formes tout au long de l'histoire de la relation d'aide (Hernández, Engstrom, & Gangsei, 2010). Dans la littérature, on retrouve d'autres termes pour parler des retombées positives qui sont observées à la suite de situation de crise telle que la résilience vicariante (Hernández, Engstrom, & Gangsei, 2010), la croissance post-traumatique (Tedeschi & Calhoun, 1996), la croissance reliée au stress (Park, Cohen, & Murch, 1996), les retombées bénéfiques (McMillen & Fisher, 1998), les effets florissants¹⁰ (Ryff &

¹⁰ Fredrickson et Losada (2005) définissent le concept florissant comme «une gamme optimale de fonctionnements humains qui évoque la bonté, la généativité, la croissance et la résilience» (p. 678).

Singer, 1998), les impacts positifs en plein essor (Carver, 1998; O'Leary & Ickovics, 1995) et la croissance contradictoire (Joseph & Linley, 2005; Linley & Joseph, 2004). Selon Joseph et ses collègues (2006), ces termes peuvent être interchangeables.

Fatigue de compassion

Dans leur travail au quotidien, de multiples professionnels comme les médecins, les infirmières, les policiers, les avocats, les membres du clergé, les ambulanciers et les intervenants psychosociaux sont en contact direct avec des gens vivant des traumatismes importants ce qui les rend à risque de vivre des retombées négatives de l'intervention en situation de crise (Gentry, Baranowsky, & Dunning, 2002). Dès les années 60, certains chercheurs tentaient d'expliquer ce phénomène et Jung (1966) a alors parlé «d'infection inconsciente» qui pouvait résulter du travail avec des clients traumatisés. À ce sujet, l'écrivain américain James Baldwin (1963) a jadis écrit; *"on ne peut rien donner que ce soit sans se donner, c'est-à-dire se risquer"*. Les termes utilisés dans la littérature actuelle pour définir les retombées négatives de ce type d'intervention sont la fatigue de compassion (Figley, 1999), le stress post-traumatique secondaire (Golden, Jones, & Donlon, 2014; Stamm, 1999), le traumatisme vicariant (McCann & Pearlman, 1990) et l'épuisement professionnel (Maslach & Jackson, 1982). Notons toutefois que le concept d'épuisement professionnel est lié à des notions plus générales de l'intervention, tandis que les concepts de fatigue de compassion, de stress post-traumatique secondaire et de traumatisme vicariant sont liés directement à l'intervention en situation de crise traumatique (Berzoff & Kita, 2010). Puisque la conceptualisation de ces termes demeure floue (Bauwens, 2012), ces derniers sont souvent utilisés de façon interchangeable dans la littérature (Tosone et al., 2010).

Le concept de fatigue de compassion provient du chercheur Figley (1995b), qui a officialisé le terme auparavant employé par Joinson (1992) pour décrire l'épuisement professionnel chez les infirmières. La fatigue de compassion, appelée aussi «l'usure de compassion», est définie comme un état d'épuisement accompagné de symptômes de stress post-traumatique chez les intervenants découlant de certaines situations spécifiques (Figley, 1995b). Figley (1999) indique que les termes fatigue et usure de compassion peuvent être aussi utilisés de

façon interchangeable avec le terme stress post-traumatique secondaire. Certains auteurs et praticiens semblent plus à l'aise avec le terme «fatigue de compassion» que le terme «stress post-traumatique secondaire» parce que certains croient que le terme «stress post-traumatique secondaire» pose une étiquette stigmatisante sur les personnes qui en souffrent et croient qu'il est péjoratif (Baranowsky, 2002; Figley, 1995b). Pour simplifier la lecture de ce mémoire, nous utilisons le terme fatigue de compassion pour discuter de ces concepts.

L'intérêt pour la fatigue de compassion a commencé à croître dans la littérature scientifique en 1995 avec la publication de Figley intitulée : *Compassion fatigue; coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (Figley, 1995b). La fatigue de compassion se développe lorsqu'un professionnel a été exposé à des traumatismes. Celui-ci peut avoir eu à intervenir en situation de crise sur les lieux d'un événement traumatique, avoir été à l'écoute de récits traumatiques de victimes ou avoir eu à intervenir auprès d'une personne qui lui est proche (Figley, 1995b, 1999; Kassam-Adams, 1999; Stamm, 1999). Ce dernier n'a pas à être physiquement blessé ou menacé pour vivre de la fatigue de compassion (Meyers & Cornille, 2002). La fatigue de compassion peut se produire de façon soudaine indépendamment de l'âge, du genre, de l'ethnicité et du niveau d'éducation (Berger, 2001; Collins & Long, 2003a). Figley (2002a) a identifié des symptômes de la fatigue de compassion dans sept domaines; 1-psychologique (ex. : diminution de la concentration); 2-émotionnel (ex. : anxiété, culpabilité, tristesse); 3-comportemental (ex. : modification de l'appétit, troubles du sommeil); 4-relation personnelle (ex. : méfiance, isolement, solitude); 5-somatique (ex. : douleur, déficit immunitaire); 6-rendement au travail (ex. : faible motivation, absentéisme); 7-spirituel (ex. : questionnements sur ses croyances et valeurs). Notons que les symptômes doivent persister pendant plus d'un mois avant d'être considérés comme de la fatigue de compassion (O'Halloran & Linton, 2000). Lorsque les symptômes de la fatigue de compassion durent moins d'un mois, ils sont considérés comme des réactions courantes qui ne sont pas liées à la fatigue de compassion (Gentry, Baggerly, & Baranowsky, 2004). Puisque la fatigue de compassion est un état unique à chaque individu il n'existe pas de moyens absolus de prévenir son apparition (Violet, 2010).

2.2 VECU DES INTERVENANTS PSYCHOSOCIAUX AVANT, PENDANT ET APRES LEUR IMPLICATION EN SITUATION DE CRISE

Afin de bien comprendre les retombées de l'intervention en situation de crise sur la santé biopsychosociale et la performance au travail des intervenants psychosociaux, la prochaine section se divise en trois parties. La première aborde les sources de satisfaction et d'insatisfaction ainsi que les difficultés que peuvent vivre ces derniers en temps de crise. La deuxième documente les retombées de ce type d'intervention sur leur santé biopsychosociale et leur performance au travail. Enfin, la troisième expose les différents facteurs de protection et de risque qui facilitent ou non le travail des intervenants en situation de crise.

2.3 SOURCES DE SATISFACTION, D'INSATISFACTION ET DIFFICULTES

En période de crise, les intervenants psychosociaux sont sujets à vivre diverses sources de satisfaction ou d'insatisfaction et difficultés pendant la réalisation de leurs tâches, ce qui peut avoir des retombées sur leur santé biopsychosociale et leur performance au travail (Maltais, Robichaud, & Simard, 2001). Cependant, peu d'études se sont intéressées spécifiquement aux sources de satisfaction et d'insatisfaction afin de déterminer l'ampleur de leur influence sur les intervenants (Badger, Royse, & Craig, 2008; Collins & Long, 2003a; Eidt, 2006; Fraidlin & Rabin, 2006; Krause, 2005; Maltais, Robichaud, & Simard, 2001; Tam et al., 2004; Walsh, 2009). Pourtant, Eidt (2006) affirme que plus on accorde de l'attention aux sources de satisfaction des intervenants pendant leur travail en période de crise, plus on diminue les risques d'épuisement professionnel et de stress. Ringenbach (2009) souligne que l'on peut constater de plus en plus dans les travaux de recherche actuels des résultats portant sur la satisfaction des intervenants psychosociaux lorsqu'ils ont à travailler avec des personnes ayant vécu un traumatisme.

La satisfaction au travail a été décrite par Robbins et Judge (2007) comme un sentiment positif envers son emploi suite à une évaluation positive de ses caractéristiques. La satisfaction au travail peut se diviser en deux types; la satisfaction intrinsèque (ex. : la nature du travail, les tâches, la vision de son travail, etc.) et la satisfaction extrinsèque (ex. : les aspects du travail qui ont peu de liens avec les tâches ou le travail lui-même, comme la rémunération) (Spector, 1997). Selon Berah et Valent (1984), et Poirier (2006), de multiples sources de satisfaction animent les intervenants à travailler en situation de crise dont le désir d'apporter de l'aide à une personne en

difficulté, la possibilité de pratiquer des techniques d'intervention en situation de crise ainsi que le besoin d'agir de façon concrète auprès de victimes de détresse psychologique. Leur motivation à intervenir en contexte de crise provient également de la satisfaction liée au développement de la relation d'aide empathique avec les victimes (Collins & Long, 2003b), de la reconnaissance personnelle et de l'altruisme (Moran, 1989; Sansone & Roman, 1996).

La compassion apportée aux victimes joue également un rôle important dans la diminution des retombées négatives pour les intervenants en période de crise (Collins & Long, 2003b; Krause, 2005). En fait, réussir à soulager la souffrance d'un client apporte un sens à leur rôle ainsi que de la satisfaction envers leur travail (Legault, 2007). Leur expérience en situation de crise peut les amener à vivre un sentiment d'utilité, d'accomplissement et de dépassement de soi (Legault, 2007). Alexander (2005) a souligné qu'il peut être très gratifiant et satisfaisant pour un intervenant d'être invité à intervenir en situation de crise. Le sentiment d'avoir un but, de faire une différence et d'appartenir à un groupe sont autant de raisons qui augmentent le sentiment de satisfaction des intervenants psychosociaux (Brown et al., 2003; Dickinson, 2009). Les intervenants apprécient également la créativité dans l'accomplissement de leurs fonctions, car cela leur permet de développer une capacité à se dépasser, tout en acquérant de l'expertise en intervention psychosociale (Maltais, Robichaud, & Simard, 2001). La liberté d'action dans la réalisation de leur travail ainsi que la reconnaissance exprimée par les victimes, envers les efforts qu'ils ont déployés, seraient également des sources de satisfaction importantes pour ces derniers (Maltais, Robichaud, & Simard, 2001). Selon Voss Horrell et ses collègues (2011), les professionnels qui ont su aider les victimes à surmonter leurs difficultés voient leur satisfaction au travail augmenter.

Dans un autre ordre d'idées, certains intervenants peuvent trouver leur travail habituel routinier, et certains apprécient les moments où ils ont à travailler en situation de crise, car ils se sentent stimulés par un travail différent et par une quantité plus grande de travail (Vanier & Fortin, 1996). Selon Qin et Jiang (2011), les professionnels plus âgés apprécieraient davantage leur travail en situation de crise avec le temps. Tam et ses collègues (2004) ajoutent que les échanges enrichissants entre collègues, durant l'intervention en période de crise, sont un élément fort apprécié par les intervenants psychosociaux. Ortlepp et Friedman (2002) ont également

constaté que les organisations qui soulignent leur reconnaissance envers leur implication en situation de crise soit monétairement ou de façon significative comme la remise d'un prix ou d'une certification favorisent leur satisfaction au travail. Une personne satisfaite par son travail, et pour qui le travail n'est pas un obstacle à un équilibre dans sa vie personnelle, peut avoir un niveau de santé psychologique et de performance plus enviable (Vallerand et al., 2010; Viau, 2012). De façon générale, l'atteinte d'un niveau de performance satisfaisant augmente l'estime de soi (Ferris Lian, Brown, Pang, & Keeping, 2010). Cela permet non seulement aux intervenants de vivre une expérience de travail plus satisfaisante, mais aussi de les protéger contre les retombées négatives du stress vécu au travail (Rector & Roger, 1997).

En ce qui concerne l'envers de la médaille, divers éléments rendent la tâche difficile et sont sources d'insatisfaction pour les intervenants psychosociaux en période de crise. Ainsi, il n'est pas rare que les professionnels en relation d'aide suspendent temporairement leurs propres besoins afin d'être disponibles pour leurs clients (Baum, 2012). Selon Neumann et Gamble (1995), les intervenants ayant peu d'expérience dans ce domaine d'intervention peuvent avoir le désir d'agir en tant que sauveur et vivre des préoccupations intenses pour leurs clients.

Les conditions particulières de l'intervention en situation de crise sont souvent intensives, immédiates et indéterminées dans le temps, ce qui peut engendrer des obstacles pour les intervenants lors de leurs implications (Fraidlin & Rabin, 2006). Par exemple, les professionnels qui œuvrent dans les hôpitaux ont à travailler dans un environnement qui laisse peu de temps pour la préparation à l'intervention (Pockett, 2003). Cette situation peut brimer la qualité de leurs implications en raison de la rapidité des interventions à réaliser, ce qui peut être très insatisfaisant pour ces derniers (Dane & Chachkes, 2001). Des études réalisées auprès d'intervenants psychosociaux travaillant dans le secteur de la santé ont également observé que le roulement fréquent du personnel était aussi une source d'insatisfaction (Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux, 2006; Freund, 2005; Gellis, 2002; Gleason-Wynn & Mindel, 1999; Gregorian, 2005). La définition ambiguë de leur rôle¹¹, la planification inadéquate des horaires ainsi que le manque de ressources humaines sont également des éléments qui

¹¹ L'ambiguïté du rôle est définie comme un manque de clarté sur les attentes de rendement (Landy & Conte, 2004).

peuvent être sources de difficultés pour les intervenants (Badger, Royse, & Craig, 2008). Une rémunération insuffisante ainsi que la détérioration de leurs conditions de travail sont des aspects très contraignants pour eux (Qin & Jiang, 2011). Des locaux exigus et inadéquats constituent également des aspects insatisfaisants de leur travail (Maltais, Robichaud, Moffat, & Simard, 2001; Vanier & Fortin, 1996). En ce qui concerne la structure de l'organisation, l'absence de plan de démarrage, l'absence de soutien constant de la part d'un supérieur et le manque d'informations concernant les risques du travail en période de crise sur leur santé biopsychosociale ainsi que sur leur performance au travail sont tous des sources potentielles d'insatisfaction chez les intervenants (Collins & Long, 2003a; Tam et al., 2004). Selon Pines et Maslach (1978), le temps consacré aux tâches administratives figure parmi les stressseurs les plus importants que rencontrent les intervenants psychosociaux.

En outre, le faible niveau de satisfaction au travail peut engendrer des retombées indésirables telles qu'une attitude pessimiste et la faible estime de soi chez les professionnels (Zastrow & Kirst-Ashman, 2004). Les principales causes de stress et d'épuisement émotionnel chez les intervenants psychosociaux seraient liées aux manques de satisfaction et aux hautes demandes reliées au travail (Evans et al., 2006). De plus, le stress et l'insatisfaction en lien avec l'environnement de travail augmentent l'intensité de la fatigue de compassion (Badger, Royse, & Craig, 2008). À ce sujet, Harrington et ses collègues (2001) ont démontré que les professionnels émotionnellement épuisés sont moins satisfaits de leur travail et sont plus susceptibles de démissionner.

À ce jour, les sources de satisfaction des professionnels en situation de crise sont encore peu explorées dans la littérature (Harrison & Westwood, 2009). Pourtant, ces sources sont importantes, car elles incitent les professionnels à poursuivre leurs rôles malgré le risque de vivre des retombées négatives lors de leur implication en situation de crise (Harrison & Westwood, 2009). Donovan et Halpern (2002) soulignent que les gens heureux sont plus ouverts d'esprit et créatifs dans leur façon de penser. En revanche, les personnes qui sont malheureuses, stressées ou insatisfaites ont davantage une pensée statique. Un niveau élevé de satisfaction est donc souhaitable pour les professionnels des organismes de services sociaux (Donovan & Halpern, 2002).

2.4 RETOMBÉES DE L'INTERVENTION EN SITUATION DE CRISE SUR LA SANTE BIOPSYCHOSOCIALE ET LA PERFORMANCE

L'intervention en cas de crise peut être à l'origine de retombées favorables et défavorables dans plusieurs sphères de la vie des intervenants psychosociaux (Figley, 1995b; McCann & Pearlman, 1990). Dans la majorité des écrits scientifiques portant sur le sujet, ce sont surtout les retombées négatives qui sont le plus souvent exposées (Linley & Joseph, 2006) et l'impact négatif le plus souvent mentionné est celui de la fatigue de compassion (Rossi et al., 2012). Toutefois, il est important de préciser que l'intervention en situation de crise n'amène pas que son lot de difficultés. Ce type d'intervention peut également être à l'origine de retombées positives dans les différentes sphères de vie des intervenants (Alexander, 1990). Soulignons que de plus en plus d'études s'intéressent aux retombées positives de l'intervention en situation de crise avec, entre autres, l'apparition du concept de satisfaction par la compassion (Stamm, 2002; 2010). En contact direct avec le récit des clients traumatisés, les professionnels ont la possibilité d'apprendre de ces interactions afin de surmonter leurs propres difficultés liées à leur vie en modifiant, entre autres, leur comportement, émotion et pensée (Hernández, Gangsei, & Engstrom, 2007).

On ne peut pas généraliser les réactions des intervenants face à un événement traumatique. Chaque personne perçoit et vit les événements de façon unique (McTighe, 2009). Ils peuvent vivre des retombées positives et négatives de leur implication en situation de crise pendant quelques jours à plusieurs mois ou années (Joseph, William, & Yules, 1993; Kanno, 2010; Yule et al., 1990).

Retombées psychologiques positives et négatives

Les retombées psychologiques de l'intervention chez les premiers répondants et les intervenants psychosociaux concernant leur implication en situation de crise sont multiples (Pekevski, 2013). Travailler en situation de crise peut être une source d'épanouissement au travail (Legault Faucher, 2007). Ce type d'intervention peut permettre aux intervenants de découvrir en eux des forces personnelles importantes (Dyregrov, Kristofferson, & Gjestad, 1996). Plusieurs vont développer une vision positive du monde et d'eux-mêmes (Gibbons, Murphy, & Joseph, 2011; Tedeschi et al., 1998; Tedeschi & Calhoun, 2004). De plus, certains vont développer une plus grande force de résilience personnelle en acceptant leurs propres

vulnérabilités et limites (Gibbons, Murphy, & Joseph, 2011; Tedeschi et al., 1998; Tedeschi & Calhoun, 2004). D'autres vont découvrir des valeurs humaines de solidarité et d'entraide chez leurs collègues (Maltais, Robichaud, & Simard, 2001). Pour plusieurs, apporter de l'aide aux victimes donne un sens à leur travail (Plummer et al., 2008). Joseph, Willam et Yule (1993) ont observé que certains intervenants, lors d'un sinistre, vont développer plus de compréhension et de tolérance face à la détresse des personnes ayant de fortes difficultés. Le fait de comprendre davantage la souffrance humaine peut inciter les professionnels à apporter des changements dans leurs valeurs (Legault Faucher, 2007). De façon générale, les intervenants suite à leur implication vont réévaluer de façon positive les éléments qu'ils avaient tenus pour acquis dans leur vie quotidienne comme la relation avec leur famille et amis (Britt, Adler, & Bartone, 2001; Linley, 2003; Linley & Joseph, 2006; Litz et al., 1997). Ils peuvent également constater d'autres changements dans leurs valeurs comme accorder une place moins importante à l'accumulation de biens matériels (Bradford & John, 1991). Certains intervenants vont même jusqu'à développer une philosophie de vie plus intégrée (Bhushan & Hussain, 2007; Linley & Joseph, 2004; Tedeschi & Calhoun, 2004), en appréciant davantage chaque nouveau jour de leur vie tout en renégociant ce qui est vraiment important pour eux (Gibbons, Murphy, & Joseph, 2011; Tedeschi et al., 1998; Tedeschi & Calhoun, 2004). Certains vont prendre conscience que les victimes peuvent guérir de leurs traumatismes, que la vie est plus grande que la souffrance, que leurs efforts professionnels sont significatifs et qu'ils ne sont pas les seuls responsables de la guérison des victimes (Harrison & Westwood, 2009). Enfin, d'autres professionnels peuvent même valoriser des dimensions spirituelles de guérison dans leur vie afin de résoudre leurs propres difficultés liées à leur intervention en situation de crise (Hernández, Gangsei, & Engstrom, 2007).

Le travail en situation de crise peut donc les amener à vivre une croissance spirituelle importante (Arnold, Calhoun, Tedeschi, & Cann, 2005; Pearlman & Saakvitne, 1995a; Schauben & Frazier, 1995; Schell & Zinger, 1985). Au final, des intervenants ont décrit leur vie, suite à leur expérience en situation de crise, comme enrichie, approfondie et plus puissante (Calhoun & Tedeschi, 1998, 1999). D'autres croient que le monde possède un grand potentiel de bonté et de beauté, en dépit de la douleur et de la souffrance (Harrison & Westwood, 2009).

Pour leur part, les retombées psychologiques négatives que les professionnels peuvent vivre en lien avec leur travail en situation de crise sont sournoises, certains pouvant ne pas être conscients des transformations cognitives qu'ils sont en train de vivre (Legault Faucher, 2007), de même qu'il est possible que leur entourage ne voit pas ces transformations (Pearlman & Mac Ian, 1995). Ce processus graduel peut les amener à voir la vie de façon différente en changeant leur perception du monde et d'eux-mêmes (Janoff-Bulman 1992; Legault Faucher, 2007; McCann & Pearlman, 1990; Pearlman & Mac Ian, 1995; Moulden & Firestone, 2007; Tehrani, 2010).

Il arrive parfois que les intervenants pensent comme les victimes et ressentent les mêmes sentiments (Legault Faucher, 2007). Certains vont développer une vision négative du monde et d'eux-mêmes (Legault Faucher, 2007), en doutant de la bonté des autres (Bober & Regehr, 2006; Collins & Long, 2003a; Daly et al., 2008; Epstein, 1979; Janoff-Bulman, 1985; Pearlman & Mac Ian, 1995; Schauben & Frazier, 1995), en vivant de l'insécurité (Pearlman & Mac Ian, 1995), en ayant l'impression de perdre le contrôle des événements (Pearlman & Mac Ian, 1995), en croyant qu'il n'y a pas de justice dans le monde (Tehrani, 2010) et en vivant une perte d'estime de soi (Legault Faucher, 2007). Les professionnels peuvent être davantage consternés et surpris des récits des victimes et leur méfiance envers les autres peut s'accroître (Maltais, Robichaud, Moffat, & Simard, 2001; Neumann & Gamble, 1995). Ces derniers peuvent être préoccupés pour leur propre intégrité et sécurité en prenant conscience de l'ampleur de la violence et de la cruauté dans nos sociétés (Neumann & Gamble, 1995). Certains iront jusqu'à se questionner sur les biens-faits de l'intervention en situation de crise et remettre en question leur identité professionnelle (Neumann & Gamble, 1995). Les intervenants peuvent être également sujets à vivre des rêves de détresse, des pensées intrusives, de la confusion ainsi que des souvenirs répétitifs et envahissants (Bradford & John, 1991; Figley 1995b; Herman, 1992; Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979; Iliffe & Steed, 2000; McCann & Pearlman, 1990; Robbins, 1999; Serniclaes, 2003).

Retombées émotionnelles positives et négatives

Travailler en situation de crise peut procurer aux intervenants diverses émotions positives. Bien que les professionnels puissent vivre des retombées émotionnelles négatives en lien avec leur travail en situation de crise, celles-ci ne durent généralement que quelques jours. À long terme, ils sont sujets à vivre des impacts émotionnels plutôt positifs tels que la maturation et la satisfaction professionnelle (Shamai & Ron, 2009). Pearlman (1995) souligne que de travailler en situation de crise donne la possibilité aux intervenants de s'ouvrir à une profonde connexion avec les personnes rencontrées. En voyant la rémission de leurs clients, certains vont développer une appréciation particulière envers l'esprit humain (Arnold, Calhoun, Tedeschi, & Cann, 2005; Brady, Guy, Poelstr, & Brokow, 1999), ressentir une force intérieure plus grande (Bhushan & Hussain, 2007; Dyregrov, Kristofferson, & Gjestad, 1996; Linley & Joseph, 2004; Tedeschi & Calhoun, 2004), développer une foi plus grande dans la nature humaine (Joseph, Willam, & Yule, 1993) ainsi que vivre la satisfaction et le plaisir de l'accomplissement de leur travail (Leonard, 2008). Certains peuvent être honorés par leur rôle professionnel et considérer leur travail comme un privilège extraordinaire d'aider des personnes qui ont subi des traumatismes (Harrison & Westwood, 2009). Selon Legault (2007), une telle expérience de vie est porteuse d'un sentiment d'utilité, d'accomplissement et de dépassement de soi. C'est pourquoi certains intervenants vivront de l'enthousiasme envers leur travail en contexte de crise (Legault, 2007).

Toutefois, la présence de stress est l'un des impacts émotionnels négatifs les plus souvent cités dans les études (Cronin, Ryan, & Brier, 2007; Eidt, 2006; Errington, 1989; Fullerton, Ursano, & Wang, 2004; Hartsough & Myers, 1985; Kanno, 2010; Karasek & Theorell, 1990; Paton, 2003; Kessler, Price, & Wortman, 1985; Marmar et al., 1996; Scott, 2007). Outre le stress, les intervenants en période de crise sont parfois portés à vivre divers sentiments négatifs qui peuvent les affecter. Dans l'étude de Ford (2009), des intervenants en début de carrière ayant perdu un client par un suicide ont vécu de fortes émotions lorsqu'ils ont appris leur décès telles que l'incrédulité, la colère, la tristesse et la détresse. L'impuissance que peuvent vivre ces professionnels est souvent accompagnée de culpabilité, de blâme envers soi-même (Campbell & Fahy, 2002; Hendin et al., 2000; Ting et al., 2006) ainsi que de doutes envers ses propres compétences (Balon, 2007; Coverdale, Roberts, & Louie, 2007; Fox & Cooper, 1998; Gitlin, 2007; Sanders et al., 2005). L'impuissance et la culpabilité envers leur pouvoir d'action pour

aider les victimes peuvent mener certains à un état dépressif empreint de honte (Bradford & John, 1991; Dane & Chachkes, 2001; Deighton, Gurriss, & Traue, 2007; Katz et al., 2006; Vanier & Fortin, 1996). En observant l'ampleur des problématiques des victimes, ils peuvent également se sentir dépassés face à autant de problèmes (Voss Horrell et al., 2011) et ressentir un vide ainsi que de l'épuisement (Munroe & Brunette, 2001). Dutton et Rubinstein (1995) ont aussi observé que les intervenants psychosociaux pouvaient ressentir de la culpabilité par rapport au fait de profiter de la vie, alors que les victimes sont toujours en difficulté.

En général, les professionnels qui vivent de l'inquiétude pour les autres peuvent développer des sentiments importants de peur, de douleur et d'anxiété (Badger, Royse, & Craig, 2008; Linley & Joseph, 2006; Maltais, Robichaud, & Simard, 2001; Walsh, 2009). D'autres peuvent vivre des rêves répétitifs de l'événement qui provoque chez eux un sentiment de détresse (Serniclaes, 2003). Certains peuvent aussi craindre de vivre eux-mêmes une situation de crise (Whittington & Wykes, 1992). D'autres émotions pénibles peuvent être vécues telles que la tristesse, la honte, le chagrin, la dépression et/ou le trouble de panique (Clark & Gioro, 1998; Harbert & Hunsinger, 1991; McCann & Pearlman, 1990, Tehrani, 2010; Voss Horrell et al., 2011). Certains ressentiront de la colère (Campbell & Fahy, 2002; Chemtob et al., 1988; Gitlin, 2007; Hendin et al., 2000; Ting et al., 2006). Généralement, cette colère est dirigée vers les clients afin qu'ils reprennent en main leur propre vie, mais elle peut être aussi dirigée envers la société (Sanders et al., 2005; Ting et al., 2006). De plus, certains deviendront irritables si les gens tentent d'être trop près d'eux sur le plan émotif (Bradford & John, 1991; Bride, 2004). Devant cette situation, ils peuvent ressentir un sentiment d'isolement, de perte ou d'abandon (Dutton & Rubinstein, 1995; Maltais, Robichaud, & Simard, 2001).

Retombées physiques positives et négatives

Les retombées physiques de l'intervention en situation de crise sur les intervenants recensés dans la littérature ne se centrent pratiquement que sur les retombées négatives de ce type d'intervention. Notons toutefois que les intervenants en situation de crise peuvent vivre également une importante hausse d'énergie qui les motive à donner le meilleur de leur capacité (Foscha, 2001). Toutefois, le mal-être de l'intervenant en situation de crise peut se traduire par le langage du corps de façon somatique (Maqueda, 1997). Cette expression somatique désigne

souvent leur incapacité à verbaliser leur vécu (Serniclaes, 2003). Ces plaintes somatiques peuvent se vivre à travers les troubles du sommeil, les maux de tête, les nausées, les troubles gastro-intestinaux et à travers des problématiques liées à leur sexualité (Figley 1995b; Herman 1992; Iliffe & Steed, 2000; Neumann & Gamble, 1995). De plus, certains peuvent vivre de la reviviscence face à l'événement traumatique et développer une réactivité physiologique lors de l'exposition à des éléments qui leur rappellent l'incident telle que des palpitations cardiaques (Clark & Gioro, 1998; Davis, 1996). Certains dérèglements des habitudes quotidiennes peuvent survenir en ce qui concerne les problématiques liées au sommeil comme faire de l'insomnie, des cauchemars, de la somnolence ou de l'éveil (McCann & Pearlman, 1990; Neumann & Gamble, 1995). Les perturbations liées au sommeil sont impliquées dans de nombreuses modifications physiopathologiques telles que le gain de poids (Patel et al., 2006), l'hypertension artérielle (Sulit et al., 2006) ainsi que les habitudes alimentaires comme la faim et l'appétit, ce qui augmente le risque d'aggraver les conditions diabétiques et cardiovasculaires (Spiegel et al., 2004). La dérégulation du sommeil peut également avoir des conséquences négatives sur le système immunitaire (Jackson, 2010). Leur système immunitaire étant affaibli, certains professionnels vont contracter des rhumes ou des gripes (Hodgkinson & Shepherd, 1994; Maltais, Robichaud, Moffat, & Simard, 2001; Segerstrom & Miller, 2004). Cette situation peut s'intensifier lorsqu'ils voient leurs anciens problèmes de santé réapparaître ou lorsqu'ils sont aux prises avec des maux de dos, des migraines ou des étourdissements (Spinhoven & Verschuur, 2006). En présence d'hypertension artérielle (Deighton, Gurriss, & Traue, 2007), certains intervenants peuvent être davantage à risque d'être victimes d'accidents avec blessures (ex. : accidents routiers ou chutes) et de développer des problèmes cardiaques ou neurologiques (Morren et al., 2007).

Retombées comportementales et sociales positives et négatives

Afin d'apprendre à vivre avec les impacts de l'intervention de crise au quotidien, les professionnels vont adopter différents comportements et vivre diverses retombées sociales. Certains peuvent trouver des moyens culturellement acceptables comme l'exercice physique. D'autres peuvent ressentir le besoin de solidifier la relation qu'ils ont avec leurs pairs (Arnold, Calhoun, Tedeschi, & Cann, 2005; Bhushan & Hussain, 2007; Gibbons, Murphy, & Joseph, 2011; Linley & Joseph, 2004; Pearlman & Saakvitne, 1995a; Schauben & Frazier, 1995; Tedeschi et al., 1998; Tedeschi & Calhoun, 2004). En fait, selon Dyregrov, Kristofferson et

Gjestad (1996), la nécessité d'être près de leurs proches serait l'une des réactions les plus répandues chez les intervenants qui travaillent en situation de crise. Participer à des échanges publics afin de partager leur expérience et conscientiser la population générale face aux divers événements traumatiques peut être aidant pour eux (Hernández, Gangsei, & Engstrom, 2007). Selon Foscha (2001), leur expérience en situation de crise peut leur procurer l'opportunité de se mobiliser et de recueillir toute l'énergie vécue pour la rediriger vers une attitude ayant des retombées plus positives sur eux-mêmes ainsi que sur les membres de leur entourage. De plus, les professionnels heureux et fiers d'avoir pu soulager les victimes sont davantage susceptibles de recevoir des témoignages de reconnaissance de la part de leurs clients, de leur famille, de leurs collègues et des gestionnaires (Legault, 2007).

Afin d'apprendre à vivre avec les retombées de l'intervention en situation de crise, certains vont plutôt utiliser des moyens plus destructeurs tels que la consommation d'alcool ou de narcotiques comme anesthésiant (Munroe & Brunette, 2001; Stone, 2011). Les stratégies nuisibles telles que la consommation de substances psychotropes, la dépendance au travail et la surconsommation de produits alimentaires peuvent être accompagnées de comportements compulsifs ou de dépendance (Dutton & Rubinstein 1995). Il va sans dire que ces problématiques peuvent entraîner de nombreux coûts pour eux, pour les membres de leur famille et pour la société en général (Ell, 1996; Everly & Mitchell, 1997; Scaer, 2007). Face aux émotions vécues en contexte de crise, certains intervenants peuvent éprouver une impression d'engourdissement et de détachement, tout en prenant de la distance sur le plan affectif envers les victimes et/ou leurs proches (Bradford & John, 1991; Dutton & Rubinstein, 1995; Figley, 1995b; Herman, 1992; McCann & Pearlman, 1990; Munroe & Brunette, 2001). D'autres ne voudront pas déléguer des tâches ou des responsabilités à leurs collègues par crainte de perdre le contrôle ou par la croyance que les autres ne s'attarderont pas aux détails comme ils le feraient (Munroe & Brunette, 2001). Selon Fullerton et ses collègues (1992), les professionnels trouveraient difficile d'entretenir des interactions de soutien avec les personnes qui n'ont pas directement vécu l'événement. Comme mécanisme de protection contre la douleur, certains vont éviter de regarder des émissions télévisuelles associées à des événements traumatiques pour lesquels ils ont été appelés à intervenir (Sommer, 2011). Certains vont développer des comportements d'hypervigilance, par exemple, constamment vérifier si les portes sont

verrouillées (Sommer, 2011). D'autres comportements inhabituels peuvent également être observés chez certains professionnels dont tenter d'ignorer ou de banaliser la souffrance de leurs clients, utiliser le sarcasme, avoir une attitude cynique, ou simuler l'écoute et l'intérêt, tout en restant distant intérieurement (Legault, 2007). Précisons que ces retombées comportementales sont des mécanismes de protection qui peuvent aider les intervenants à passer au travers de situations difficiles, mais s'ils persistent dans le temps, ils deviendront nuisibles (Johnson et al., 2011; Lev-Wiesel et al., 2009).

Retombées sur la performance au travail positives et négatives

Selon Qin et Jiang (2011), l'intervention en situation de crise favorise la performance au travail des professionnels même si l'environnement est devenu chaotique. En fait, les intervenants qui sont satisfaits de leurs interventions en situation de crise peuvent vivre une augmentation de leur performance et estime de soi (Ferris Lian, Brown, Pang, & Keeping, 2010; Rector & Roger, 1997). Le stress en situation de crise peut être positif et produire l'euphorie, une forte motivation, la vivacité d'esprit et une haute énergie (Craig & Sprang, 2010). Certains ont démontré que ce type d'intervention a permis aux intervenants de réaliser la capacité des êtres humains à guérir, réaffirmer leur conviction du bien-fondé de leur profession et découvrir la puissance de guérison d'une communauté lors d'événements d'une plus grande ampleur (Hernández, Gangsei, & Engstrom, 2007). De façon générale, l'atteinte d'un niveau de performance satisfaisant augmenterait l'estime de soi (Ferris Lian, Brown, Pang, & Keeping, 2010). Cela permettrait non seulement de vivre une expérience de travail plus satisfaisante, mais protégerait aussi les professionnels des impacts négatifs du stress vécu au travail (Rector & Roger, 1997).

Suite à leur implication en situation de crise, de nombreux professionnels peuvent ressentir un engagement plus profond envers leur profession et envers leurs clients (Seeley, 2003). Maltais, Robichaud et Simard (2001) soulignent aussi la fierté que peuvent porter certains envers le respect de l'accomplissement de leur engagement. La passion au travail semble jouer un rôle important dans la santé psychologique et la performance professionnelle des intervenants (Forest, 2005; Ho et al., 2011; Houlfort et al., 2003; Vallerand et al., 2007; Viau, 2012) et est un prédicateur de leur bien-être (Forest, 2008; Vallerand et al., 2007). Il semblerait que cette passion

pour le travail, quand elle est harmonieuse, peut éviter les conflits entre les différentes sphères de vie d'un professionnel et aussi favoriser la satisfaction au travail (Vallerand et al., 2010). Plus un professionnel est motivé au travail, plus il performera (Grant, 2008). Suite à leur implication en situation de crise, ils peuvent aussi constater une augmentation de leur sentiment positif envers leur milieu professionnel (Eidelson et al., 2003). Badger, Royse et Craig (2008) ont ainsi démontré que certains intervenants, suite à leurs interventions en situation de crise, peuvent ressentir des sentiments d'accomplissement professionnel et personnel en réalisant leur propre potentiel d'action (Arvey & Uhlemann, 1996). Pour plusieurs d'entre eux, ils ont découvert leurs aptitudes ainsi que leur potentiel, tout en développant de la débrouillardise et en se familiarisant avec de nouvelles procédures (Dyregrov, Kristoffersen, & Gjestad, 1996).

Le travail en situation de crise offre aussi aux professionnels l'occasion d'utiliser leur créativité (Arnold, Calhoun, Tedeschi, & Cann, 2005; Maltais, Robichaud, Moffat, & Simard, 2001; Pearlman & Saakvitne, 1995a; Schauben, & Frazier, 1995). Forest (2008) a aussi souligné que les professionnels vivent du plaisir lorsqu'ils ont l'opportunité d'exploiter complètement leurs compétences. Le travail en situation de crise peut également amener les intervenants à développer et à améliorer leurs compétences relationnelles (Arnold, Calhoun, Tedeschi, & Cann, 2005; Brady, Guy, Poelstr, & Brokow, 1999). Selon Hodgkinson et Shepherd (1994), le rapprochement entre les intervenants et le développement de nouveaux liens d'amitié entre collègues, sont deux aspects positifs reliés à la performance au travail en temps de crise. De plus, ceux qui ont découvert des valeurs humaines chez leurs collègues ont également développé de plus grandes manifestations de solidarité, de partage et d'entraide envers leurs partenaires de travail (Maltais, Robichaud, & Simard, 2001).

Pour plusieurs, travailler en situation de crise leur procure un sentiment d'appartenance à un groupe avec leurs confrères (Arnold, Calhoun, Tedeschi, & Cann, 2005; Brady, Guy, Poelstr, & Brokow, 1999). Steed et Downing (1998) affirment que les professionnels peuvent également avoir une vision plus claire de leur propre valeur et découvrir l'ampleur de la force intérieure de leurs clients. Ces derniers découvrent alors comment les êtres humains ont des ressources pour faire face à la crise en utilisant la spiritualité, la tolérance et la capacité de survivre (Hernández, Gangsei, & Engstrom, 2007). Joseph, Willam et Yule (1993) ont observé chez certains

intervenants une hausse de leur détermination à réussir dans la vie. Ceux qui ont réussi à surmonter l'impact du traumatisme ont grandi et ont développé des moyens d'aider les autres (Hernandez, Engstrom, & Gangsei, 2010). Certains vont revoir leur connaissance théorique et pratique sur l'intervention en situation de crise, et ainsi envisager de nouvelles stratégies d'intervention (Legault Faucher, 2007).

En ce qui concerne les retombées négatives, Johnson et ses collègues (2011) affirment que l'intervention en contexte chaotique augmente les probabilités que la performance au travail des professionnels diminue vu l'intensité du travail en temps de crise, indépendamment de la formation, de l'expérience ou des caractéristiques personnelles de ces derniers. De façon générale, on peut observer chez les intervenants qui vivent des difficultés lors de leur travail en période de crise, une diminution de leur intérêt face à leur rôle, ainsi qu'une diminution de leur concentration au travail, ce qui peut amener un accomplissement inadéquat de leurs tâches (Dutton & Rubinstein, 1995). Le stress au travail amène souvent une influence négative à la performance au travail des intervenants (Gilboa, Shirom, Fried, & Cooper, 2008). Ils peuvent vivre diverses difficultés durant l'exécution de leurs tâches en temps de crise telles que manquer de connaissances ou d'expérience, craindre que leurs interventions soient inefficaces ou même néfastes, et appréhender des reproches de leurs supérieurs et/ou de leurs collègues (Poirier, 2006). Lorsqu'ils s'impliquent auprès de victimes, certains peuvent éprouver des difficultés à agir ou à planifier leurs actions (Collins & Long, 2003a) ce qui peut diminuer leur rendement au travail (Pechacek, 2009). Quand les attentes des professionnels envers leur travail en situation de crise ne correspondent plus à leur vécu, cela diminue leur performance au travail (Shaw & Gupta, 2004). Certains peuvent même éviter d'effectuer certains types d'intervention (Figley, 1995b; Herman, 1992; McCann & Pearlman, 1990) et d'autres peuvent vivre une dépréciation de leur journée de travail ainsi que de leur rôle (Dutton & Rubinstein, 1995). Cette situation peut les amener à manquer ou annuler des rendez-vous, à être moins attentifs et à être en retard de façon chronique (Dutton & Rubinstein, 1995). Ils peuvent également éprouver des difficultés à prendre des décisions, à résoudre des problèmes ou à se concentrer (Dyregrov, Kristoffersen, & Gjestad, 1996; North et al., 1999). Batten et Orsillo (2002) ajoutent que la fatigue vécue par les professionnels en situation de crise envers le récit de leurs clients peut indirectement décourager ces derniers à se confier.

Le travail en situation de crise expose directement les professionnels aux clients traumatisés ce qui leur demande une énergie considérable pour effectuer leur travail (Figley, 2002a). Cette demande d'énergie est souvent la raison pour laquelle plusieurs d'entre eux changent de pratique en fin de carrière pour devenir superviseurs, administrateurs ou enseignants (Figley, 2002a). D'autres peuvent envisager de changer de carrière pour une toute autre profession (Chrestman, 1995; Hodgkinson & Shepherd, 1994; Maltais, Robichaud, & Simard, 2001; Sexton, 1999). Comme le mentionne Figley (2002a), il est difficile d'évaluer combien de professionnels ont effectué des changements de carrière pour ces raisons. Certains vont s'absenter du travail (Morren et al., 2007) ou envisager une retraite prématurée (Maltais, Robichaud, & Simard, 2001). Le taux élevé d'absentéisme ou de rotation dans les milieux de travail augmente considérablement à la suite d'événements traumatiques (Lawson & Venart, 2009).

2.5 FACTEURS DE PROTECTION ET DE RISQUE QUI FACILITENT OU NON LE TRAVAIL DES INTERVENANTS

Comme pour les retombées de l'intervention de crise sur les intervenants psychosociaux, les chercheurs ont davantage exploré les facteurs de risque liés à ce type d'intervention. Cependant, simultanément aux facteurs de risque, certains chercheurs ont constaté que des facteurs de protection sont également présents avant, pendant et après une situation de crise (Bober, Regehr, & Zhou, 2006; Creamer, 2002; Eidt, 2006; Kessler, Price, & Wortman, 1985; North et al., 2002; McCammon et al., 1988; Redburn, 1992). Précisons que chaque intervenant peut vivre de façon différente les influences provenant de ces facteurs (Stamm, 1998).

2.5.1 FACTEURS DE PROTECTION ET DE RISQUE AVANT L'ÉVÉNEMENT (PRE-INTERVENTION)

Les facteurs de protection et de risque avant l'événement comprennent tous les facteurs que les intervenants sont susceptibles de vivre dans leur travail ou dans leur vie personnelle avant leur implication directe à un événement traumatique. Ces facteurs peuvent être organisationnels, personnels et professionnels.

Facteurs organisationnels

Les facteurs organisationnels qui influent l'environnement de travail dans toutes les professions en Amérique du Nord sont caractérisés par le manque de temps (Menzies, 2005) et la compétition (Connelly, 1996; Waters & Saunders, 1996). Dans tous les domaines de la société nord-américaine, il semble y avoir une mentalité commune qui rappelle à tous que personne n'est irremplaçable et que si les objectifs ne sont pas atteints, il y aura toujours d'autres professionnels pour prendre le relais. Pourtant, la compétition entre collègues, les compressions budgétaires et la réduction des effectifs n'aident en rien l'intérêt et le bien-être des communautés (Coombs, 2001; Segal, 1999; Sennett, 2003). La compassion et la relation d'aide semblent donc en décalage avec une telle culture dominante (O'Brien, 2006).

Le contexte de pénurie de postes permanents dans les domaines sociaux depuis les années 80 provoquerait de multiples difficultés chez les intervenants (Brissette, 2008). Peu de postes sont disponibles et beaucoup de professionnels œuvrent dans des conditions de travail instables (Brissette, 2008). De plus, suite à de nouvelles structures dans les établissements de santé et de services sociaux, dont la gestion par programmes, les MSSS appliquent des pressions importantes sur les CSSS afin que ces derniers soient les plus efficaces possible, en terme de quantité de clients à rencontrer au détriment de la qualité des services à accorder à chaque individu (Brissette, 2008). S'ils n'arrivent pas à remplir les objectifs de leur service, leur programme ou département peut subir des compressions budgétaires. D'ailleurs, dans le contexte de travail actuel, lorsque qu'un intervenant doit s'absenter pour un congé maladie, de maternité ou pour une autre activité, il est possible qu'il ne soit pas remplacé. Cette situation affecte particulièrement les équipes psychosociales qui doivent se redistribuer les tâches de travail de la personne absente alors qu'ils arrivent à peine à réaliser leurs propres tâches dans les temps accordés. C'est pourquoi certains professionnels peuvent vivre de la démotivation et de l'épuisement face à autant de travail (Brissette, 2008).

Le milieu de travail dans lequel œuvrent les professionnels lors de crises peut également influencer les retombées qu'aura ce type d'intervention sur leur santé. Par exemple, les intervenants qui travaillent dans des milieux ruraux semblent vivre davantage de fatigue de

compassion et d'isolement, que leurs homologues en milieux urbains (Meldrum et al., 2002; Sprang, Clark, & Whitt-Woosley, 2007; Voss Horrell et al., 2011). Dans les hôpitaux, les intervenants psychosociaux vivent diverses difficultés typiques de ce milieu telles qu'une charge de travail trop importante, des situations courantes de crises qui leur laissent peu de temps pour intervenir, ainsi que des conflits de rôle entre eux et le personnel médical (Dane & Chachkes, 2001; Gregorian, 2005; Pockett, 2003). De plus, les professionnels qui sont attirés aux interventions d'urgence en étant exposés de façon répétée aux victimes de traumatismes et à leur peur, leur douleur, leurs blessures ainsi qu'à leurs souffrances sont plus à risque d'éprouver de l'anxiété (Cornille & Meyers, 1999; Figley, 1995a).

Les changements politiques dans la gestion des services sociaux amènent les intervenants psychosociaux à s'adapter aux modifications qui influencent les diverses fonctions de leur travail. Les nouveaux modes de gestions instaurés par le MSSS et les ASSS dans les CSSS axent avant tout sur l'efficacité et l'efficience (Brissette, 2008). Au risque de devoir effectuer des compressions budgétaires, les CSSS ont maintenant des ententes de gestion à respecter et ils ont des objectifs à atteindre quant au nombre de clients à rencontrer, ce qui influence considérablement la qualité des services qu'ils peuvent offrir (Brissette, 2008). Selon Brissette (2008), les priorités ne sont plus axées sur la relation d'aide, mais plutôt axées sur le rendement en termes de quantité.

Certains auteurs ont rapporté l'importance du soutien organisationnel pour les intervenants (O'Brien, 2006; Spreitzer, 1995, 1996; Townsend, 2005). Le soutien organisationnel peut être décrit comme un environnement de travail dont la structure permet de soutenir le rendement des professionnels (Spreitzer, 1995). Plus spécifiquement, le soutien organisationnel comprend le soutien sociopolitique (ex. : le soutien obtenu grâce à la participation de l'organisation à des réseaux sociaux), l'accès à l'information (ex. : les orientations futures concernant la mission et les objectifs de l'établissement), l'accès aux ressources (ex. : le temps, les lieux d'intervention, le matériel et les fonds) et la culture organisationnelle (ex. : une culture qui valorise le capital humain et la participation) (Spreitzer, 1995, 1996). Quand le soutien organisationnel est bien établi dans un établissement, il est plus facile pour les professionnels de parler de leur vécu avec leurs collègues et d'obtenir du soutien

émotionnel (Townsend, 2005). En ce qui concerne la prise de décision, O'Brien (2006) propose que les administrateurs invitent les intervenants de première ligne à participer directement au processus de décision lors de l'établissement des objectifs annuels. La participation directe des professionnels à la prise de décision pourrait réduire toute confusion ou malentendu concernant les objectifs, les visions et les stratégies que l'organisation poursuivra (O'Brien, 2006).

Dans un autre ordre d'idées, le changement générationnel dans la main-d'œuvre amène de nouvelles philosophies dans la réalisation du travail (Brissette, 2008). La philosophie de vie des nouvelles générations est davantage axée sur la qualité de vie, la vie relationnelle et familiale, que sur le travail. Ces nouveaux intervenants ne vivent plus pour travailler, mais travaillent pour vivre (Brissette, 2008). C'est pourquoi plusieurs revendiquent un meilleur équilibre entre leur vie personnelle et professionnelle. Selon Brissette (2008) puisque ce changement de mentalité s'ajoute à la pénurie de main-d'œuvre, les employeurs devraient offrir de meilleures conditions de travail à leurs professionnels. De plus, selon ce chercheur, même si de tels changements entraînent des coûts, la pénurie entraîne des conséquences toutes aussi coûteuses sur le plan financier et humain.

En ce qui concerne les plans des mesures d'urgence, ces derniers sont souvent limités à des situations spécifiques qui peuvent être mal connues des intervenants. Ils sont souvent non testés ainsi que mis à jour que très rarement. Selon Harley (2012), ces plans devraient être évalués au moins une fois par an et des copies de chaque plan devraient être accessibles à tous les intervenants.

Concernant le perfectionnement des intervenants, Lagadec (1993) souligne qu'il est important de créer une culture organisationnelle où des formations régulières portant sur les situations de crise sont favorisées. Or, trop souvent, la formation se produit généralement après l'événement (Miller, 2003; Hanson et al., 2005). Selon Brissette (2008), le développement professionnel devrait être un investissement incontournable pour les organisations en accordant des budgets de formation plus généreux. La formation précédant un événement traumatique joue un rôle important et déterminant face aux réactions des professionnels pendant leur implication en situation de crise (Farchi, Cohen, & Mosek, 2014; Fullerton et al., 1992). Si les intervenants

ont la conviction qu'ils ont eu une formation adéquate en intervention en situation de crise, cela peut réduire le sentiment de désespoir qui peut accompagner ce type de travail (Ortlepp & Friedman, 2002). Toutefois, certains intervenants peuvent ne pas se sentir assez formés pour intervenir en situation de crise et vont tout de même intervenir, sachant que s'ils ne font rien, personne d'autre n'interviendra (Howe, 2012). Afin de prévenir la fatigue de compassion suite à leur implication en situation de crise, Radey et Figley (2007) ainsi que Cavanaugh (2010) soulignent que la formation doit inclure des notions de positivité par rapport à des événements à issues négatives. Une formation spécifique pour les professionnels travaillant en situation de crise comportant les thèmes de la fatigue de compassion et de la satisfaction par la compassion est nécessaire afin de les aider à gérer les possibles retombées de ce type d'intervention, renforcer leur résilience, ainsi qu'assurer un service de qualité à la clientèle (Figley, 1995a; Pearlman & Saakvitne, 1995a; Stamm, 2002).

Selon Hawkins et Shohet (1980), et Sommer (2011), il est de la responsabilité éthique des superviseurs d'apprendre aux intervenants à détecter les signes de fatigue de compassion et de leur donner les ressources nécessaires afin de résoudre ces retombées nuisibles. Une supervision inadéquate peut conduire au stress et à l'épuisement des professionnels (Cherniss, 1980; Harrison, 1980; Shapiro, 1982).

D'autres facteurs sont aussi liés au travail des intervenants et s'ajoutent à ceux énoncés précédemment tels que le nombre d'heures de travail par jour, le temps accordé aux interventions comparativement au temps accordé à la rédaction de dossiers, le nombre d'employés comparativement à la quantité de travail à réaliser, l'autonomie professionnelle accordée aux intervenants, les défis liés au travail, le taux de rémunération et la durée de la carrière des professionnels (Beaton & Murphy, 1995; Ben-Zur & Michael, 2007; Hernandez, Engstrom, & Gangsei, 2010; Munroe & Brunette, 2001; Pockett, 2003).

Facteurs personnels et professionnels

Parmi les facteurs liés aux caractéristiques des intervenants, le genre est un facteur dont les résultats sont controversés dans la littérature. La plupart des études n'ont pas trouvé de relation entre le genre des intervenants et les retombées de l'intervention en situation de crise

(Meldrum et al., 2002). Toutefois, selon Hasida et Keren (2007), le stress dans les professions d'aide est devenu plus intense pour les femmes. En plus de leurs responsabilités professionnelles, ces dernières portent davantage de responsabilités familiales ce qui accroît leur risque d'épuisement (Perrons, 1999). Barnett et Shen (1997) ajoutent que les femmes sont de plus en plus confrontées à des attentes multiples et contradictoires de leur environnement familial et professionnel. De plus, ces dernières qui aspirent travailler dans les domaines de la relation d'aide entrent sur le marché du travail avec des attentes plus élevées, mais reçoivent moins de reconnaissance (monétaire ou autres) par rapport aux hommes et par conséquent, elles peuvent éprouver des niveaux davantage élevés d'épuisement professionnel (Toker et al., 2005). En fait, les femmes professionnelles sont plus vulnérables, vu leur position subordonnée au sein de presque toutes les sphères de la société, ce qui signifie qu'elles sont moins susceptibles de contrôler les ressources ou d'être en mesure de prendre des décisions en cas de crise (Hoare, Smyth, & Sweetman, 2012). De plus, considérant que les femmes sont plus souvent victimes de viols et de violence conjugale que les hommes (Tjaden & Thoennes, 2000), il est possible que les professionnelles deviennent plus sensibles à ce type de traumatisme vécu par leurs clientes (Choi, 2011). Certaines études ont également constaté que les femmes déclarent des symptômes de traumatisme plus importants que les intervenants du genre masculin (Kassam-Adams, 1999; Meyers & Cornille, 2002; Sprang, Clark, & Whitt-Woosley, 2007). Par contre, on retrouve davantage d'intervenants du genre masculin utilisant les narcotiques comme anesthésiant personnel (Leitch, Vanslyke, & Allen, 2009). En ce qui concerne la satisfaction au travail, dans l'étude de Linley et Joseph (2007) les femmes ont exprimé davantage de satisfaction suite à leur implication en situation de crise que les hommes. Cependant, avant de conclure que les femmes ont des réactions différentes de celles des hommes face à leur implication en situation de crise, il est important de spécifier que leur nombre dans les professions d'aide dépasse de loin celui de leurs confrères (Kassam-Adams, 1999).

Pour sa part, Bush (2009) affirme que de façon générale, que l'on soit un homme ou une femme, les intervenants qui idéalisent leur rôle avant leur implication en situation de crise sont davantage à risque de vivre de la fatigue de compassion. De plus, le fait d'avoir des attentes irréalistes telles que croire qu'ils auront automatiquement une influence positive sur la vie des victimes, qu'ils seront toujours appréciés pour le travail qu'ils accomplissent, qu'ils seront en

mesure de contester la bureaucratie, qu'ils arriveront à répondre à l'ensemble des besoins des clients et croire qu'ils verront d'importantes possibilités d'avancement dans leur poste peut non seulement augmenter les risques de fatigue de compassion, mais peut également amener de la frustration et de l'épuisement professionnel (Gibbons, Murphy, & Joseph, 2011).

En ce qui concerne les antécédents de traumatismes personnels vécus par les professionnels, les résultats des études sont également partagés. Certaines études ne voient aucune relation significative entre le vécu antérieur de traumatismes de l'intervenant et ses réactions face à son implication lors d'une situation de crise (Adams et al., 2001; Bober & Regehr, 2006; Kadambi & Trustcott, 2004; Schauben & Frazier, 1995). De plus, Ferdinand (2011) ajoute que les traumatismes antérieurs des professionnels n'auraient pas d'influence sur leur risque de vivre de la fatigue de compassion. Cependant, d'autres études ont conclu que le passé traumatique des professionnels influence le degré de difficultés biopsychosociales, d'épuisement et de fatigue de compassion chez ces derniers (Bauwens, 2012; Clegg, 1988; Kassam-Adams, 1999; McCann & Pearlman, 1990; Nelson-Gardell & Harris, 2003; Pearlman & Mac Ian, 1995; Pearlman & Saakvitne, 1995a; Slattery & Goodman, 2009). De plus, dans quelques recherches, il a été suggéré que les professionnels ayant des troubles préexistants d'anxiété, de l'humeur ou des antécédents de traumatismes personnels, en particulier liés à de la maltraitance et à de la négligence, peuvent être plus à risque de vivre des difficultés à réaliser leur travail en situation de crise (Lerias & Byrne, 2003; Dunkley & Whelan, 2006). Pour leur part, Tosone et Bialkin (2004) ont constaté que certains professionnels étaient davantage empathiques et compétents pour travailler avec les victimes de traumatismes, ayant eux-mêmes vécu une expérience similaire. Le fait de posséder des expériences antérieures de traumatismes n'est donc pas nécessairement un facteur risque de traumatisme vicariant (Pearlman & Mac Ian, 1995), mais peut être un facilitateur de croissance personnelle (Linley & Joseph, 2007).

Pour ce qui est de l'expérience des intervenants, Pearlman et Mac Ian (1995) affirment que ceux plus expérimentés vivraient les retombées de l'intervention en situation de crise de façon moins dévastatrice sur leur confiance en-soi, leur estime de soi ainsi que sur leur bien-être général. L'expérience permettrait à certains de développer des stratégies d'adaptation afin de faire face aux défis professionnels de ce type d'intervention (Ting, Jacobson, & Sanders, 2008).

L'expérience permettrait également de mettre les événements en perspective en utilisant des comportements positifs qui ont déjà été bénéfiques dans des situations antérieures (Ting, Jacobson, & Sanders, 2008). Or, soulignons que lorsque l'on parle d'expérience de travail il ne s'agit pas de l'âge des intervenants puisque l'âge a été jugé comme un facteur non influant par rapport aux retombées de l'intervention en situation de crise chez ces derniers (Birck, 2001; Kassam-Adams, 1999; Meldrum et al., 2002; Nelson-Gardell & Harris, 2003; Pearlman & Mac Ian, 1995). Toutefois, selon Neumann et Gamble (1995), les nouveaux professionnels peuvent avoir des attitudes de sauveur et vivre des préoccupations intenses envers leurs clients. Puisque ces derniers ont dû réaliser de nombreuses années de formations académiques pour en arriver à cette profession, certains peuvent vivre une pression envers leur réussite au travail (Neumann & Gamble, 1995). Ils peuvent également éprouver de l'insécurité envers leurs compétences professionnelles (Neumann & Gamble, 1995). Leur identité professionnelle étant en développement, ils sont plus vulnérables face aux remises en question ainsi qu'aux opinions de leur superviseur et de leurs collègues (Neumann & Gamble, 1995). Précisons que les intervenants moins expérimentés sont plus susceptibles de fournir des services directs aux victimes que les intervenants plus âgés, car ceux plus expérimentés vont davantage effectuer des rôles de superviseur ou gestionnaire (Nelson-Gardell & Harris, 2003).

Brady, Guy, Polestra et Brokaw (1999) ont démontré que les professionnels qui sont intervenus auprès de multiples personnes traumatisées tout au long de leur carrière sont plus susceptibles d'éprouver des symptômes de la fatigue de compassion. Ceci est cohérent avec les conclusions de Chrestman (1999) et Kassam-Adams (1999) qui ont démontré que les professionnels travaillant régulièrement avec des clients traumatisés sont davantage affectés par les retombées de la fatigue de compassion (Linley & Joseph, 2007). En ce qui concerne le décès d'un client, il semblerait que la perte d'un client par accident comporterait moins de retombées négatives sur les professionnels que la perte d'un client par suicide (Coverdale, Roberts, & Louie, 2007). En fait, Strom-Gottfried et Mowbray (2006) émettent l'hypothèse que la principale différence entre le décès par suicide ou non serait celle de la responsabilité du professionnel envers le bien-être de son client. De plus, Brady, Guy, Poelstra et Brokaw (1999) ont découvert que les professionnels ayant un pourcentage élevé de victimes d'abus dans leur charge de travail sont plus vulnérables à la fatigue de compassion.

Certaines qualités propres à l'individu peuvent également influencer son vécu en situation de crise. Ainsi, certaines caractéristiques liées à la personnalité du professionnel peuvent accroître sa résilience telles que la compassion, la compréhension, l'intégrité, la présence, l'intérêt, l'honnêteté, l'ingéniosité et le sens des responsabilités (Gangsei, 2011; Gentry, Baranowski, & Dunning, 2002; Moran 2002; Pearlman, 1995). Cependant, il a été établi que les professionnels attentionnés qui démontrent une grande capacité d'empathie sont davantage susceptibles de vivre des difficultés (Tehrani, 2010). Certains auteurs affirment aussi que la qualité de la compassion que peuvent offrir les professionnels à leur client dépend de leur capacité à se protéger de la douleur, à percevoir leur potentiel et à gérer le stress inhérent de l'intervention en situation de crise (Hernandez, Engstrom, & Gangsei, 2010; Gangsei, 2011; Stamm & Pearce, 1995). Ainsi, les forces et capacités des professionnels contribuent à leur résilience et au développement de leurs habiletés d'adaptation (Connor, 2006). D'autres caractéristiques sont aussi importantes comme le maintien du sens de l'humour, l'utilisation de la spiritualité ainsi que la volonté de reconnaître et de réduire la détresse émotionnelle (Gentry, Baranowski, & Dunning, 2002; Moran 2002; Pearlman, 1995). Pour leur part, Agaibi et Wilson (2005) ont identifié que certains traits de personnalité et de styles de comportement sont associés à la résistance psychologique dont l'extraversion, la haute estime de soi, l'affirmation de soi, la rusticité, la flexibilité cognitive, l'énergie, le sens de l'humour et la capacité de réguler ses sentiments. Selon Brissette (2008), le perfectionnisme est un piège à éviter pour les intervenants travaillant en situation de crise. Étant donné la rapidité avec laquelle les professionnels doivent réaliser leurs objectifs, avec le manque de ressources pour réaliser leurs tâches, le perfectionnisme ne serait plus une qualité, mais plutôt un risque d'épuisement professionnel. Selon Brissette (2008), les intervenants doivent accepter d'être des généralistes polyvalents et être efficaces avant d'être parfaits.

En ce qui concerne leur estime de soi, les professionnels qui doutent de leur capacité risquent de connaître une baisse de leur motivation, de rapidité d'exécution de leurs tâches, de leur temps de réaction et si cette situation perdure, ils seront à risque de vivre une grande charge de stress qui pourra le mener à la dépression (Bandura, 1997). À l'inverse, les professionnels qui ont confiance en leur capacité pourront transformer les retombées négatives de l'exposition

traumatique en croissance, créer des changements positifs dans leur sentiment, générer des niveaux élevés d'endurance physique et d'énergie mentale, créer du sens dans leur vie, apprendre à vivre le moment présent et développer un comportement altruiste envers les autres (Tehrani, 2010).

2.5.2 FACTEURS DE PROTECTION ET DE RISQUE PENDANT L'ÉVÉNEMENT (LORS DE L'INTERVENTION)

Les facteurs de protection et de risque pendant l'événement comprennent tous les facteurs que les intervenants sont susceptibles de vivre dans leur travail ou dans leur vie personnelle qui est en lien avec leur travail en situation de crise, de tragédie ou de sinistre. Ces facteurs sont contextuels, organisationnels, personnels et professionnels.

Facteurs contextuels

Les facteurs liés aux événements traumatiques se caractérisent par leur niveau de soudaineté, de violence et d'intensité (Raphael, 1986). Par exemple, les événements soudains impliquant la mort de multiples personnes et un degré de destruction élevé de leur environnement peuvent être marquants pour les intervenants (Paton, 1994). Lorsqu'ils vivent et travaillent dans la même communauté que les victimes, ils partagent avec eux les réalités traumatiques de la crise (Dekel & Baum, 2010). Ils peuvent être amenés à vivre des expériences sensorielles marquantes qui augmentent leur possibilité de vivre de la reviviscence¹² (Maltais, Robichaud, & Simard, 2001). Les intervenants ayant perçu ou vécu réellement une menace pour leur vie ou pour celle de leur proche sont plus à risque de vivre des retombées néfastes (Badger, Royse, & Craig, 2008; Fraidlin & Rabin, 2006). De plus, les intervenants qui ont vécu l'expérience du traumatisme à la fois de façon professionnelle et personnelle sont plus susceptibles de vivre des difficultés que s'ils avaient vécu l'événement uniquement de façon personnelle ou professionnelle (Luce et al., 2002).

¹² Reviviscence : Crocq (1999) souligne que c'est l'être dans son entier qui se trouve remis en situation traumatique. En ce sens, il ne s'agit pas du retour d'un souvenir, mais bel et bien d'une fixation du sujet à la situation. La fixation consiste en un phénomène plus général touchant le vécu psychique, les images et les sensations apparues lors du traumatisme (Landa & Gimenez, 2009).

Le degré d'exposition des intervenants psychosociaux aux crises ou aux récits d'événements traumatiques peut être observé selon la durée de l'exposition, l'intensité de l'événement, et peut varier selon le nombre de contacts avec les victimes (Brotheridge & Grandey, 2002). Les intervenants qui travaillent dans les services de première ligne sont plus susceptibles de vivre de la fatigue de compassion que les autres professionnels (Nelson-Gardell & Harris, 2003). Cela s'explique par l'exposition directe et fréquente aux récits traumatiques de clients en crise (Nelson-Gardell & Harris, 2003). Selon Kessler et ses collègues (1985), le fait d'être exposé à un facteur de stress de façon prolongée n'est pas une garantie qu'un intervenant développera des difficultés psychologiques. Toutefois, Wee et Myers (2002) soulignent que l'exposition prolongée à une situation de crise peut avoir tout de même des répercussions négatives chez ces derniers. De plus, le fait de vivre un facteur de risque peut être dommageable, mais le fait d'en vivre plusieurs simultanément augmente considérablement le niveau de risque de vivre des retombées négatives chez ces derniers (Alexander, 2005; Maltais, Robichaud, & Simard, 2001). Ces facteurs de stress vécus simultanément peuvent être la violence conjugale (Shew, 2010), la perte d'un être cher (Bradford & John, 1991), les difficultés économiques (Kassam-Adams, 1999), le divorce ou la maladie. Ces perturbations entraînent généralement un niveau tolérable de détresse, mais lorsque ces changements sont combinés avec les retombées de l'intervention en situation de crise, cela augmente leur risque de vivre de la fatigue de compassion (Figley, 2002a). En résumé, plus le degré d'exposition du professionnel à un événement traumatique est important, plus les retombées sur sa santé et sa performance au travail risquent d'être marquées négativement (Park, Cohen, & Murch, 1996; Tedeschi & Calhoun, 1996).

En fait, le soutien psychosocial offert aux victimes de traumatismes a certaines caractéristiques propres qui peuvent s'avérer difficilement gérables par les intervenants (Serniclaes, 2003). Parmi ces facteurs, on relève la sévérité des problèmes et la chronicité des événements (Hiscott & Connop, 1989; Maslach, 1978; Oberlander, 1990; Pines & Maslach, 1978) ainsi que la durée et la fréquence des contacts directs avec la clientèle (Maslach & Jackson, 1982; Savicki & Cooley, 1987). L'intensité émotionnelle des rencontres avec les clients, les besoins immenses des victimes ainsi que l'absence de progrès et de résultats créent un contexte de travail particulièrement lourd et exigeant pour les professionnels (Vanier & Fortin, 1996). Les

intervenants travaillant exclusivement avec les victimes ayant vécu un traumatisme important sont plus vulnérables à la fatigue de compassion (Arvey, 2001), car ce type de victime demande souvent plus de temps d'intervention et de ressources (Culver, McKinney, & Paradise, 2011). Les clients en détresse peuvent demander à voir plus régulièrement l'intervenant ou peuvent demander de multiplier les contacts téléphoniques avec le professionnel (Saakvitne & Stamm, 2003).

En ce qui concerne les médias, les intervenants psychosociaux travaillant en Amérique du Nord reçoivent souvent une couverture médiatique négative et la population générale a souvent des préjugés négatifs face à leur profession (Alridge, 1990; Lecroy & Stinson, 2004; Tower, 2000; Winchester, 2003). En général, ces intervenants se sentent sous-estimés par les médias et souhaiteraient que la population prenne conscience de l'importance de leur travail en attachant davantage de valeur à leur profession (Gibbons, Murphy, & Joseph, 2011).

Facteurs organisationnels

Plusieurs recherches confirment le rôle important qu'exercent les facteurs organisationnels dans le développement de la satisfaction et/ou de l'insatisfaction au travail chez les professionnels (Radey & Figley, 2007; Vanier & Fortin, 1996). Parmi les facteurs organisationnels qui nuisent aux professionnels pendant leur intervention, il y a le manque d'autonomie et de contrôle dans l'exercice de leurs fonctions (Savicki & Cooley, 1987), l'interruption des activités quotidiennes familiales (Weaver, 1984), une faible participation au processus de décision (Jackson, 1983; O'Driscoll & Schubert, 1988), le temps accordé aux tâches administratives (Pines & Maslach, 1978), le manque de reconnaissance professionnelle (Friesen & Sarros, 1989), une faible rémunération (Weaver, 1984) et l'ambiguïté du rôle (Jackson & Schuler, 1985; Maslach & Jackson, 1982).

De plus, dans plusieurs études, la pression liée à l'horaire, incluant de longues heures de travail pendant plusieurs semaines et le nombre élevé de victimes, a été associée à l'augmentation de la fatigue de compassion chez les professionnels (Boscarino, Figley, & Adams, 2004; Brady, Guy, Poelstra, & Brokaw, 1999; Creamer & Liddle, 2005; Chrestman, 1999; Kassam-Adams, 1999; Meyers & Cornille, 2002; Schauben & Frazier, 1995; Weaver,

1984). Woodard Meyers et Cornille (2002) ajoutent que travailler plus de 40 heures par semaine peut augmenter le risque de vivre de la fatigue de compassion. Toutefois, quelques études n'ont trouvé aucune relation entre l'horaire de travail et la fatigue de compassion que peuvent vivre les intervenants (Cunningham, 2003; Landry, 2001).

En raison de contraintes budgétaires, les intervenants se retrouvent souvent surchargés de travail (Nave, 2008; Vanier & Fortin, 1996). Le roulement de personnel et le fait de travailler avec des professionnels inexpérimentés peuvent devenir une source de stress lors de crises (Armstrong et al., 1991). Aussi, les transformations du monde des communications amènent la plupart du temps des interactions complexes entre les partenaires de différents milieux impliqués dans les interventions en situation de crise (Lagadec, 1993). Les difficultés que rencontrent les intervenants dans leurs relations avec les ressources extérieures découlent souvent de la méconnaissance des mandats respectifs ce qui amène parfois des relations plus distantes avec les partenaires ainsi qu'un manque d'échange d'information ou de soutien (Vanier & Fortin, 1996). Notons aussi que les visions différentes des interventions à effectuer, en lien avec le type de profession exercé, peuvent également entraîner des conflits dans les relations entre, par exemple, les intervenants psychosociaux et le personnel médical (Vanier & Fortin, 1996). Les nouvelles technologies amènent également une réalité différente lors du travail des professionnels en période de crise. En fait, puisqu'ils sont facilement joignables à partir de téléphones cellulaires, ceux-ci peuvent vivre un stress continu avec la crainte de devoir répondre à un autre incident (Talbot et al., 1995). Soulignons que les professionnels vivant des stress au quotidien dans leur travail peuvent réagir avec une plus grande intensité lors de leur exposition à des événements traumatiques (Regehr et al., 2004).

La surcharge de travail, plus spécifiquement le nombre de clients, est un autre facteur potentiel de stress chez les intervenants (Hiscott & Connop, 1989; Pines & Maslach, 1978). L'impact négatif de la surcharge s'accroît lorsque l'intervenant se sent inefficace avec les clients (Koeske & Koeske, 1989). Dans ces conditions défavorables, trois aspects de la charge de travail apparaissent particulièrement néfastes : 1) le nombre de clients rencontrés quotidiennement, 2) le nombre d'heures par jour en contact direct avec la clientèle et 3) le pourcentage d'interventions de crise réalisées dans le cadre de ses fonctions habituelles (Vanier & Fortin, 1996). De plus, les

incidents traumatiques peuvent impliquer des groupes de personnes ce qui rend l'approche classique de l'intervention individuelle inopérante et les intervenants ont à gérer alors plusieurs victimes simultanément (Serniclaes, 2003). Le risque de stress s'accroît lorsque les contacts avec les clients sont très perturbants, difficiles et frustrants (Maslach, 1978). Les attitudes et les comportements négatifs de certains comme la résistance, l'impuissance, l'hostilité et l'agressivité exercent aussi une influence négative significative sur les intervenants (Ackerley et al., 1988; Browner et al., 1987; Farber & Heifetz, 1981; Hiscott & Connop, 1989; Ntetu, Fortin, Bergeron, & Gagnon, 1999; Serniclaes, 2003). Parfois, les professionnels peuvent développer la crainte d'être victime d'une agression et d'en subir les conséquences (Whittington & Wykes, 1992). La violence dans les milieux de travail peut également contribuer à l'apparition de la fatigue de compassion (Shew, 2010). Il en est de même de l'absence de rétroaction ou de rétroactions négatives de la clientèle (Eisenstat & Felner, 1984; Maslach, 1978).

En ce qui concerne les facteurs organisationnels qui peuvent favoriser le travail des professionnels pendant leurs interventions en situation de crise, Paton et Stephens (1996) proposent qu'avant de se déplacer sur le lieu d'une situation de crise les intervenants doivent se rencontrer afin de déterminer les rôles de chacun afin d'éviter les dédoublements de services ainsi que le stress lié aux tâches à accomplir. Il peut également être aidant d'alterner le type de clientèle à rencontrer (Astin, 1997; Radey & Figley, 2007). La diversification des tâches en alternant les interventions auprès des victimes avec d'autres activités plus techniques comme les réunions semble être bénéfique pour les intervenants psychosociaux (Voss Horrell et al., 2011). Cette diversification empêcherait la rotation du personnel (Sprang, Clark, & Whitt-Woosley, 2007) et permettrait aux intervenants de prendre du recul face à leurs interventions (Voss Horrell et al., 2011). Pearlman (1995) ajoute que ceux qui sont volontaires à travailler en situation de crise vont davantage vivre un sentiment profond de satisfaction et de rapprochement envers l'humanité que ceux qui sont obligés de le faire. Legault (2007) énonce de multiples facteurs que les organisations peuvent mettre en place pour aider les intervenants à réaliser leur rôle en temps de crises tels que favoriser l'autonomie au travail, utiliser l'humour dans ses relations interpersonnelles, prévoir des lieux intimes de repos, amener les intervenants à pratiquer des rituels de détente pour refaire le plein d'énergie et favoriser le partage d'expériences dans les équipes de travail. Selon Paton et Stephens (1996), les organismes se doivent de conscientiser

les intervenants aux risques émotionnels et psychologiques du travail en situation de crise. De plus, la promotion des avantages du programme d'aide aux employés (PAE) dans les organismes permettrait d'encourager les intervenants à utiliser ce service afin de les soutenir et d'améliorer leurs conditions de travail (Stone, 2011). Selon Choi (2011), l'augmentation du financement des ressources de soutien pour les intervenants dans les organisations pourrait favoriser l'accessibilité aux services d'aide adaptés pour eux. Un autre moyen pour aider les professionnels à créer un système d'autogestion de leur santé dans leur vie professionnelle est le mentorat (Patrick, 2007). Le mentorat peut être défini comme un soutien d'orientation qui aide le professionnel à devenir et demeurer efficace professionnellement (Patrick, 2007). Pour les nouveaux cliniciens, le mentorat peut être essentiel à la définition de leur identité professionnelle (Patrick, 2007) et peut les aider à diminuer leur anxiété liée à leur travail (Stoltenberg & McNeill, 2010). Le mentorat est une aide importante pour tous les professionnels, surtout en période de crise (Patrick, 2007).

Facteurs personnels et professionnels

Lors de leurs interventions en situation de crise, les professionnels apportant de l'aide aux victimes ont comme philosophie d'être présents pour ceux qu'ils aident en suspendant temporairement leurs propres besoins afin d'être complètement disponibles pour leurs clients (Baum, 2012). Leur travail en situation de crise exige des professionnels de maintenir leur forme physique et psychologique afin de demeurer continuellement à l'écoute, ouverts, présents et accueillants (Vanier & Fortin, 1996). Parfois, en apparence, certains professionnels vont sembler fonctionnels puisqu'ils font abstraction de leur émotion et des réalités auxquelles ils sont confrontés (Legault, 2007). Il arrive parfois que certains puissent se laisser submerger par cet évitement jusqu'à se consumer (Legault, 2007). Puisque les intervenants psychosociaux sont généralement des gens très dévoués, leur passion pour aider les autres peut parfois conduire au surmenage et à la négligence de leur vie personnelle (Gangsei, 2011).

De plus, les intervenants qui ont de grandes attentes envers leurs implications en situation de crise sont plus à risque de vivre de la fatigue de compassion (Shalvi & Shenkman, 2011). Ces facteurs risquent d'atteindre davantage les intervenants débutants qui peuvent avoir des attentes irréalistes envers l'exercice de leurs futures fonctions (Skovholt, 2001). Afin d'exercer leur

travail, ces professionnels ne doivent pas demeurer dans un perpétuel sentiment d'impuissance où ils développent la croyance qu'ils sont incapables de changer la réalité du vécu traumatique de leurs clients (Serniclaes, 2003). C'est pourquoi, Badger, Royse et Craig (2008) ainsi que Collins et Long (2003a) soulignent qu'il est primordial d'apprendre à respecter ses limites lors de son implication en situation de crise. De plus, Munroe et Brunette (2001) considèrent que les professionnels ayant un conjoint et des enfants sont parfois plus stressés, car non seulement ils ont à remplir leur rôle de professionnel, mais ils ont le rôle de partenaire et de parent. De plus, les membres de leur famille et leurs amis peuvent exprimer leur inquiétude et leur frustration face aux horaires de travail qui ne permettent pas aux professionnels de participer pleinement aux activités familiales et amicales (Pasupuleti et al., 2009).

Tout au long de leur implication en situation de crise, les intervenants ont à accueillir et écouter des aveux troublants, des confidences parfois ahurissantes ainsi que des récits tristes empreints de colère, de haine, de détresse, de souffrance et d'impuissance (Legault, 2007). À certains moments ils voient de leurs propres yeux des situations horribles impliquant des cadavres ou des corps de femmes et d'enfants meurtris par la maltraitance et la violence (Legault, 2007). Les professionnels qui ont à travailler auprès de victimes de violence, de maltraitance, de viol, de torture, et surtout lorsque les victimes sont des enfants, des femmes, des personnes ayant des déficiences cognitives ou motrices et/ou des personnes âgées sont davantage à risque de vivre de la fatigue de compassion (Bober & Regehr, 2006; Creamer & Liddle, 2005; Cunningham, 2003; Figley, 1995b). De plus, Paton (1994) ajoute qu'assister les familles à l'identification de personnes décédées constitue un facteur de risque de ce type d'intervention. Soulignons que certains intervenants peuvent s'identifier aux victimes surtout s'ils ont un sentiment d'appartenance fort au lieu de l'événement ou s'ils sont proches de ces derniers (McCarroll et al., 1995). L'identification est un processus cognitif relié au monde émotionnel par lequel les intervenants viennent à voir les autres comme des semblables (Fullerton et al., 1992). Par exemple, travailler auprès d'enfants victimes peut être difficile pour les professionnels qui ont des enfants. Ces derniers peuvent gérer la situation comme si c'était leurs propres enfants (Figley, 1995b) et peuvent penser que ces situations tragiques auraient pu leur arriver (Hodgkinson & Stewart, 1998). Les victimes deviennent alors un rappel permanent et réel pour les intervenants de leur propre vulnérabilité face à une situation traumatique (Serniclaes, 2003).

En ce qui concerne les qualités requises pour intervenir en situation de crise, Bartone et ses collègues (1989) ont démontré que faire preuve d'optimisme est un facteur de protection pour les intervenants. Patrick (2007) ajoute que cette qualité peut leur éviter de vivre de la fatigue de compassion. Les intervenants qui ont confiance en leur capacité à aider les victimes sont également moins à risque de vivre des retombées négatives de l'intervention en situation de crise (Fryer et al., 1989). Précisons que dans le cadre de leurs fonctions, les professionnels ont à prendre certaines décisions qui peuvent être difficiles, car il s'agit d'un exercice autant psychologique qu'émotionnel (Rothschild & Rand, 2006). C'est pourquoi la confiance en leur propre capacité d'intervention peut les aider dans leur prise de décision (Bandura, 1997) et développer leur résilience (Luthans et al., 2006). De plus, la connaissance approfondie de leur propre force et faiblesse leur permet de se perfectionner dans leur pratique (Legault, 2007). Le fait de percevoir le travail auprès de clients traumatisés comme un défi diminue les risques pour les professionnels de vivre de la fatigue de compassion (Patrick, 2007; Pearlman & Saakvitne, 1995a, 1995b; Saakvitne & Pearlman, 1996; Saakvitne et al., 1998).

Concernant le soutien social pendant leur implication en situation de crise, Prati et Pietrantonio (2010) affirment qu'il s'agit d'un facteur de protection incontournable pour favoriser la santé biopsychosociale des intervenants psychosociaux. Le soutien social peut exercer un impact positif direct sur leur santé psychologique (LaRocco et al., 1980; Winnubst et al., 1982) et être un facteur de résilience important (Gentry, Baranowski, & Dunning, 2002; Moran 2002; Pearlman, 1995). Cohen et Wills (1985) considèrent que le fait d'être convaincu que certaines personnes peuvent les aider atténue les retombées d'un événement stressant sur eux. À ce sujet, Prati et Pietrantonio (2010) mentionnent que le soutien social perçu par les intervenants en période de crise est un facteur qui a une influence certaine sur la durée des retombées. Le soutien social a un impact direct sur la diminution de l'épuisement professionnel (Tousignant, 1992) et de la dépréciation professionnelle (Coster & Schwebel, 1997). Il peut aussi agir comme modérateur entre le stress au travail et la santé (Cohen & Wills, 1985; LaRocco et al., 1980; Winnubst et al., 1982) ainsi qu'avoir une influence bénéfique sur le bien-être général des intervenants (Himle et al., 1991; Leiter, 1988, 1991; Ross et al., 1989; Savicki & Cooley, 1987). Plus un professionnel a des ressources sociales, moins il se concentrerait sur les aspects négatifs de son travail et plus il développerait des stratégies d'adaptation face aux événements (Moos & Schaefer, 1993). De

plus, Naturale (2007) a constaté qu'être marié diminuait les risques de vivre de la fatigue de compassion. Le soutien familial lors de leur intervention en situation de crise est nécessaire afin de diminuer leur charge de stress professionnel et personnel (Dekel & Baum, 2010). L'écoute du partenaire peut également permettre aux intervenants de partager leur vécu (Dekel & Baum, 2010). Passer du temps avec sa famille et ses amis (Radey & Figley, 2007) ainsi que la possibilité de confier ses émotions à sa famille, ses amis et ses collègues sont des facteurs de protection pour les professionnels (Lepore, 2004).

D'autres facteurs peuvent favoriser le bien-être des intervenants lors de leurs interventions en situation de crise tels que faire de l'exercice (Radey & Figley, 2007), avoir une alimentation saine (Tehrani, 2010), avoir un sommeil réparateur (Gangsei, 2011), faire de la méditation (Ringebach, 2009), pratiquer des activités créatives (Gentry, Baranowski, & Dunning, 2002; Moran 2002; Pearlman, 1995), s'engager dans un passe-temps (Tehrani, 2010) et faire partie d'une communauté religieuse (Gentry, Baranowski, & Dunning, 2002; Moran 2002; Pearlman, 1995). Oswald (1991) ajoute d'autres moyens tels que limiter le nombre d'heures de travail, avoir de saines habitudes de consommation, consacrer suffisamment de temps aux relations et aux activités qui sont agréables, prendre des pauses régulières pendant la journée de travail, éviter le surmenage et le surengagement, écrire ses pensées ainsi que limiter les relations insatisfaisantes (Oswald, 1991). De plus, les intervenants qui ont développé un esprit pragmatique en usant de techniques de planification peuvent alléger leurs tâches et diminuer certains impacts néfastes liés aux contextes de crise (Prati & Pietrantonio, 2010). Parfois, les intervenants peuvent aussi avoir besoin d'ignorer ou de négliger les aspects de la profession qui sont plus difficiles ou moins satisfaisants tels que des problèmes liés à la bureaucratie (Patrick, 2007). Toutefois, l'ensemble de ces facteurs d'autosoins est souvent négligé par les intervenants psychosociaux (Boscarino, Figley, & Adams, 2004). C'est pourquoi Radey et Figley (2007) spécifient que les professionnels ont besoin d'être sensibilisés à la nécessité d'appliquer des techniques de soins autoadministrés tout au long de leur carrière. Ils doivent consciemment prendre le temps pour des activités récréatives, sociales et spirituelles (Gangsei, 2011). Ces pratiques d'autosoins peuvent les amener à profiter pleinement de leur implication en situation de crise, sans craindre la portée de tels événements (Warren et al., 2010).

2.5.3 FACTEURS DE PROTECTION ET DE RISQUE APRES L'ÉVÉNEMENT (POST-INTERVENTION)

Les facteurs de protection et de risque après l'événement comprennent tous les facteurs que les intervenants sont susceptibles de vivre au travail ou dans leur vie personnelle après leurs interventions en situation de crise, de tragédie ou de sinistre. Ces facteurs peuvent être contextuels, organisationnels, personnels et professionnels.

Facteurs contextuels

Suite à leur implication en situation de crise, les professionnels travaillant en milieu rural sont plus susceptibles de développer de l'épuisement professionnel que ceux habitant en milieu urbain, parce qu'en milieu rural ils ont souvent un accès limité aux ressources (Sprang, Clark, & Whitt-Woosley, 2007). Dans un autre ordre d'idées, Morgan et ses collègues (1998, 1999) indiquent que la date d'un événement constitue également un facteur de risque post-intervention qui peut raviver des souvenirs aux intervenants, même plusieurs années après l'événement.

Les médias diffusent quotidiennement des images de violence, de catastrophes naturelles, d'actes de terrorisme et de multiples autres tragédies liées à l'être humain. Ces images ont une certaine portée sur les gens qui les regardent, mais davantage sur les intervenants psychosociaux qui, par leur fonction, sont exposés régulièrement à des événements traumatiques vécus par leur clientèle (Ringebach, 2009). Lors de tragédies ou de sinistres, la couverture médiatique expose les intervenants aux images des événements de façon répétée et en continu dans le temps (McTighe, 2009). Ces images peuvent leur remémorer des souvenirs liés à leur implication et leur faire vivre des émotions intenses dans leur vie personnelle (Cardeña, Dennis, Winkel, & Skitka, 2005 ; Leonard, 2008; Ringebach, 2009). De plus, lorsque les événements se sont déroulés près de leur domicile cela augmente également leur risque de développer des traumatismes suite à l'événement (Altman & Davies, 2002; Pawlukewicz, 2003; Saakvitne, 2002; Serani, 2004; Tosone et al., 2003).

Facteurs organisationnels

En plus de leur travail en situation de crise, les intervenants travaillant dans les CSSS doivent maintenir les objectifs liés à leur travail habituel, comme effectuer un suivi à jour et continu avec leur clientèle régulière, rattraper les retards dus à leur implication en situation de crise, ainsi que veiller à leur formation en plus des autres mandats qui leur sont confiés (Maltais, Robichaud, Moffat, & Simard, 2001). Suite à leurs interventions de crise, les professionnels se retrouvent souvent avec une accumulation de tâches administratives à réaliser (Stone, 2011). Cette situation peut devenir un facteur de stress important pour ces derniers (Maltais, Robichaud, Moffat, & Simard, 2001; Ringenbach, 2009). De plus, le manque de ressources dans la communauté et la lourdeur des démarches à effectuer pour obtenir des moments de répit ou des congés entraînent de multiples complications administratives pour ces derniers (Vanier & Fortin, 1996). En ce qui concerne la reconnaissance de l'organisation envers les professionnels, lorsqu'ils ressentent un écart important entre leur investissement au travail et la reconnaissance de l'organisation ils peuvent devenir plus vulnérables (Chevrier & Renon-Chevrier, 2004). Par exemple, un revenu annuel plus élevé est lié à un faible risque de la fatigue de compassion (Adams et al., 2001; Chrestman, 1999).

Un système de soutien professionnel est également important pour les professionnels (Myers & Wee, 2002). À ce sujet, Tehrani (2010) mentionne que les gestionnaires ont un rôle important à jouer dans la reconnaissance de leur travail. Selon McTighe (2009), il est important que l'administration et les superviseurs encouragent les intervenants à prendre des vacances et des périodes de repos à la suite de leurs interventions de crise. Le soutien post-intervention de l'équipe de travail est aussi vital pour diminuer les risques de fatigue de compassion (Violet, 2010). Fullerton et ses collègues (1992) considèrent qu'à la suite d'un événement traumatique l'opportunité de partager ses sentiments permet de regagner de la confiance et de l'assurance. Comme les clients, les professionnels ont besoin de parler de leur expérience et de leurs préoccupations dans un contexte sécuritaire et sans jugement (Geller, Madsen, & Ohrenstein, 2004). Les réunions d'équipe où ils peuvent partager leur expérience troublante avec leurs collègues peuvent avoir de multiples retombées positives (Maltais, Robichaud, Moffat, & Simard, 2001; Radey & Figley, 2007). Par exemple, ces réunions peuvent leur apporter un éclairage nouveau sur leurs interventions, leur donner une occasion de souligner leurs réussites,

leur permettre de partager de nouvelles techniques d'intervention ainsi que de partager leur stress (Radey & Figley, 2007). Radey et Figley (2007) considèrent que ce type de rassemblement doit être officiel plutôt que de simples discussions lors de pauses. Soulignons que les intervenants qui n'ont pas de collègues à qui se confier ont souvent été associés dans la littérature comme des professionnels pouvant vivre un niveau élevé de détresse émotionnelle (Cohen, Gagin, & Peled-Avram, 2006; Dekel & Baum, 2010; Seeley, 2003). Enfin, les organisations devraient favoriser les pratiques d'autosoins chez les professionnels suite à leur implication en situation de crise en limitant leurs charges de travail, en diminuant leurs nombres de cas, en diversifiant leurs rôles et leurs tâches de travail, en s'assurant une supervision appropriée et en créant des possibilités de développement personnel (Hesse, 2002).

Facteurs personnels et professionnels

Certains traits de la personnalité des intervenants favorisent leur résilience suite à leur implication en situation de crise. Il s'agit de l'autoadministration de soins, la spiritualité (Saakvitne & Stamm, 2003), l'optimisme (Radey & Figley, 2007), les valeurs humanitaires (Saakvitne & Stamm, 2003) et la conscience de soi (Gentry, Baranowski, & Dunning, 2002; Sawyer, 2001). De plus, suite à leur implication en situation de crise le soutien social est important pour lutter contre l'isolement dans leur vie professionnelle et personnelle (Bhushan & Kumar, 2012; Cohen & Wills, 1985; Hearn & Deeny, 2007; Hyman, 2004; Kessler, Price, & Wortman, 1985; Lowery & Stokes, 2005; Paton, 1997). Il a été prouvé que le soutien social peut servir de tampon contre le développement de la fatigue de compassion (Darrow, 2008). À ce sujet, Schauben et Frazier (1995) mentionnent que les intervenants qui sont à la recherche active de soutien affectif de la part de leur réseau social et de leur organisation seraient moins à risque de développer des problèmes de santé post-intervention. Cependant, la création d'un réseau de soutien prend souvent beaucoup de temps et d'énergie (Cavanaugh, 2010). Par conséquent, les professionnels ont besoin d'être attentifs dans la planification de leurs activités surtout quand leur horaire de travail est bien rempli (Cavanaugh, 2010).

Luthar, Cicchetti et Becker (2000) affirment que les caractéristiques personnelles d'une personne sont sans cesse remodelées par les interactions entre elle et son environnement familial, communautaire et social. Par exemple, la culture d'un professionnel peut inclure des valeurs, des

croyances et des caractéristiques qui sont spécifiques à ses groupes d'appartenance notamment l'ethnicité, l'unité familiale, la communauté religieuse ainsi que l'identité sexuelle (Meyer, 2010; Patrick, 2007). Ce lien culturel peut favoriser une plus grande résilience chez le professionnel (Meyer, 2010). En ce qui concerne la famille, les recherches semblent indiquer que l'épuisement professionnel peut être moins fréquent chez les professionnels qui sont mariés (Boscarino, Figley, & Adams, 2004) et que l'impact de l'isolement est davantage présent chez ceux divorcés (Hourani, Williams, & Kress, 2006). Selon Linley (2003), chaque individu cherche à grandir et à se développer au-delà de la satisfaction de ses besoins physiologiques de base et de sécurité. C'est pourquoi certains auteurs affirment que chaque individu aspire à une relation amoureuse productive afin de combler ses besoins d'estime, d'intimité, de sécurité et de confiance (Dyregrov, Kristoffersen, & Gjestad, 1996; Linley, 2003). De plus, au sein de cette relation il peut faire l'expérience d'un vécu sexuel pouvant agir comme un puissant antidote aux images de violence liée à son implication en situation de crise (Dyregrov, Kristoffersen, & Gjestad, 1996).

Le manque de réseaux sociaux ou de soutien de la famille à la suite d'intervention en période de crise sont des éléments déterminants dans l'apparition d'effets négatifs chez les professionnels (Dyregrov, Kristoffersen, & Gjestad, 1996). Certains comportements des membres de l'entourage, par exemple le blâme ou le rejet, peuvent être considérablement nuisibles pour ces derniers (Dyregrov, Kristoffersen, & Gjestad, 1996). À ce sujet, Dane et Chachkes (2001) ont affirmé que le soutien social des amis, de la famille, des collègues et des superviseurs est extrêmement important, mais parfois ces derniers ont des difficultés à comprendre la réalité du travail des intervenants, surtout s'ils ne sont pas sensibilisés à sa situation.

Au retour de leur implication en situation de crise, Follette et ses collègues (1994) ont constaté que l'utilisation de certaines stratégies d'adaptation négatives telles que la consommation de narcotiques et le fait de s'isoler ou de restreindre ses contacts sociaux sont des facteurs de risque néfastes pour les intervenants. Stone (2011) mentionne que le détachement, la ventilation et la prise de congés payés sont des stratégies d'adaptation plus efficaces. L'autoadministration de soins (ex. : le yoga, l'exercice physique et une saine alimentation) aurait également des retombées bénéfiques sur la santé biopsychosociale des professionnels (Harrison & Westwood,

2009; Yassen, 1995). Toutefois, Bober et Regehr (2006) ont pu constater que malgré le bon vouloir des intervenants à appliquer ces techniques d'autosoins, peu d'entre eux prennent le temps de le faire. Prendre soin de soi peut être difficile pour tous les professionnels en raison de contraintes de temps et d'énergie (Cavanaugh, 2010). C'est pourquoi les professionnels doivent identifier leurs propres besoins (Pffifferling & Gilley, 2000) afin de développer des stratégies de soins personnels adaptées à leur rythme de vie (Figley, 2002a; Zimmerman & Weber, 2000).

2.6 LIMITES DES RECHERCHES ACTUELLES

En ce qui concerne les questions non résolues dans la recension des écrits, nous pouvons constater que partout dans le monde plusieurs chercheurs déplorent le fait qu'il y ait peu de documentations scientifiques liées aux retombées des événements traumatiques sur les intervenants psychosociaux (Bauwens, 2012; Bourassa, 2009; Daly et al., 2008; DeSimone, 2009; Harrison & Westwood, 2009; Leitch, Vanslyke, & Allen, 2009; Prati & Pietrantonio, 2010; Putman et al., 2009; Walsh, 2009). Ce phénomène est reconnu dans la littérature, mais peu exploré (Dekel & Baum, 2010). Les études qui existent en lien avec l'intervention de crise tendent à se centrer davantage sur les retombées des événements traumatiques sur la communauté, les retombées des agressions de la clientèle sur les intervenants ou les impacts de l'intervention auprès de victimes d'actes sexuels sur les intervenants. De plus, il est également surprenant de voir la quantité d'études qui ont été menées sur la résilience des victimes comparativement à celles qui portent sur la résilience des professionnels qui sont également touchés par les événements traumatiques (Hyatt-Burkhart, 2011).

Alexander (1990) a relevé trois principales limites dans les études portant sur les retombées des situations d'urgence chez les intervenants et ces limites sont toujours d'actualité. La première est que les événements traumatiques sont tous imprévisibles et incontrôlables. La seconde est que l'étendue des retombées émotionnelles intenses que vivent certains intervenants peut poser un problème éthique pouvant nuire à la collecte de données des chercheurs. La troisième est qu'il est difficile de généraliser les résultats d'une situation de crise à l'autre étant donné les multiples types de méthodologies utilisés par les chercheurs. D'autres recherches sont donc nécessaires afin d'approfondir notre compréhension des relations entre les caractéristiques des événements traumatiques, le type de personnalité des intervenants, des stratégies d'adaptation

utilisées par ces derniers ainsi que de la nature et gravité des réactions post-traumatiques. De plus, comme Friedman, Keane et Resick (2007) l'ont affirmé, le traumatisme est un processus très complexe et se vit de façon unique par chaque individu. Ce qui peut avoir un impact traumatisant pour une personne peut ne pas avoir de retombées négatives pour une autre (Hacking, 1999). C'est d'ailleurs ce que soulèvent Daly et ses collègues (2008) en mentionnant l'importance de connaître l'ampleur des retombées que peut engendrer l'intervention de crise sur les intervenants.

En ce qui concerne les retombées positives de l'intervention en situation de crise sur les intervenants psychosociaux, peu d'études ont été publiées sur leur satisfaction au travail (Pasupuleti et al., 2009). Peu de chercheurs se sont penchés sur les réactions positives du travail lors d'événements traumatiques (Jacobson, 2006) et sur les pratiques de stratégies d'adaptation positives chez ces professionnels (Harrison & Westwood, 2009). Des recherches sont donc nécessaires afin de déterminer les facteurs qui peuvent venir en aide aux intervenants psychosociaux (Leitch, Vanslyke, & Allen, 2009). Selon Bride (2007) et Stamm (2002), il n'y a pas suffisamment d'études qui mettent en lumière le rôle de la fatigue de compassion ainsi que le rôle de la satisfaction par la compassion sur les intervenants. Une grande partie de la littérature qui traite de la fatigue de compassion ou de la satisfaction par la compassion est basée sur des expériences anecdotiques ou sur des idées conceptuelles (Badger, Royse, & Craig, 2008; Radey & Figley, 2007) et peu de recherches se sont centrées sur une profession spécifique (Cunningham, 2003; Dane & Chachkes, 2001; Pockett, 2003). Dans les études, les résultats concernant la fatigue de compassion et la satisfaction par la compassion seraient influencés par une surreprésentation des femmes interrogées (Sprang, Clark, & Whitt-Woosley, 2007).

CHAPITRE III

3. CADRE CONCEPTUEL DE L'ETUDE

*Des réactions normales,
dans des circonstances anormales.*

Figley (1995b)

La recension des écrits a permis de constater que les intervenants psychosociaux qui travaillent en situation de crise, de tragédie et de sinistre sont sujets à vivre de multiples difficultés pouvant engendrer des retombées positives et négatives sur leur santé biopsychosociale et sur leur performance au travail. Afin de construire un cadre conceptuel permettant d'appréhender les retombées positives et négatives de l'intervention en période de crise sur les intervenants, nous avons centré nos observations sur certains constats tirés d'études scientifiques. Précisons que ce projet de recherche n'a pas privilégié une approche particulière, mais a plutôt préféré regrouper quelques concepts tirés de théories et d'approches afin de donner un sens à toutes les facettes de la problématique exposée. Comme le mentionnent Mayer et ses collègues (2000), plusieurs recherches de types exploratoire ou descriptif en travail social ne s'appuient pas sur un cadre théorique précis, mais vont plutôt articuler leurs constats autour de concepts interreliés qui permettent d'appréhender le phénomène à l'étude.

3.1 PHASES D'INTERVENTION EN SITUATION DE CRISE

Comme nous avons pu le voir dans la recension des écrits, le Plan national de sécurité civile du MSSS du Québec considère quatre phases à l'intérieur desquelles les intervenants ont à déployer différents services à la population lors de désastre. Lors du déploiement des services, les professionnels sont sujets à être confrontés à diverses situations qui peuvent influencer leur santé biopsychosociale ainsi que leur performance au travail. Selon le MSSS (2008), les quatre phases sont la phase de prévention, de préparation, d'intervention et de rétablissement. La phase de prévention inclut toutes les mesures ou les activités qui contribuent à diminuer ou à éliminer

les risques de sinistre ainsi qu'à atténuer leurs impacts potentiels (MSSS, 2008). De plus, c'est lors de cette phase que les intervenants vont mettre en place des activités qui permettent d'améliorer le bien-être de la population (ex. : lois, schémas, services sociosanitaires et communautaires) (MSSS, 2008). La phase de préparation inclut, quant à elle, toutes les mesures ou activités qui permettent aux citoyens, aux corporations, aux autorités gouvernementales, aux instances régionales et municipales ainsi qu'aux intervenants des CSSS de se préparer à l'éventualité d'un sinistre (ex. : préparer un plan, faire des exercices, convenir de mécanismes de décision et de coordination, réaliser des activités de formation) (MSSS, 2008). La phase de l'intervention inclut toutes les activités et mesures déployées lorsque survient un sinistre (ex. : le signalement, l'alerte, la mobilisation, les interventions, la gestion) (MSSS, 2008). Enfin, la phase de rétablissement inclut toutes activités et mesures qui permettent la restauration des infrastructures essentielles et un retour à la vie normale des sinistrés et des communautés (ex. : logement, alimentation, santé et services sociaux, indemnisation) (MSSS, 2008). La principale mission du volet psychosocial des CSSS du Québec lors de leurs interventions en situation de crise et de post-crise est d'utiliser une approche communautaire ayant pour but de minimiser les impacts psychosociaux ainsi que de faciliter un retour à la vie normale des sinistrés, de leur famille, des communautés, de la population et des intervenants.

Pour sa part, Leblond (1991) considère que les sinistres ou les tragédies comportent six étapes distinctes qui provoquent une série diverse de réactions chez les sinistrés et les intervenants. Ces six phases sont la phase d'avertissement d'un danger, la phase de danger, la phase d'impact, la phase d'inventaire et de sauvetage, la phase de rétablissement et la phase de reconstruction. La phase d'avertissement d'un danger est la période où les intervenants prennent connaissance de l'état de la situation. Cette nouvelle peut déclencher chez les professionnels divers sentiments tels que l'anxiété, l'inquiétude, le déni, la banalisation, le doute, la terreur, l'appréhension et/ou l'insécurité (Leblond, 1991). La phase de danger est le moment où l'événement est imminent. Cette situation, qui est hors de leur contrôle, peut déclencher chez les sinistrés et les intervenants des craintes pour leurs biens ou pour leur propre sécurité et celle de leurs proches (Leblond, 1991). C'est à ce moment qu'ils peuvent adopter des comportements de protection et de survie. Lors de la phase de l'impact, l'événement se produit entraînant la mort, des blessés et des bris. Les professionnels sont spectateurs de la situation en plein désarroi

(Leblond, 1991). Ensuite, la phase d'inventaire et de sauvetage est la période où les professionnels vivent des réactions paradoxales face aux événements qui viennent de se produire. À certains moments ils peuvent vivre de la peur et à d'autres être rationnels même distants émotionnellement de la misère des autres (Leblond, 1991). Pour ce qui est de la phase de rétablissement, il s'agit du moment où les professionnels se confrontent à la réalité en prenant conscience de l'ampleur des événements. Enfin, la phase de reconstruction est une période relativement longue où l'évolution vers la vie normale dépend des pertes vécues et du soutien apporté aux intervenants (Leblond, 1991).

Leblond (1991) ajoute qu'il est primordial d'apporter de l'aide autant aux professionnels qu'aux sinistrés, car les événements traumatiques peuvent avoir des répercussions sur tous les membres d'une communauté. De plus, certains facteurs propres à la réalité des intervenants travaillant en situation de crise sont des éléments à prendre en compte tels que la surcharge des responsabilités, les exigences physiques, mentales et émotives, les lieux de travail, les facteurs environnementaux, les ressources limitées ainsi que le niveau élevé d'attentes des victimes et de l'organisation envers leur rendement. Selon cet auteur, les organisations devraient offrir aux intervenants des séances de verbalisation et d'autres méthodes de soutien pour diminuer les retombées de leur implication en situation de crise (Leblond, 1991).

Pour ce qui est des notions théoriques tirées de l'ouvrage de Blaikie et ses collègues (2004), les facteurs qui facilitent ou non le travail des intervenants psychosociaux sont exposés selon la période pré-désastre et la période post-désastre. Ces auteurs ont traité des facteurs de protection et de risque liés au contexte, à l'organisation, à l'intervenant et aux clientèles rencontrées. Ils ont principalement axé leur recherche sur le rétablissement des professionnels en évaluant les causes liées à l'événement, mais ils se sont également penchés sur les facteurs sociaux et économiques qui peuvent avoir une influence importante sur leur rétablissement.

En ce qui concerne les facteurs de risque liés à l'organisation avant l'événement, il y a la non-reconnaissance de la vulnérabilité potentielle des intervenants, la non-transparence des exigences circonstancielles, l'émission d'attentes confuses des rôles et des responsabilités, la transmission de stratégies d'adaptation au stress inefficaces, le manque de ressources

disponibles, le non-renforcement du travail d'équipe ainsi que le manque de formations et de simulations pour l'intégration des acquis (Blaikie et al., 2004). Pour ce qui est des facteurs de risque liés à l'intervenant avant le désastre, ces auteurs considèrent que le manque de formations théoriques et pratiques, le déploiement de stratégies d'adaptation inefficaces, le manque de bagage expérientiel, un niveau élevé de stress perçu, le manque d'autonomie et le faible soutien social sont des éléments en prendre en considération lorsqu'on étudie la réalité des intervenants appelés à appliquer les mesures d'urgence (Blaikie et al., 2004).

Quant aux facteurs liés au contexte à la suite d'un désastre, il y a l'absence de signaux d'avertissements adéquats, le type et la nature du désastre, le degré d'incertitude, le moment du désastre, l'addition d'autres sources de menace, la familiarité avec les victimes ainsi que l'intensité élevée des exigences liées aux circonstances inhabituelles (Blaikie et al., 2004). Pour leur part, les facteurs de risque liés à l'intervenant suite au désastre sont le manque de formations, les attentes irréalistes et confuses quant aux rôles et responsabilités, le stress, le manque d'autonomie, un réseau social de soutien insuffisant, un climat organisationnel dysfonctionnel, l'exposition continue à des sources de menaces ainsi que le manque d'accès à des informations contextuelles claires et précises (Blaikie et al., 2004). Enfin parmi les facteurs reliés à l'organisation suite au désastre, il y a l'absence de formations en adéquation avec les besoins des intervenants, la déclaration d'attentes irréalistes et confuses quant aux rôles et aux responsabilités des intervenants, un soutien inadéquat suite à l'événement, la rotation du personnel, la coordination et la communication interorganisationnelle déficiente ainsi que le maintien de procédures bureaucratiques rigides (Blaikie et al., 2004). La figure 1 présente les divers éléments du cadre conceptuel de Blaikie et ses collègues (2004).

Figure 1

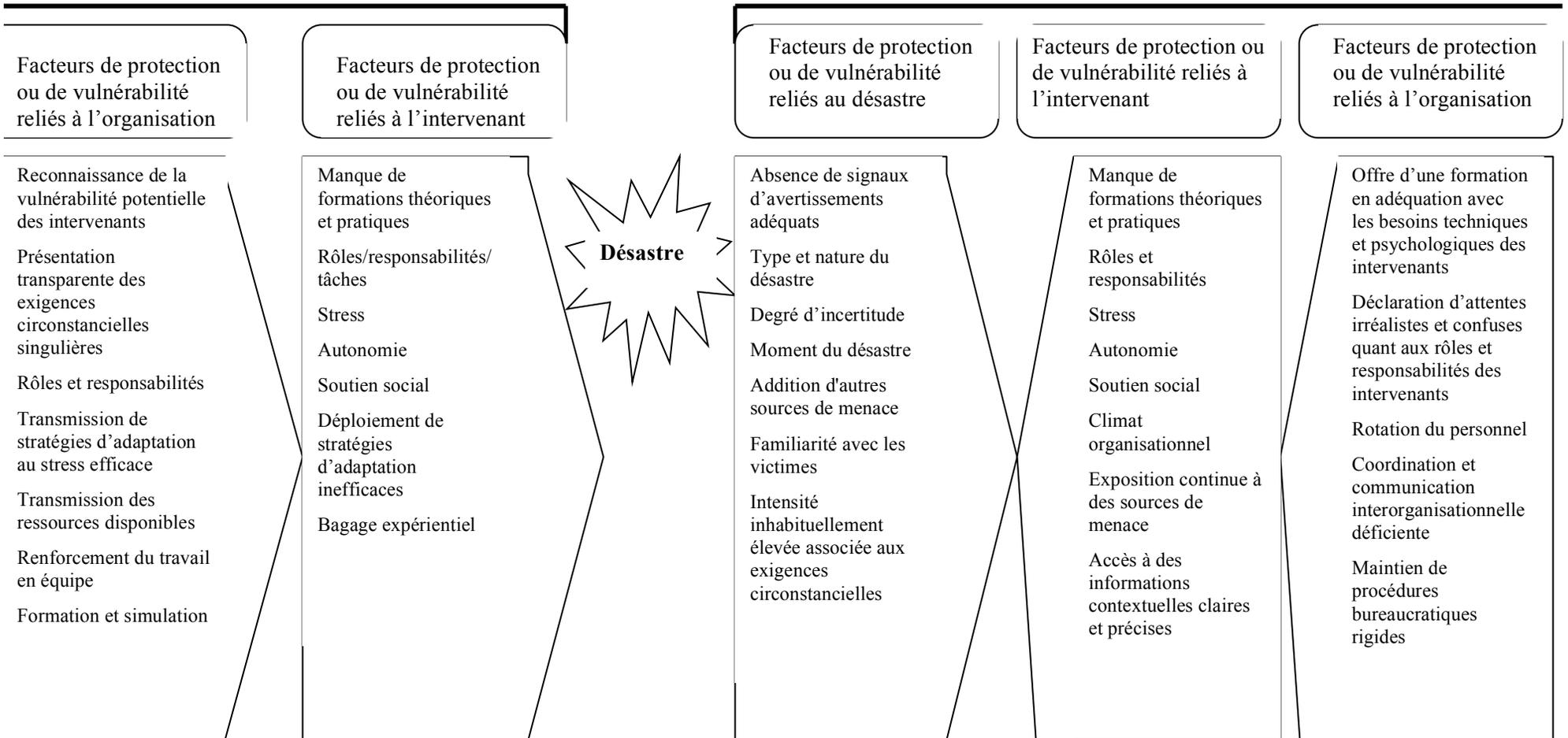
Modèle conceptuel de la vulnérabilité des intervenants en situation de désastre selon la période de négociation du risque

Période pré-désastre

Période post-désastre

Dynamique de négociation potentielle du risque

Dynamique de négociation effective du risque



3.2 APPROCHE DES COMPETENCES

Puisque la performance au travail des intervenants psychosociaux est rudement mise à l'épreuve lors de leurs implications en situation de crise, de tragédie et de sinistre, l'approche des compétences permet de cibler les attentes des employeurs envers leurs employés, les compétences présentes chez ces professionnels et leurs besoins en matière de formation (Boucher, 1995). L'approche des compétences se définit comme la capacité d'un professionnel à combiner et à utiliser ses connaissances ainsi que son savoir-faire pour maîtriser des situations professionnelles afin d'obtenir les résultats attendus (Flück & Le Brun Choquet, 1992). Lareau (1996) ajoute que ce sont les compétences qui leur permettent de réaliser adéquatement leur rôle et de résoudre les difficultés qu'ils peuvent rencontrer lors de l'application de leurs fonctions. Selon Bertaux (2002), le concept de compétence se définit également comme un ensemble de dispositions appropriées qu'un professionnel a apprises, intériorisées et construites afin de penser, sentir et agir d'une façon déterminée. Jonnaert (2009) spécifie que la compétence est la mise en application des savoirs être, faire ou devenir dans une situation précise. La compétence est toujours dépendante de la représentation que se fait le professionnel de la situation (Jonnaert, 2009). Selon Le Boterf (2006), la compétence est la résultante de trois facteurs, dont *le savoir-agir* qui implique la faculté de combiner et de mobiliser des ressources pertinentes (connaissances, savoir-faire, réseaux), le *vouloir-agir* qui se réfère à la motivation et à l'engagement du professionnel ainsi que le *pouvoir-agir* qui est en lien avec l'organisation du travail et les conditions sociales qui rendent possibles et légitimes la prise de responsabilités de ce dernier.

Selon cette approche, c'est le professionnel qui détermine quelles sont les caractéristiques comportementales appropriées au travail à réaliser en se basant, entre autres, sur les exigences des employeurs (Maruca & Mast, 1996). Les professionnels ayant davantage de facilité à identifier quelles sont les compétences nécessaires à posséder et à déployer pour leur emploi auront, par le fait même, un rendement plus efficace (Maruca & Mast, 1996). Il est à noter que les compétences requises dans les référentiels de compétences ne correspondent pas entièrement aux compétences que possèdent réellement les professionnels. Chaque professionnel développe de façon singulière ses compétences en fonction de ses motivations, de ses expériences antérieures et des ressources présentes dans son environnement (Brahimi et al., 2011). Notons

toutefois que de nos jours, étant donné la complexité des situations professionnelles et des nouvelles pratiques, les organisations misent plus sur les compétences collectives que sur les compétences individuelles (Brahimi et al., 2011). Afin de favoriser les compétences collectives, le partage d'informations, le travail d'équipe, l'interdisciplinarité, le travail en réseau et la création de communautés de pratique sont des pratiques courantes au sein des organisations (Brahimi et al., 2011).

Selon l'approche des compétences, la formation constitue l'ensemble des habiletés et des aptitudes nécessaires qui permettront aux professionnels de développer leur capacité d'adaptation et de polyvalence (Lareau, 1996). Lareau (1996) précise que la formation est un investissement à long terme pour les établissements, car elle permet aux professionnels d'acquérir des compétences qui contribueront au développement des organisations. Les multiples retombées de la formation amènent, entre autres, un accroissement de la productivité et de la polyvalence, une baisse du taux de roulement du personnel ainsi qu'une plus grande satisfaction, mobilisation et motivation chez les professionnels (Lareau, 1996). De plus, les nouveaux acquis en matière de compétences professionnelles accroissent leur mobilité et leur capacité d'adaptation, ce qui les amène à être davantage motivés et occupés dans leurs fonctions (Lareau, 1996). Ces acquis peuvent être transférables et appliqués dans diverses situations semblables (Lareau, 1996).

Comme le précise Lareau (1996), l'approche des compétences n'est pas un remède miracle aux problématiques rencontrées par les professionnels dans les organisations, mais elle permet tout de même de favoriser la mobilité, l'adaptation, la performance, la satisfaction au travail et la motivation. De plus, cette approche offre un moyen efficace de réunir les efforts de chacun autour d'un même référentiel de compétences (Lareau, 1996). Enfin, cette approche des compétences nous permet d'explorer les différents facteurs liés à la performance des intervenants psychosociaux lors de leur implication en situation de crise.

3.3 ENSEMBLE DU CADRE CONCEPTUEL DE L'ETUDE

Le cadre conceptuel de la présente étude s'inspire donc des approches liées aux différentes phases de l'intervention en situation de crise et de l'approche des compétences. Les principaux facteurs relevés de ces approches qui semblent déterminants pour notre étude portant sur le vécu des intervenants psychosociaux en situation de crise, de sinistre ou de tragédie sont les facteurs liés à la préparation des établissements à l'intervention, à la réaction de l'organisation, à la préparation et à la formation des professionnels, au type de clientèle rencontrée, aux caractéristiques des intervenants et au contexte d'intervention. Précisons que certains de ces facteurs sont interreliés par leur influence sur les intervenants. À titre d'exemple, les facteurs liés à la préparation des établissements à l'intervention vont inévitablement influencer ceux liés à leur préparation et formation. De plus, les principales sources de satisfaction, d'insatisfaction et difficultés vécues ainsi que les retombées de l'intervention de crise sur leur santé biopsychosociale et leur performance au travail seront également observées. Sommes toutes, l'ensemble de ces approches crée un cadre conceptuel qui permet de décrire, de comprendre et d'analyser leur vécu en période de crise. Ce cadre conceptuel nous permet également de catégoriser les différents extraits d'entrevues en grandes classes de thèmes liés au vécu des intervenants psychosociaux en situation de crise, de tragédie et de sinistre.

CHAPITRE IV

4. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

*Quand on reçoit la souffrance en concentré,
il est vital de parvenir à la diluer.*

Legault Faucher (2007)

Ce mémoire portant sur le vécu des intervenants psychosociaux travaillant en situation de crise est encadré par une approche qualitative. Afin de bonifier et d'appuyer le cadre conceptuel, ce chapitre décrit le type et les objectifs de la présente recherche, la population à l'étude, les modalités de recrutement des participants ainsi que les stratégies de collecte et d'analyse des données que nous avons privilégiées. De plus, des informations sont apportées sur la pertinence de l'étude.

4.1 TYPE DE RECHERCHE

Le choix de réaliser une étude qualitative avec une approche phénoménologique vise à en savoir davantage sur l'expérience de vie des répondants et sur la signification que ceux-ci y accordent (Loiselle, Profetto-McGrath, Polit, & Beck, 2007). Notons que la recherche qualitative «privilégie l'expérience comme matériel de base à la reconstruction du savoir» (Deslauriers, 1991). Donc, cette possibilité d'interroger les répondants et de les utiliser comme ressources pour la compréhension d'une réalité sociale est un grand avantage des sciences sociales qui s'intéressent à des sujets dépourvus de parole (Palmer, 1928). Dans cette étude, nous avons alors cherché à mieux comprendre les perceptions qu'ont les répondants de leur vécu lorsqu'ils ont à intervenir en situation de crise afin de découvrir le sens que ces derniers donnent à cette réalité. Comme le mentionne Mongeau (2009), donner un sens aux discours des individus se fait par une mise en relation d'un ensemble d'éléments, d'une façon suffisamment organisée. C'est pourquoi les objectifs de l'étude comportent divers éléments clefs qui ont été sélectionnés dans le but de découvrir le sens qu'accordent les répondants au sujet à l'étude. Rutter (1987) précise qu'elle est la seule méthode apte à recueillir des données permettant la compréhension des interactions entre divers facteurs de protection et de risque.

Contrairement à la méthode quantitative, nous avons davantage observé le discours des répondants qu'effectuer des calculs. Puisque les informations que nous avons recueillies auprès des répondants sont difficilement quantifiables, nous avons utilisé une méthode de traitement inductive qui a servi à dégager les principales récurrences dans leurs propos (Mongeau, 2009). De plus, l'utilisation d'un devis qualitatif de type exploratoire nous a permis de documenter un thème de recherche encore peu exploré au Québec. Au final, les résultats ont amené des connaissances qui nous ont permis d'être davantage en mesure de décrire cette réalité peu documentée (Mongeau, 2009). Soulignons toutefois que la compréhension de ce phénomène demeure subjective dans la mesure où chaque perception ou événement vécu par les répondants est particulier à chacun selon leur croyance et leur expérience de vie (Boutin, 1997; Deslauriers 1991; Fortin et al., 2006).

4.2 OBJECTIFS DE RECHERCHE

Subséquemment à la recension des écrits, nous avons pu établir certains faits. D'abord, que l'intervention de crise peut avoir des retombées tant positives que négatives sur les intervenants psychosociaux. Ensuite, qu'il y a un manque d'écrits scientifiques en ce qui concerne les retombées de l'intervention de crise sur ces derniers. Devant ces faits, la présente étude vise l'atteinte d'un objectif général et de trois objectifs spécifiques.

Objectif général

Recueillir le point de vue des intervenants psychosociaux des CSSS sur leur vécu lorsqu'ils sont appelés à intervenir en situation de crise, de tragédie ou de sinistre.

Objectifs spécifiques

- I. Identifier les sources de satisfaction et d'insatisfaction ainsi que les difficultés que les intervenants psychosociaux rencontrent lorsqu'ils interviennent en situation de crise, de tragédie ou de sinistre.
- II. Documenter les retombées positives et négatives de l'intervention en situation de crise, de tragédie ou de sinistre sur leur santé biopsychosociale et leur performance au travail.
- III. Identifier les facteurs de protection et de risque qui facilitent ou non leur travail en situation de crise.

4.3 CONTEXTE DE LA RECHERCHE

La présente étude s'inscrit dans une recherche plus large menée par la professeure Danielle Maltais. Ce projet de recherche intitulée *Intervenants sociaux et Intervention en situation de crise* a été financé par le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH) de 2009 à 2014 (Maltais, Lachance, & Gauthier, 2009).

Le présent mémoire porte sur l'analyse du contenu des rencontres de groupe réalisées dans les CSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean auprès des intervenants psychosociaux appelés à intervenir en situation de crise, de tragédie ou de sinistre.

4.4 POPULATION A L'ETUDE

La délimitation de la population à l'étude et de l'aire territoriale de ce présent mémoire a été préalablement choisie en fonction de la région administrative du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Cette région comprend six CSSS dont le CSSS Cléophas-Claveau, le CSSS de Chicoutimi, le CSSS de Jonquière, le CSSS du Lac-Saint-Jean-Est, le CSSS Domaine-du-Roy et le CSSS Maria-Chapdelaine et cinq de ces CSSS ont accepté de participer à l'étude. Dans le cadre de ce mémoire, 25 intervenants psychosociaux rencontrés ont été interviewés par l'entremise de cinq rencontres de groupe (communément appelé focus group) regroupant entre 4 et 8 participants. Ces intervenants devaient être déjà intervenus lors d'une situation de crise, de tragédie ou de sinistre au cours des sept dernières années. La formation de cinq groupes de discussion s'est avérée suffisante puisque de trois à cinq groupes suffisent généralement à l'atteinte de la saturation des données (Morgan, 1997, 1998).

4.5 MODALITES DE RECRUTEMENT DES ORGANISMES PARTICIPANTS

Pour effectuer le recrutement des répondants, différentes étapes ont été réalisées afin de répondre aux exigences du MSSS. D'abord, au mois de mars 2011, des contacts téléphoniques ont été établis auprès de la coordonnatrice des services psychosociaux en cas de sinistre du MSSS afin d'obtenir son approbation en ce qui a trait aux différentes démarches de l'étude de Maltais, Lachance et Gauthier (2009). À la suite de ces échanges téléphoniques, cette coordonnatrice a validé auprès des ASSS du Québec leur intérêt à participer ou non à l'étude ainsi que leur disponibilité à servir de courroie d'information auprès des différents CSSS de leur

région. À la fin avril 2011, le MSSS nous avisait que nous étions dans l'obligation de formuler une demande de certificat multicentrique incluant la participation des comités d'éthiques régionaux (CER) de l'ensemble des CSSS du Québec, et ce, avant d'entamer toute procédure de collecte de données au sein des ASSS et des CSSS du Québec. En d'autres termes, sans l'acceptation du certificat d'éthique multicentrique des CER des différents CSSS désirant participer à notre étude, nous ne pouvions pas débiter la collecte de données. C'est donc à partir de l'été 2011 que nous avons travaillé en étroite collaboration avec le CER du Saguenay afin de remplir ces nouvelles exigences. La responsable du CER du Saguenay, Mme Christine Gagnon, a alors pris en charge les communications auprès de l'ensemble des CER du Québec et nous a également guidés dans la rédaction des multiples documents à produire dans le cadre de cette demande multicentrique (voir annexe 1 pour les certificats d'éthique).

Pour répondre aux exigences des 14 CER régionaux ayant répondu positivement à la demande de certificat multicentrique, entre les mois de janvier à mars 2012, nous avons dû apporter des modifications mineures aux modèles des lettres de consentement des différents types de participants, aux lettres de recrutement des répondants ainsi qu'aux différents outils de collecte de données qui avaient été approuvés préalablement par le comité d'éthique de l'UQAC. Par la suite, nous avons été en mesure de prendre rendez-vous auprès des responsables des mesures d'urgence des ASSS et des CSSS afin de réaliser les entrevues semi-dirigées et planifier les entrevues de groupe auprès des intervenants psychosociaux travaillant en situation de crise. C'est par l'entremise des responsables des mesures d'urgence des CSSS que ces intervenants ont reçu, dans leur courrier interne, les lettres d'invitation à participer aux rencontres de groupe (voir annexe 2). L'ensemble de ces démarches auxquelles nous avons dû procéder ne fut pas sans conséquence. D'une part, le calendrier des activités a été grandement perturbé parce que nous avons dû nous adapter aux diverses demandes formulées par les 14 CER régionaux. Dans les faits, l'ensemble des entrevues de la recherche de Maltais, Lachance et Gauthier (2009) ont eu lieu du mois de juillet 2012 au mois de juillet 2013 et nous avons procédé à l'analyse des données qu'en août 2013.

4.6 METHODE DE COLLECTE DE DONNEES

Afin de répondre aux objectifs de cette recherche, nous avons effectué des entrevues de groupe auprès des intervenants psychosociaux. Ces entrevues ont abordé divers thèmes afin qu'ils partagent leur vécu en situation de crise, de tragédie ou de sinistre. Cette méthode nous a permis de recueillir les qualités spécifiques de cette population et favoriser la découverte de nouvelles perspectives (Flynn Saulnier, 2000). L'homogénéité du groupe avec leur expérience commune concernant l'intervention en situation de crise a permis une polarisation des aspects abordés (Sim, 1998; Sim & Snell, 1996). La méthode d'entrevue de groupe a également permis aux participants de réfléchir simultanément sur une variété de questions (Deslauriers, 1991). Pendant l'entrevue, leurs opinions, leurs sentiments, leurs comportements et leurs motivations ont été nuancés en fonction des propos des autres participants (Deslauriers, 1991). Cette méthode a su aussi faire émerger des idées nouvelles de façon interactive et spontanée (Flynn Saulnier, 2000). Les participants ont pu comparer et partager leurs propres expériences et opinions (Morgan, 1998). Ce type d'entrevue a également contribué à l'extériorisation des répondants par un effet d'entraînement, car il a fallu seulement qu'un répondant exprime ses impressions personnelles pour que les autres sentent le besoin d'en faire autant (Duchesne & Haegel, 2013). De plus, les confidences de chaque participant ont aidé les autres à se remémorer les expériences antérieures qu'ils ont vécues (Duchesne & Haegel, 2013). Cette méthode permet de recueillir un maximum d'informations au même moment ce qui fait gagner du temps (Duchesne & Haegel, 2013). Il existe toutefois quelques inconvénients à cette méthode. Par exemple, au cours de la rencontre, les répondants peuvent détourner la discussion des thèmes abordés (Duchesne & Haegel, 2013). C'est pourquoi l'intervieweur doit être conscient de cette éventualité et être prêt à recadrer le groupe si nécessaire (Merton, Fiske, & Kendall, 1990).

Les entrevues de groupe se sont donc déroulées du 6 décembre 2012 au 30 avril 2013 et ont été d'une durée moyenne de 120 minutes. Au début de la rencontre, les objectifs de l'étude ont été mentionnés par l'animatrice et les conditions éthiques ont été présentées (Stewart & Shamdasani, 1990). Par la suite, les participants ont consenti à participer à la recherche en prenant connaissance de la lettre de consentement (voir annexe 3) ainsi qu'en y apportant leurs signatures (Greenbaum, 1998). L'animatrice a remis aux participants la liste des coordonnées des Commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services et aux services d'aide aux employés

(PAE) et la liste des comités d'éthique ayant évalué le projet (voir annexe 4). Ensuite, les participants ont rempli une fiche signalétique (voir annexe 5). Afin de briser la glace, chaque participant s'est présenté en mentionnant, entre autres, ses expériences passées concernant le sujet à l'étude (Stewart & Shamdasani, 1990). L'ensemble des entrevues de groupe a également été enregistré puis retranscrit intégralement sous forme de verbatim. L'enregistrement des rencontres est primordial pour garder une trace des données recueillies (Duchesne & Haegel, 2013). C'est pourquoi nous avons utilisé deux enregistreuses audio afin de nous assurer d'avoir au moins une copie des entrevues au cas où l'un des deux enregistrements serait défectueux.

L'animation de toutes les entrevues de groupe a été réalisée par la chercheuse principale de la recherche, Mme Danielle Maltais. Les principales tâches liées à l'animation ont été de mettre en confiance les participants, de répartir les tours de parole, de solliciter la parole des personnes plus silencieuses, de relancer la conversation et de recadrer la discussion si nécessaire (Duchesne & Haegel, 2013). De plus, à des fins de validation pour la recherche, tout au long de la rencontre l'animatrice a validé la compréhension des répondants face aux questions, a écouté leurs réponses de façon proactive, a précisé les pensées ambiguës exprimées par les participants, s'est assurée de l'utilisation d'un langage commun, a abordé des points qui semblaient importants pour eux, et écouté leurs opinions (Frankland & Bloor, 1999; Krueger, 1994). Pendant que l'animatrice réalisait l'animation de groupe, l'auteur de ce mémoire assumait le rôle d'observatrice en prenant en note les grandes lignes des aspects abordés par les intervenants et observait également les interactions non verbales de ces derniers devant les thèmes discutés (voir annexe 7). Les données non verbales regroupent les signes d'accord, les indications sur l'humeur du groupe, la spontanéité des réponses, les contradictions et l'intensité des réponses (Beyea, 2000; Jackson, 1998; Kidd & Parshall, 2000; Roberts, 1997). Les données recueillies par l'observatrice concernant les interactions non verbales, les axes de participation des répondants et le climat du groupe permettent de compléter les données recueillies par l'enregistrement (Duchesne & Haegel, 2013; St-Arnaud, 2008). Suite à chaque rencontre de groupe, l'animatrice et l'observatrice ont discuté des points à retenir, des différences entre les groupes au niveau de la dynamique et du style de conversation (Kitzinger, 1996; Krueger, 1998; Lincoln & Guba, 1985; Morrison-Beedy et al., 2001; Simon, 1999).

Le tableau 1 présente les thèmes et les sous-thèmes de la fiche signalétique utilisée auprès des intervenants psychosociaux. Cette fiche a permis de recueillir des informations sur leurs caractéristiques sociodémographiques (genre, année de naissance et niveau de scolarité) et professionnelles (titre d'emploi, principales fonctions, nombre d'années de service pour l'employeur actuel) des répondants.

Tableau 1:

Thèmes et sous-thèmes de la fiche signalétique

Caractéristiques sociodémographiques

- Genre
- Année de naissance
- Niveau de scolarité complété

Fonctions professionnelles

- Titre de l'emploi actuel
- Principales fonctions
- Nombre d'années travaillées pour le poste actuel
- Nombre d'heures par semaine travaillées pour le poste actuel
- Horaire habituel de travail pour le poste actuel
- Programmes ou secteurs du poste actuel
- Nombre d'années travaillées pour l'employeur actuel
- Emplois antérieurs dans le domaine de l'intervention psychosocial avant le poste actuel
- Nombre d'années travaillées aux emplois antérieurs avant le poste actuel
- Nombre d'années de la dernière implication d'intervention en situation de sinistre
- Degré de satisfaction face aux rôles et aux responsabilités du poste actuel
- Niveau de stress vécus face au poste actuel
- Niveau de stress vécus face aux rôles et aux responsabilités lors d'interventions en situation de crise

Le tableau 2 présente les thèmes et les sous-thèmes du guide d'entrevue (voir annexe 6) qui ont été utilisés. Concrètement, ce tableau contient les thèmes nous donnant l'accès au point de vue des intervenants sur les principales sources de satisfaction et d'insatisfaction qu'ils peuvent vivre lorsqu'ils travaillent en situation de crise, de tragédie ou de sinistre, d'identifier les retombées positives et négatives de ce type d'intervention sur leur santé biopsychosociale et leur performance au travail ainsi que d'identifier les facteurs de protection et de risque qui facilitent ou non le travail en situation de crise.

Tableau 2 :

Thèmes et sous-thèmes du guide d'entrevue

Types de crises, tragédies et sinistres les plus fréquents dans leur région au cours des sept dernières années	<ul style="list-style-type: none"> • Causes naturelles • Causes anthropiques reliées au développement technologique • Relié à l'activité humaine
Responsabilités attribuées généralement aux intervenants <ul style="list-style-type: none"> • Pré-intervention • Pendant l'intervention • Post-intervention 	<ul style="list-style-type: none"> • Tâches effectuées • Répartition de la charge de travail • Alternance entre les heures de travaux et de repos • Autonomie décisionnelle des intervenants
Formations reçues	<ul style="list-style-type: none"> • Formation académique • Formation spécifique (ex. : l'intervention sociosanitaire en contexte de sécurité civile offerte par le MSSS) • Formation continue • Autres • Aucune
Supervision et soutien offerts aux intervenants	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des ressources de soutien socioémotionnel et instrumental • Reconnaissance ou non de leurs responsabilités (ex. : récompenses monétaires, sociales et organisationnelles) • Libre choix de continuer le travail ou de le quitter • Attention particulière aux intervenants susceptibles de vivre des difficultés d'adaptation • Sessions de verbalisation pendant et après la crise • Mesures individuelles de soutien aux intervenants et aux membres de leur famille • Autres • Aucun
Partenariat interne et externe	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilités spécifiques • Communications entre les professionnels • Complémentarité/soutien dans les actions • Défis et difficultés rencontrées

Principales sources de satisfaction/insatisfaction et difficultés rencontrées	<ul style="list-style-type: none"> • Contextuelles • Organisationnelles • Personnelles/Familiales/Conjugales • Clientèles • Autres • Aucune
Retombées positives et négatives de l'intervention en situation de crise	<ul style="list-style-type: none"> • Santé biopsychosociale • Vie personnelle, familiale, conjugale • Performances au travail/vie professionnelle • Vie sociale/loisirs • Autres • Aucun
Facteurs de protection et de risque - Pré-intervention - Pendant l'intervention - Post-intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Contextuels • Organisationnels • Personnels/Familiales/Conjugales • Clientèles • Autres • Aucun
Recommandations	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenants psychosociaux • Proches • Clientèles • Employeurs (ex. : gestionnaires) • Gouvernement (ex. : décideurs) • Autres • Aucun

4.7 DEROULEMENT DES RENCONTRES DE GROUPE

Les locaux où nous avons réalisé les cinq rencontres de groupe étaient tous bien insonorisés et comprenaient suffisamment de tables et de chaises pour accueillir l'ensemble des participants. Certains locaux étaient plus grands que d'autres, c'est pourquoi avant chaque rencontre nous avons dû réaménager l'emplacement des tables et des chaises enfin que l'animatrice puisse voir simultanément tous les intervenants durant l'animation. Toutes les rencontres ont été dans l'ensemble harmonieuses et calmes. Seulement quelques distractions ont eu un impact mineur sur le déroulement de trois groupes, dont le retard de quelques participants et un changement de local de dernière minute. De plus, deux rencontres de groupe ont été interrompues parce que dans l'un des participants désiraient fumer et dans l'autre parce que les intervenants désiraient une courte pause.

Pour l'ensemble des rencontres, le climat des groupes était empreint de solidarité et d'harmonie. Les participants avaient des intérêts communs et des concordances dans leurs discours se sont souvent manifestées. En général, les participants étaient en accord avec les propos émis par les membres de leur groupe et ils ont démontré de l'empathie envers les difficultés que rencontraient leurs collègues dans le cadre de leur travail. Dans l'ensemble, les participants ont répondu de façon spontanée à chacune des questions sans avoir peur du jugement des autres. Le respect du tour de parole lorsque cela s'est avéré nécessaire, l'écoute des autres et quelques rires de complicités en parlant de certaines situations ont été des éléments présents dans tous les groupes. Quelques indications non verbales appuyaient les propos émis par les participants, dont le regard soutenu des répondants lorsque l'un d'entre eux prenait la parole et l'approbation de leurs propos respectifs en réalisant des mouvements affirmatifs de la tête ou en utilisant diverses gestuelles de façon passionnée. L'animatrice n'a pas eu à relancer la discussion lors des rencontres et il n'y a pas eu de redondance dans les propos. Le dynamisme des groupes a permis d'alimenter les sujets de discussion. Soulignons toutefois que l'enregistrement audio a pu embarrasser ou freiner quelques participants dans leurs propos au début des rencontres, mais ces derniers ont vite oublié la présence des enregistreuses. De plus, un climat de fébrilité a été présent, à quelques moments dans certains groupes, lorsque nous avons abordé des sujets suscitant des réactions émotives face à leur vécu.

La majorité des participants ont joué le rôle d'émetteur/récepteur en exprimant opinions de façon spontanée et sans censure. Ainsi, ils se sont exprimés avec enthousiasme, se complétant les uns avec les autres, tout en émettant divers points de vue. Toutefois, soulignons que dans trois des groupes rencontrés, un membre a très peu émis ses opinions. L'animatrice a dû davantage solliciter ces trois participants à s'exprimer. L'un d'eux avait une voix très basse difficilement détectable à l'enregistrement et un autre a écrit sur un bout de papier pendant toute la durée de la rencontre. Ces trois participants ont tout même pris part à la discussion à quelques reprises et nous avons pu obtenir leurs opinions générales face à certains sujets abordés.

4.8 MODALITES D'ANALYSE DES DONNEES

La validité de cette recherche qualitative repose principalement sur l'analyse du contenu et sur la pertinence des thèmes des entrevues qui sont en lien avec les objectifs de l'étude (Mayer & Ouellet, 1991). En ce sens, l'analyse des données a été le pont entre les objectifs de la recherche et les thèmes abordés dans les entrevues. Afin d'englober tout le contenu pertinent des entrevues, nous avons préalablement enregistré les propos des répondants avec leur accord dans un souci de confidentialité. Nous avons également pris des notes concernant les observations des groupes qui s'ajouteront aux enregistrements (Beyea, 2000). Plusieurs écoutes des enregistrements ainsi que de multiples lectures des verbatims ont été réalisées en vue de faire ressortir les éléments importants et de coder les données. Comme le souligne Nadeau (1987), de multiples écoutes d'un enregistrement permettent de cerner le sens général du récit et de relever les principales idées afin d'orienter l'analyse. En ce sens, cette procédure a impliqué le rassemblement d'informations communes, spécifiques ou divergentes d'un groupe à l'autre (Mayer et al., 2000).

Nous avons ensuite procédé à la division du matériel par thèmes et sous-thèmes de façon à permettre un accès rapide et facile à toutes données recueillies. Au fur et à mesure qu'une entrevue de groupe a été réalisée, sa transcription sous forme de verbatim a été réalisée. D'ailleurs, certains extraits textuels de verbatims sont utilisés dans le chapitre subséquent pour appuyer les perceptions que nous avons du discours des répondants (Bertaux, 1997) et ces derniers sont présentés sous forme de paragraphe distinct en italique. Lorsque les cinq entrevues de groupe ont été complétées, nous avons commencé leur codification. Le codage qualitatif consiste à relire l'ensemble des verbatims et créer des catégories, appelées code, incluant des idées, des significations et des valeurs qui sont répétitives (Duchesne & Haegel, 2013). Un segment de texte peut contenir plusieurs codes simultanément (Duchesne & Haegel, 2013). Pour ce faire, nous avons utilisé l'analyse qualitative informatisée du logiciel QSR Nvivo 10. Ce type d'analyse a pour objectif de rechercher un sens aux thèmes abordés (Paillé & Mucchielli, 2003). Spécifions que nous avons analysé le contenu des entrevues codifiées, car le logiciel n'est pas conçu pour faire ce type d'analyse, mais pour créer uniquement des codes. Notre analyse a été effectuée à partir de ces codes, c'est-à-dire les thèmes dans les verbatims qui sont redondants. De cette façon, nous avons souligné les propos les plus souvent abordés en entrevue, tout en ayant

un large éventail des sens apportés à ces propos (Deschenaux & Bourdon, 2005). Soulignons que chaque mot ou expression utilisée a constitué un indice pour approfondir la signification de leurs perceptions (Bertaux-Wiame, 1992). Par la suite, nous avons interprété les données à partir d'une comparaison entre les similarités et les divergences d'opinions des répondants (Mongeau, 2009). Le but de cette interprétation était de dégager une image cohérente et complète des éléments à l'étude.

C'est à la suite de l'analyse de l'ensemble des données recueillies dans toutes les entrevues effectuées que nous avons exposé les résultats obtenus. Notons que nous avons réalisé l'interprétation et l'analyse des données simultanément (Fortin et al., 2006). Selon Gauthier (2006), cette étape d'une étude qualitative consiste à donner un sens aux données recueillies en lien avec le cadre théorique et la définition des concepts. Il est également important de préciser que les données recueillies ont été analysées selon la procédure d'analyse de contenu des étapes de Colaizzi (1978), dont 1) écouter les entrevues, 2) lire chacune des transcriptions et saisir l'impression qui s'en dégage, 3) dégager des entrevues les énoncés retenus et tentés 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, 6) tenter une description exhaustive du phénomène à l'étude ainsi que 7) valider la description exhaustive ainsi obtenue auprès de quelques répondants. Notons qu'un groupe est interprété comme un cas (Lane et al., 2001), car il représente une totalité et non un ensemble de réponses individuelles (Tatterall & Maclaran, 1997). Enfin, nous avons comparé les données recueillies dans chacun des groupes (Cartwright, 1953; Folch-Lyon & Troist, 1981; Frankland & Bloor, 1999).

4.9 PERTINENCE DE CETTE ETUDE

À notre connaissance, la plupart des études existantes sur le vécu des professionnels en situation de crise porte sur des événements spécifiques tels que les accidents liés au transport (ex. : catastrophes maritimes, accidents d'avion, accidents de voiture), les catastrophes naturelles (ex. : ouragans, tremblements de terre), les expériences interpersonnelles (ex. : combats, agressions sexuelles, maltraitance des enfants), les problèmes médicaux (ex. : cancer, crise cardiaque, lésions cérébrales, lésions de la moelle épinière, VIH/SIDA, leucémie, polyarthrite rhumatoïde, sclérose en plaques) et les expériences de vie (ex. : rupture, divorce, deuil, immigration) (Gibbons, Murphy, & Joseph, 2011) ou sur des types de professionnels spécifiques

tels que les professionnels en santé mentale (Brady, Guy, Poelstra, & Brokaw, 1999; Follette, Polusny, & Milbeck, 1994), les professionnels en agression sexuelle (Ghahramanlou & Brodbeck, 2000; Schauben & Frazier, 1995) et les professionnels en traumatisme (Arvay & Uhlemann, 1996; Pearlman & Mac Ian, 1995). Collectivement, ces études fournissent la preuve empirique que les personnes qui offrent des services aux populations traumatisées vivent des retombées positives et négatives spécifiques liées à ce type d'intervention (Bride, 2007).

Pour sa part, la présente recherche se veut une démarche de collecte d'informations portant sur les perceptions des intervenants psychosociaux œuvrant au sein des CSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean à l'égard des retombées qu'amène leur travail en situation de crise, de tragédie et de sinistre sur leur santé biopsychosociale ainsi que sur leur performance au travail. De plus, d'autres éléments pertinents seront étudiés tels que les sources de satisfaction, d'insatisfaction et les difficultés rencontrées ainsi que les facteurs de protection et de risque qui facilitent ou non le travail en situation de crise. L'ensemble de ces données qualitatives permettra de fournir des résultats riches qui favoriseront la compréhension de l'ampleur des expériences de ces professionnels (Cunnigham, 2003). Comme nous avons pu le voir dans la recension des écrits, les professionnels peuvent vivre des retombées négatives de leur implication en situation de crise telles que la fatigue de compassion (Joseph, William, & Yules, 1993; Yule et al., 1990), mais ils peuvent également vivre des retombées positives telles que la satisfaction par la compassion (Yule et al., 1990). De plus, la recherche dans le domaine de la satisfaction par la compassion permet de trouver des moyens de les aider à faire face aux différents stress reliés à leurs fonctions professionnelles (Stamm, 2002). C'est pourquoi ce type d'étude est important afin d'observer l'ampleur des éléments de l'intervention en situation de crise, de tragédie et de sinistre sur les professionnels (Lyons, 1991). Enfin, puisqu'il s'agit de la première étude au Saguenay-Lac-Saint-Jean qui examine les retombées de l'intervention en situation de crise, de tragédie et de sinistre sur les intervenants psychosociaux de cette région, elle peut être utilisée pour sensibiliser les professionnels concernés de près ou de loin par ce type d'intervention aux réalités qui s'en approchent. Les résultats peuvent également servir d'incitatif auprès des employeurs afin qu'ils développent des services de soutien adaptés aux intervenants travaillant en situation de crise.

CHAPITRE V

5. RESULTATS

*Le présent n'est pas un passé en puissance,
il est le moment du choix et de l'action.*

De Beauvoir (1947)

Ce chapitre présente les principaux faits saillants du discours des intervenants psychosociaux œuvrant dans les services d'urgence (les mesures d'urgence et la garde sociale) au sein de cinq CSSS situés dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean¹³. Dans un premier temps, les caractéristiques sociodémographiques des répondants seront présentées et par la suite des informations sont apportées sur les éléments suivants : les principaux événements traumatiques présents dans cette région, les responsabilités des intervenants lors de ces situations, les formations suivies par ces derniers, les sources de satisfaction, d'insatisfaction et difficultés vécues, les retombées de l'intervention en situation de crise, les facteurs de protection et de risque liés à ce type d'intervention ainsi que les recommandations émises par les répondants.

5.1 CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES REpondANTS

Comme le démontre le tableau 3, 25 intervenants psychosociaux étant déjà intervenus au moins une fois en situation de crise, de tragédie ou de sinistre au cours des sept dernières années ont participé à l'une ou l'autre des cinq rencontres de groupe. De quatre et huit personnes ont pris part aux échanges de chaque groupe. La plupart des participants sont des femmes (n=20) âgées de 41 ans ou plus (n=15) ayant complété un baccalauréat (n=22) en travail social (n=18). Les participants sont âgés de 41 ans ou plus, en majorité. La plupart des participants occupent un poste de travailleur social (n=15) ou d'agent de relation humaine (n=3). Près de la moitié des intervenants (n=11) ayant pris part à l'une ou l'autre des rencontres de groupe ont souligné

¹³ Pour la présentation des résultats, chaque groupe d'intervenants est considéré comme une entité et sera nommé par un code (ex. : Groupe 1). Il est à noter que les verbatims sont présentés *en italique*. Les extraits de verbatims écrits **en gras** représentent les interventions de l'animatrice du groupe qui était la chercheuse principale de cette étude. L'ajout de certains passages de l'animatrice dans le verbatim nous permet d'éclaircir le contexte des propos amenés par les répondants.

Intervenir régulièrement en situation de crise individuelle, familiale ou suicidaire. Certains d'entre eux font régulièrement de la garde sociale (n=4), en dehors des heures de bureau de leur CSSS. Certains ont pour principales fonctions d'accueillir, d'informer et d'orienter les clients vers les services de leur CSSS ou vers d'autres organismes de leur communauté (n=4), de réaliser de l'intervention psychosociale à domicile (n=2) et/ou de rencontrer des clients dans le cadre des services psychosociaux généraux (n=4). D'autres assument diverses autres tâches dont la coordination d'une équipe d'intervenants (n=1), la gestion des listes d'attente (n=1), la supervision clinique (n=1), la réalisation de psychothérapies (n=1) ou d'interventions communautaires (n=1). Dans le cadre de leur travail régulier, les répondants interviennent auprès de divers types de clientèles dont les jeunes en difficulté (n=9), les adultes (n=5) et les familles (n=8). La majorité des participants travaillent au moins 32 heures par semaine (n=23) et occupent leur poste depuis plus de sept ans (n=15). Certains sont à l'emploi de leur CSSS depuis un à trois ans (n=7) et d'autres depuis quatre à six ans (n=3).

Avant d'occuper un poste au sein de leur CSSS, la plupart (n=19) avaient déjà occupé un autre emploi dans le domaine de l'intervention psychosociale au sein d'autres organismes du réseau de la santé et des services sociaux, tandis que six n'avaient jamais occupé un autre emploi dans un autre établissement. Leur dernière intervention en situation de tragédie ou de sinistre est de moins d'un an pour 15 répondants et entre un à trois ans pour cinq répondants. En général, les répondants sont très (n=11) ou plutôt (n=11) satisfaits de leur travail et 22 d'entre eux considèrent que leur niveau de stress au travail est extrêmement (n=2), très (n=7) ou assez (n=13) stressant. Enfin, en situation de tragédie ou de sinistre ils considèrent que leur travail est extrêmement stressant (n=1), très stressant (n=10) et est assez stressant (n=12).

Tableau 3**Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des répondants (n=25)**

Variables	Nombre	Pourcentage (%)
Genre :		
Femme	20	80
Homme	5	20
Âge		
18 à 30 ans	2	8
31 à 40 ans	8	32
41 à 50 ans	11	44
51 à 60 ans	4	16
Dernier niveau de scolarité complété		
Diplôme d'études collégiales	1	4
Baccalauréat	22	88
Maitrise	2	8
Programme du diplôme collégial		
Technique en travail social	11	44
Pré-universitaire en science humaine	10	40
Technique policière	1	4
Pas de réponse	3	12
Programme du diplôme universitaire		
Baccalauréat en travail social	18	72
Baccalauréat en psychologie	2	8
Baccalauréat en psychoéducation	1	4
Maitrise en travail social	1	4
Maitrise en administration	1	4
Programme court en bioéthique	1	4
Pas de diplôme universitaire	1	4
Titre de l'emploi		
Travailleur social	15	60
Agent de relation humaine	3	12
Coordonnatrice	2	8
Psychoéducatrice	2	8
Psychologue	1	4
Technicien en travail social	1	4
Organisateur communautaire	1	4
Temps d'occupation du poste actuel		
4 à 6 ans	4	16
7 à 9 ans	2	8
10 ans et plus	19	76
A déjà occupé un autre emploi en intervention psychosociale dans un autre établissement ou organisme du réseau de la santé et des services sociaux		
Oui	19	76
Non	6	24

<u>À quand remonte leur dernière intervention en situation de sinistre</u>		
Moins de 1 an	15	60
1 à 3 ans	5	20
4 à 6 ans	1	4
7 à 9 ans	2	8
Plus de 10 ans	2	8
<u>Satisfaction face au travail actuel</u>		
Très satisfaisant	11	44
Plutôt satisfaisant	11	44
Ni satisfaisant, ni insatisfaisant	2	8
Plutôt insatisfaisant	1	4
<u>Niveau de stress face au travail habituel</u>		
Extrêmement stressant	2	8
Très stressant	7	28
Assez stressant	13	52
Peu stressant	3	12
<u>Niveau de stress face à l'intervention en situation de crise de tragédie ou de sinistre</u>		
Extrêmement stressant	1	4
Très stressant	10	40
Assez stressant	12	48
Peu stressant	2	8

5.2 SITUATIONS DE CRISE, DE TRAGÉDIE OU DE SINISTRE LES PLUS FRÉQUENTES AU SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN

En ce qui a trait à l'intervention de crise auprès d'un seul individu ou auprès d'un groupe restreint de personnes, les répondants affirment, qu'au cours des dernières années, ils ont surtout été appelés à intervenir à la suite de crises suicidaires pour l'application de la loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (Loi P-38) auprès de différents types d'individus dont les jeunes, les adultes, les personnes âgées, et les professionnels, à la suite de désorganisation de personnes souffrant d'un trouble de santé mentale, lors de crises familiales ou de problèmes psychosociaux multiples, par exemple, des individus ayant des problèmes de consommation abusive d'alcool ou de drogues tout en présentant des problèmes de santé mentale. De plus, les cinq groupes considèrent aussi qu'ils interviennent régulièrement dans les hôpitaux et dans les milieux publics d'hébergement à la suite des événements suivants : mort subite du nourrisson, décès dû à la maladie ou à la vieillesse, décès lors d'une opération, don d'organes, agressions physiques d'un patient envers les employés et fugues de patients souffrant de pertes cognitives ou de problèmes de santé mentale. Toujours en ce qui a trait à l'intervention en situation de crise, tous les groupes rencontrés ont également mentionné être déjà intervenus à la suite de différents types d'accidents (ex. : de la route, maritimes, de motoneige, domestique ou de travail dans les usines). Certains groupes (n=2) ont aussi mentionné l'intervention auprès de victimes d'agressions physiques ou sexuelles, d'homicides, de prise d'otages et de séquestrations. Au cours de leur carrière, certains répondants ont également dû intervenir simultanément auprès de plusieurs individus à la suite de situations de tragédie et de sinistre. Certains intervenants ont été obligés d'intervenir auprès de personnes touchées par la fermeture subite (définitive ou à la suite d'un lock-out) d'usines ou de commerces ainsi que de centres d'hébergement et de résidences privées pour aînés (n=2). Pour ce qui est des événements affectant un plus grand nombre d'individus, tous les groupes rencontrés ont déjà eu à intervenir à la suite d'inondations et d'incendies majeurs dans des résidences privées ou publiques pour aînés, dans des immeubles à logements multiples ainsi que dans des usines, des écoles et des commerces. Certains événements ont également forcé des intervenants à appliquer les mesures d'urgence, dont des glissements de terrain (n=1), des tempêtes de verglas (n=2) des émanations toxiques (n=1) et les campagnes de lutte à la pandémie H1N1 et de propagation de l'influenza (n=1).

Les situations de crise, de tragédie ou de sinistre rencontrées par les intervenants psychosociaux peuvent être regroupées en trois grands types de crises dont les crises situationnelles psychosociales, les crises psychopathologiques et les crises psychotraumatiques (Séguin, Brunet, & Leblanc, 2006). Les crises situationnelles psychosociales sont des crises liées à une situation problématique qui demeure dans les frontières de la normalité, par exemple, les pertes (ex. : ruptures, deuils) ou les événements de transition (ex. : déménagement, changement d'école ou d'emploi) (Séguin, Brunet, & Leblanc, 2006). Les crises psychopathologiques sont quant à elles des crises liées à une réaction émotionnelle intense d'une personne ayant des antécédents qui la positionne dans un état de grande vulnérabilité, par exemple, une personne ayant des antécédents de problèmes de santé mentale ou de consommation abusive de psychotropes (Séguin, Brunet, & Leblanc, 2006). Quant aux crises psychotraumatiques, elles sont liées à des événements soudains, imprévisibles et violents qui menacent l'intégrité physique et morale d'une personne, par exemple, les tragédies et les sinistres (Séguin, Brunet, & Leblanc, 2006). À la lumière du discours des répondants, il est possible de constater que les événements les plus fréquents au Saguenay-Lac-Saint-Jean requérant l'implication des intervenants sont davantage des situations de crise ou de tragédie que des situations de sinistre. Parmi les situations de crise et de tragédie les plus souvent rencontrées par les intervenants, les crises les plus fréquentes sont celles de type psychotraumatique. Le tableau 4 présente les types de crises nommés au moins une fois dans les différents groupes de discussion en fonction des catégories de crises suggérées par Séguin, Brunet et Leblanc (2006).

Tableau 4

Types de crises nommés au moins une fois par les répondants

Crises situationnelles psychosociales	Crises psychopathologiques	Crises psychotraumatiques
<ul style="list-style-type: none"> • Crises familiales (n=5) • Décès dû à la maladie ou à la vieillesse (n=5) • Décès lors d'une opération médicale (n=5) • Don d'organes (n=5) 	<ul style="list-style-type: none"> • Crises suicidaires et application de la Loi P-38 (n=5) • Désorganisation de personnes souffrant d'un trouble de santé mentale (n=5) • Problèmes psychosociaux multiples (ex. : des individus ayant des problèmes de consommation abusive d'alcool ou de drogues tout en présentant des problèmes de santé mentale) (n=5) • Fugues de patients souffrant de pertes cognitives ou de problèmes de santé mentale (n=5) 	<ul style="list-style-type: none"> • Accidents de la route (n=5) • Accidents maritimes (n=5) • Accidents de motoneige (n=5) • Mort subite du nourrisson (n=5) • Accidents domestiques (n=5) • Accidents dans des usines (n=5) • Agressions physiques (n=2) • Agressions sexuelles (n=2) • Agressions physiques d'un patient envers les employés (n=5) • Homicides (n=2) • Prise d'otage (n=2) • Séquestration (n=2) • Fermeture subite (définitive ou à la suite d'un lock-out) d'usines (n=2) • Fermeture de commerces (n=2) • Fermeture de centres d'hébergement ou de résidences privées pour aînés (n=2) • Inondations (résidences privées ou publics pour aînés, immeubles à logements multiples, usines, écoles ou commerces) (n=5) • Incendies majeurs (résidences privées ou publics pour aînés, immeubles à logements multiples, usines, écoles ou commerces) (n=5) • Glissements de terrain (n=1) • Tempêtes de verglas (n=2) • Émanations toxiques (n=1) • Campagne de lutte à la pandémie H1N1 ou de propagation de l'influenza (n=1)

En plus de ces événements traumatiques qui se sont déjà produits, les répondants estiment que d'autres situations sur leur territoire sont sujettes à se produire en raison des changements climatiques et de la présence d'un aéroport, d'une base militaire, d'usines, du trafic maritime, de la pêche sur glace, de rassemblements de jeunes ou de foules ainsi que de spectacles aériens.

Parce que les sinistres majeurs, il ne faut pas oublier qu'il va en avoir de plus en plus avec les changements climatiques (...) on a un aéroport, on a une base militaire, il pourrait arriver un écrasement d'avion, une explosion. Il y a des bateaux, il y en a des affaires qui peuvent arriver. On a beaucoup de facteurs de risque. Il y a plusieurs usines (...) il y a des foules, le spectacle aérien (...) La pêche sur glace, c'est tout un plateau. (Groupe 5)

Selon eux, les changements qu'a connus notre société depuis les dernières décennies tels que la montée de l'individualisme, le développement technologique fulgurant et l'apparition des nouveaux médias sociaux créent de nouvelles dépendances et/ou des problématiques auxquelles ils n'ont pas de modèles de références pour intervenir.

La société a évolué. Si on regarde les réseaux de soutien des gens qu'on aide, il y en a de moins en moins. Maintenant il y a de l'isolement (...) les changements aussi avec l'introduction de toute la problématique de toxicomanie, de dépendance au jeu, des drogues et même de la cyberdépendance. Il y a des nouvelles problématiques qui s'ajoutent (...) on est vraiment en période de changement avec aussi les nouveaux médias sociaux et on n'a pas de repères antérieurs. C'est de la nouveauté donc on doit s'adapter à tout ça. (Groupe 1)

5.3 ORGANISATION DES MESURES D'URGENCE AU SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN

C'est à la fin des années 90 que les CSSS de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean ont commencé à organiser et à planifier l'organisation des mesures d'urgence afin d'œuvrer lors d'événements traumatiques. C'est dans le feu de l'action avec, entre autres, les inondations de juillet 96 que les professionnels de ces établissements ont pris conscience des besoins liés à l'organisation des mesures d'urgence. Par la suite, avec leur expérience et après avoir consulté quelques écrits scientifiques, ils ont commencé à mettre en place une structure organisationnelle dédiée aux mesures d'urgence.

C'est en 97-98 que cela a été comme le baptême et aussi de mieux organiser les mesures d'urgence. Parce que dans le feu de l'action ça été OK, mais on s'est dit; on va regarder les lacunes vécues en 1996 pour mettre les choses en place. (Groupe 5)

Lorsqu'une situation de crise se produit, certaines instances internes ou externes vont effectuer une demande auprès des CSSS afin que les intervenants psychosociaux se déploient. À l'interne, la demande concernant le déploiement de ces professionnels peut provenir de la ligne téléphonique d'Info-Social¹⁴, de l'accueil psychosocial du CSSS ou du coordonnateur des mesures d'urgence au volet psychosocial. À l'externe, la demande peut provenir de diverses sources dont, entre autres, des établissements scolaires, des policiers, des municipalités, de l'Agence de la santé et des services sociaux, d'un organisme gouvernemental ou d'une entreprise privée.

Il y a plusieurs portes d'entrée, il y a Info-Social, il y a notre coordonnatrice, il y a notre accueil (...) C'est un peu informel (...) Pour les feux, les pompiers vont téléphoner à la sûreté municipale, ils ont un protocole, puis la sûreté municipale va aviser l'agence, qui avise notre chef de service. (Groupe 1)

Et on va avoir des employeurs qui vont communiquer avec nous. Par exemple (...) l'année passée pour le lockout, ils nous ont convoqués (...) De l'accueil aussi (...) où les policiers vont nous appeler et nous dire, on s'en va à telle adresse, ça nous prend un intervenant. (Groupe 3)

Lorsqu'une situation de crise se produit pendant les heures d'ouverture du CSSS, c'est le responsable des mesures d'urgence-volet psychosocial qui a la responsabilité d'effectuer le déploiement des intervenants auprès des personnes affectées par l'événement. Ce responsable doit évaluer la situation et le nombre d'intervenants à déployer. Parfois, ce dernier peut demander à un intervenant expérimenté de se déplacer sur les lieux afin d'assumer le rôle de responsable de terrain pour évaluer la situation. Celui-ci peut être accompagné d'un autre intervenant, et ensemble, ils déterminent la marche à suivre.

(...) le responsable va nous appeler et après on voit, on évalue, on regarde. Il se peut que la responsable terrain aille évaluer sur place avec quelqu'un d'autre la situation (...) Ça dépend (...). (Groupe 2)

Lorsqu'une situation de crise se produit en dehors des heures d'ouverture, habituellement c'est un intervenant du service de la garde sociale qui prend connaissance de la situation et qui intervient. Toutefois, lorsqu'il s'agit d'une tragédie ou d'un sinistre, cet intervenant doit informer

¹⁴ Info-Social est un service professionnel de consultation téléphonique accessibles 24 heures par jour, sept jours par semaine dans certaines régions du Québec. Il répond aux besoins d'information, de référence et d'orientation de la population. Les professionnels d'Info-Social fournissent des avis professionnels et des conseils en matière de services sociaux.

le responsable des mesures d'urgence, et c'est ce dernier qui va déterminer le nombre d'intervenants nécessaires pour répondre aux besoins des victimes. Les intervenants du service de la garde sociale sont généralement des professionnels qui se sont portés volontaires à travailler en situation de crise en dehors des heures d'ouverture de leur CSSS. Toutefois, lorsqu'il manque de volontaires pour compléter ce service, les CSSS sont contraints de sélectionner les intervenants qui feront partie de ce programme. Les services de garde des CSSS participants à cette étude comprennent entre 6 à 15 intervenants psychosociaux.

Donc actuellement ce n'est pas imposé, mais s'il n'y a plus personne, on n'aura pas le choix (...) S'il n'y avait plus d'équipe de volontaires, tout le monde serait obligé d'en faire, donc même ceux qui n'aiment pas ça, qui n'ont pas les aptitudes ils seraient obligés d'en faire au moins une fois par année (...) Je pense que l'employeur ne veut pas, mais il n'a pas le choix, c'est un service. (Groupe 2)

Le service de garde permet aux CSSS d'offrir un service accessible 24 heures sur 24 pour combler les besoins psychosociaux des clientèles en situation de crise. Ils ont souvent à intervenir avec des situations où il n'est pas possible de faire une intervention téléphonique (ex. : pour les personnes intoxiquées ou suicidaires). Afin d'être joignables, les intervenants de la garde sociale utilisent des pagettes ou cellulaires.

Je fais de la garde sociale, donc je peux être appelé une semaine sur six de soir, nuit, fin de semaine pour ce qui ne peut pas se régler par téléphone, donc qui demande une intervention terrain. Et souvent ça va être des désorganisations psychosociales familiales, ça peut être des personnes qui sont intoxiquées aussi, beaucoup d'intoxication soit à l'alcool ou des drogues et propos suicidaires évidemment qui ne peuvent pas s'évaluer par téléphone parce que la personne refuse de parler, donc il faut se rendre sur le terrain. (Groupe 3)

Normalement, lorsqu'un intervenant reçoit un appel lors de son quart de travail de garde, il doit automatiquement intervenir dans le milieu où se déroule la situation de crise. Toutefois, il peut arriver qu'un intervenant prenne la décision de ne pas se rendre sur place lorsqu'il juge que la situation peut se régler au téléphone. Dans certaines situations, les appelants sont inscrits sur la liste des clients qui contactent régulièrement le service Info-Social. Ces personnes peuvent être contactées par téléphone par les intervenants de garde avant de se rendre ou non à leur domicile. Lorsque ces professionnels ont à effectuer des interventions sur les lieux de la crise, ils sont toujours accompagnés par des policiers.

(...) il faut se rendre sur le terrain avec les policiers, c'est toujours accompagné des policiers (...) et c'est souvent les policiers qui nous appellent parce que ce n'est pas eux autres qui vont prendre la décision. (Groupe 3)

Si une situation requiert l'aide d'autres intervenants, ou la présence d'une personne apte à prendre des décisions ayant des incidences administratives ou financières, l'intervenant de garde doit faire appel au gestionnaire de garde qui peut mettre en place certaines mesures et valider les interventions à réaliser. Ce gestionnaire peut faire partie de n'importe quel ordre professionnel (ex.: médecin, comptable, administrateur, travailleur social, psychologue). Si le gestionnaire ne fait pas partie du même corps de métiers que l'intervenant de garde, ce dernier va moins demander les conseils du gestionnaire de garde concernant les situations cliniques nécessitant des connaissances en intervention psychosociale.

*On a un coordonnateur de garde, que l'on peut appeler pour se référer (...) si on a besoin de ressources (...) on pourrait se faire valider (...) Mais ils ne sont pas très au courant (...) C'est plus du personnel soignant. **Est-ce que c'est des gens qui sont formés en interventions psychosociales?** Non. Pas du tout, c'est en soins de santé (...) c'est plus un support administratif et légal. Quand on fait un placement, on ne peut pas le faire nous-mêmes (...) ça prend absolument l'accord du coordonnateur de l'établissement (...) c'est légal. (Groupe 4)*

Dans certains CSSS (n=2), le gestionnaire de garde a le même corps de métiers que l'intervenant psychosocial, donc ce dernier peut l'appuyer dans ses décisions cliniques et il peut également le guider dans ses interventions.

On est chanceux nous autres, on a un travailleur social et l'autre cadre c'est un psychologue (...) Il dit quoi faire aussi, parfois on vient mal pris (...) c'est arrivé moi dernièrement (...) je ne sais plus quoi faire, dis-moi-le! C'est toi le responsable, prends une décision. (Groupe 2)

Lorsqu'il est de garde, l'intervenant apporte avec lui un porte-document contenant de multiples outils d'intervention qui peuvent l'aider et lui faciliter la tâche. Ce porte-document contient, entre autres, des informations sur les clients réguliers du service Info-Social. À la suite des interventions auprès de ces clients réguliers, il doit également compléter des notes évolutives et les ranger. De plus, chaque intervenant de garde possède une carte d'identification personnalisée qui lui permet de s'identifier auprès de la clientèle et partenaires.

Un journal de bord dans la valise (...) on écrit deux, trois lignes suite à notre intervention (...) et celui qui prend la valise après, il va voir (...) C'est un avantage pour les clients qui sont récurrents. (Groupe 4)

Les intervenants déployés lors de tragédies ou de sinistres font généralement partie de l'équipe des mesures d'urgence psychosociale de leur établissement (n=4). Cette équipe est généralement composée de cinq à dix intervenants issus de diverses équipes-services de leur CSSS. Toutefois, il peut arriver que les intervenants déployés ne fassent pas partie d'une équipe des mesures d'urgence (n=1). Dans ce cas, le responsable doit décider quels intervenants vont être déployés pour intervenir en fonction du type de crise, de leur expertise et de leur équipe-service d'attache au CSSS. Toutefois, lorsqu'un événement tragique se produit dans un établissement scolaire, ce sont les intervenants psychosociaux qui travaillent dans ces établissements qui vont d'emblé intervenir. Parfois ils vont être accompagnés par les membres de l'équipe d'urgence (auprès des élèves ou des différents membres du personnel).

(...) on a un petit comité pour les mesures d'urgence, pour établir les modalités, les règles de fonctionnement (...) on n'a pas vraiment de liste officielle (...) le coordonnateur quand il y a une situation, il va prendre la personne qui est disponible (...) dépendamment de la clientèle, de l'événement (...) je travaille avec une clientèle adulte. Alors, il est possible de me rejoindre pour la clientèle adulte, on est souvent sollicité. (Groupe 4)

L'équipe des mesures d'urgence est démantelée depuis quelques années. Il y a eu un mouvement de personnel (...) c'est tout le monde qui va être sollicité au fur et à mesure qu'il arrive une crise. (Groupe 1)

Afin de coordonner leurs actions lors d'un événement important, les intervenants vont généralement se réunir dans un local destiné au service des mesures d'urgence pour déterminer qu'elle sera leur façon de procéder et s'ils auront les ressources nécessaires pour venir en aide aux personnes affectées par l'événement traumatisant (n=3).

Nous avons un local qui est identifié (...) on a un point de rencontre pour se retrouver ici. Et il y a une liste de noms de personnes qui sont comme deuxièmes répondants qu'on peut contacter, qu'on peut appeler si on a besoin (...) de renfort, qui sont comme une équipe de deuxième ligne si on peut dire. L'équipe de base se déplace, on se réunit, on se rassemble, on voit c'est quoi le besoin, qu'est-ce qui se passe, ça demande combien d'intervenants et on a un autre listing de personnes que l'on peut contacter. (Groupe 5)

Parfois les intervenants se portent volontaires pour faire partie de l'équipe des mesures d'urgence, en d'autres temps ils sont assignés par leur établissement lorsqu'il n'y a pas suffisamment de personnes volontaires disponibles.

Au niveau du volontariat des mesures d'urgence, on n'a pas vraiment de liste officielle (...), le coordonnateur va prendre la personne qui est disponible. Il ouvre la porte qui est ouverte. Dépendamment de la clientèle, de l'événement. (Groupe 4)

Les intervenants qui ont à travailler lors d'une situation de crise mettent de côté leurs tâches habituelles pour se centrer sur l'événement traumatique. Ainsi, lorsqu'ils ont à intervenir en situation de crise de façon subite, ils vont généralement demander à leurs collègues d'annuler leur rendez-vous. Lors de situations de tragédie ou de sinistre, les intervenants peuvent travailler de façon intensive pendant une longue période et ils portent des dossards afin de s'identifier auprès des victimes et des partenaires.

(...) dans le quotidien, si tu as quelqu'un de cédulé dans ton horaire et le responsable des mesures d'urgence t'appelle, tu dois annuler (...) par rapport aux sinistres, par exemple je me rappelle du déluge (...) on était très sollicité et il y avait plein de trucs à faire. C'est sur une longue période. Oui, c'était 20 jours. Jours et nuits (...) je dormais avec eux autres sur des civières. Tu vas aux toilettes, tu es avec eux autres. (Groupe 4)

(...) on les a maintenant, les dossards (...), mais c'est dans le cas d'un sinistre majeur, mais quand on intervient dans un sinistre mineur on est en civil. (Groupe 3)

Dans la majorité des CSSS (n=4), les membres de l'équipe des mesures d'urgence se réunissent quelques fois par année pour discuter des situations qu'ils ont vécues et pour planifier les mesures qui doivent être mises en place pour faciliter leurs interventions.

(...) on fait des rencontres de trois à quatre fois par année (...) quand on fait nos rencontres, on retravaille souvent notre document, on regarde les personnes-ressources, les coordonnées sont encore bonnes, on révisé la valise, la documentation, les piles, la caisse, tout est révisé. (Groupe 5)

Pour ce qui est de l'horaire de travail des intervenants membres de l'équipe d'urgence, celui-ci doit être assez malléable, car ceux qui interviennent doivent régulièrement réorganiser leurs tâches en fonction des heures qu'ils doivent consacrer à l'intervention en situation de crise.

Il y a une réorganisation de ton horaire, ça nous arrive de devoir annuler la clientèle parce que tu es allé intervenir en situation d'urgence, bien il faut que tu l'as re-condenses dans les deux autres qui restent souvent, il faut que tu fasses un réaménagement d'horaire qui peut compliquer ton travail un peu. Tu étais supposée de faire ça au bureau, retourner tant d'appels, bien quand on est en situation d'urgence, on n'a personne pour nous remplacer. Bien ça ne serait même pas remplaçable, il faut vivre avec ces choix-là. (Groupe 3)

En ce qui concerne les horaires de travail des intervenants œuvrant au sein des services de garde dans les CSSS, les façons de procéder sont différentes d'un CSSS à l'autre. Ainsi, dans certains CSSS (n=4), l'horaire est déterminé en équipe, tandis que dans d'autres les intervenants effectuent leur tour de garde selon un calendrier annuel ou bisannuel très précis (n=1). Dans un CSSS, lors de la période des Fêtes de Noël (n=1), une pige est faite pour déterminer le nom des intervenants qui seront de garde.

(...) on s'assoit ensemble, on a un calendrier et notre horaire est toujours du mardi 4h00 jusqu'au samedi matin (...) ça arrive souvent qu'on se fait remplacer quand on a des impossibilités. Et dans le temps des fêtes, on se laisse comme trois semaines de libres et on se rencontre en réunion et on dit qui veut faire quoi. Et on est à tour de rôle (...) si une semaine tu ne peux pas, tu le dis, souvent tu es remplacé. Comme celles qui ont fait les Fêtes l'année passée, bien on essaye qu'ils ne se répètent pas (...) Oui, chacun un peu son tour. (Groupe 2)

La fréquence à laquelle un intervenant de garde doit se déplacer de nuit pour intervenir pendant une semaine de travail varie de zéro à cinq fois par semaine. Le lendemain d'une nuit de garde, il doit poursuivre son travail habituel de jour ainsi que faire le suivi le cas échéant. Toutefois, son supérieur immédiat peut lui permettre de ne pas travailler le lendemain d'une soirée de garde fort mouvementée s'il constate qu'il n'est pas en mesure de remplir ses fonctions.

Quand vous êtes sur la garde, est-ce que vous sortez à peu près tous les jours?
Pas tous les jours (...) trois à quatre (...) sorties par semaine (...) il y a des semaines où on n'avait rien (...) on travaille toute la journée de 8 à 4 et le soir à partir de 16 heures jusqu'à 8h00 le lendemain matin on est de garde, toute la semaine plus la fin de semaine jusqu'au lundi matin suivant, du lundi 4h00 au lundi matin suivant. Ça fait des grosses semaines, quand tu sors cinq fois. Et si vous sortez deux, trois fois pendant la même nuit, est-ce que le lendemain matin vous êtes obligé de vous présenter au bureau quand même? Oui (...) il faut que tu tasses ce que tu avais prévu pour faire tes notes de ta sortie de la nuit. Faire le suivi à l'intervenant qui est au dossier. (Groupe 3)

À chaque fois qu'un intervenant doit sortir pour intervenir lors de son temps de garde, cette sortie compte pour un minimum trois heures de travail (deux heures pour l'intervention et une heure pour le transport). Dans le cas où une intervention dure plus de trois heures, l'intervenant est payé pour le nombre d'heures qu'a duré l'intervention. Si un intervenant de garde n'est pas du tout appelé pendant ses huit heures de garde, cela équivaut à une heure de travail.

*Quand tu sors, c'est trois heures (...) Deux heures plus une heure de transport (...) Minimum. **Minimum. Mais si votre intervention dure six heures, ils vous comptent six heures?** Oui. Plus une heure de transport. C'est rare qu'on arrive en bas de trois heures. Quand tu calcules ta rédaction (...) Ça arrive pas mal pile (...) on ne fait pas d'argent d'heures (...) Non. Tout est utilisé. (Groupe 2)*

En ce qui concerne leurs heures de garde sociale accumulées, dans un CSSS (n=1) les intervenants accumulent ces heures pour les reprendre au courant de l'année à titre de congé payé. Dans un autre CSSS (n=1), les intervenants doivent obligatoirement se faire payer leurs heures sans possibilité de prise de congé. Enfin, un autre (n=1) laisse le choix aux intervenants de garde d'accumuler ou de se faire payer leurs heures de garde accumulées.

Après huit heures de travail, on a une heure accumulée (...) on s'accumule quand même plus d'heures, parce qu'ici ce n'est pas payé, c'est des heures accumulées. (Groupe 2)

La fréquence des réunions de la garde sociale varie d'un CSSS à un autre. Dans certains CSSS (n=4), les intervenants se réunissent deux à trois fois par année pour discuter de certains cas afin d'améliorer le contenu de leur porte-document et/ou pour organiser l'horaire, tandis que d'autres équipes (n=1) vont se réunir mensuellement afin de réaliser les mêmes activités.

On en a trois fois par année. On discute des cas, comme les sorties de garde qu'il y a eu (...) ça c'est quand on réussit à discuter des dossiers, quand on a le temps (...) Le volet administratif prend encore beaucoup de place aussi (...) Donc, une partie administrative au début avec le coordonnateur qui est présent, après ça parfois il part, alors il y a les discussions cliniques. (Groupe 4)

Enfin, dans un CSSS (n=1) les professionnels assument un mandat particulier nommé le suivi étroit et de durée suffisante (SEDS). Ce mandat oblige les intervenants psychosociaux du service adulte de soutenir, pour une période minimale de trois mois, une personne qui a vécu une crise suicidaire. Pendant cette période, ils se doivent de venir en aide de façon prioritaire aux personnes visées par ce mandat, tout en poursuivant leur travail habituel.

5.4 ROLES, RESPONSABILITES ET TACHES LIES AUX INTERVENTIONS EN SITUATION DE CRISE

Avant qu'ils aient à intervenir en situation de crise, les intervenants œuvrant au sein de l'équipe des mesures d'urgence doivent participer à divers types de rencontres qui se tiennent à l'intérieur de leur CSSS ou dans leur communauté. Dans un des CSSS (n=1), le responsable de l'équipe des mesures d'urgence se déplace sur les lieux de l'événement afin d'effectuer une première évaluation de la situation (ex. : l'ampleur de l'événement, le nombre d'intervenants

requis, les partenaires à impliquer) avant de rencontrer ses intervenants. Ces rencontres réunissent généralement les intervenants qui sont disponibles à se rendre sur les lieux de la tragédie, et parfois d'autres partenaires externes se joignent au groupe pour discuter des actions à mettre en application ainsi que planifier les procédures pour le suivi de ces interventions. L'ensemble des CSSS tient également quelques réunions par année afin que les différents membres de l'équipe d'urgence discutent des interventions qui ont eu lieu au cours des derniers mois. Cependant, la majorité des groupes affirment que ces rencontres ne sont pas suffisamment fréquentes et qu'elles sont de trop courte durée (n=4).

Il y a des rencontres (...) Mais ça fait longtemps (...) Nous on se rencontre deux fois par année l'équipe de mesures d'urgence, on se met tous un peu à jour (...) Deux fois par année, avant l'été, avant les Fêtes, on fait le retour sur les événements. On reparle technique (...) on a des rencontres sous-régionales des mesures d'urgence avec d'autres acteurs comme les policiers. (Groupe 2)

Lorsqu'ils vont intervenir lors de tragédies, minimalement en équipe de deux intervenants, ces derniers planifient généralement les tâches qu'ils auront à réaliser lors de leur déplacement. À leur arrivée sur les lieux, les intervenants doivent d'abord identifier les victimes directes et indirectes ainsi que les témoins de l'événement traumatisant tout en repérant les personnes les plus fragilisées. Par la suite, ils doivent se déployer vers les différents lieux d'intervention pour évaluer les ressources humaines et matérielles nécessaires, établir des liens avec les autres professionnels présents (ex. : policiers, pompiers, médecins, infirmières), déterminer s'ils sont assez nombreux pour soutenir émotionnellement les victimes directes et indirectes ainsi que demander du renfort le cas échéant. En tout temps, les intervenants psychosociaux doivent faire le suivi auprès de leur chef d'équipe afin de les informer des situations rencontrées (n=5). Toutefois, ils doivent faire preuve d'autonomie et prendre certaines décisions en lien avec les interventions à réaliser.

(...) faire des interventions à deux (...) tu t'en vas, en voiture avec qui tu intervies (...) tu as le temps de te préparer ensemble (...) une fois que tu es rendu sur le terrain (...) Il faut que tu la gères la situation (...) tu prends une décision et tu assumes (...) évaluer les clientèles qui sont touchées, démêler les clientèles et ne pas mettre dans le même groupe dans le fond des gens qui ont été directement témoins et d'autres qui ont été affectés par ce que l'autre leur a dit (...) s'assurer qu'on ait du personnel suffisant pour rencontrer tout le monde (...) et la coordonnatrice avait toujours un retour. (Groupe 3)

Lors de leurs interventions auprès des victimes, les intervenants psychosociaux ont différentes tâches à effectuer. Parfois, ils accueillent des sinistrés, observent les réactions des personnes affectées par l'événement traumatique, effectuent des interventions individuelles et animent ou coaniment des séances de verbalisation de groupe. Lors des échanges avec les victimes primaires ou secondaires, ils peuvent leur fournir de l'information sur le déroulement des événements, les sentiments qu'ils éprouveront au cours des prochains jours et semaines, ainsi que sur les ressources de la communauté pouvant leur venir en aide. En tout temps, ils ont le devoir de soutenir émotionnellement les victimes d'événements traumatiques dans les épreuves qu'ils vivent. Les intervenants doivent aussi fréquemment solliciter leurs proches afin qu'ils puissent les soutenir et les accompagner. La solidification des réseaux sociaux des individus affectés fait donc partie des tâches qu'ils doivent effectuer. Ces derniers assument également le rôle de médiateur entre la victime et les autres professionnels provenant de ressources ou d'organismes tant publics que communautaires qui sont impliqués dans le déroulement des événements (n=5) (ex. : les médecins ou les représentants de certains ministères impliqués dans le soutien financier des victimes de sinistres).

(...) la verbalisation se fait après l'évaluation (...) dans la crise ce n'est pas juste d'accompagner les gens, mais des téléphones à faire pour rejoindre la famille, rejoindre les proches, trouver du monde à l'extérieur, aller sur Internet, trouver des adresses, trouver les gens pour essayer d'être capable de rejoindre la famille qui est plus loin. (Groupe 4)

Généralement, les intervenants vont effectuer des interventions individuelles avec les victimes primaires et des interventions de groupe avec les personnes indirectement affectées par l'événement (n=5), dont les victimes secondaires et les témoins de l'événement. Ces interventions de groupe sont toujours réalisées par deux intervenants, dont un animateur et un observateur. Celui qui observe a la responsabilité d'identifier les personnes les plus affectées qui nécessiteraient un soutien particulier. Ils vont les rencontrer lors de pauses pour les inviter à rencontrer immédiatement ou dans les jours qui suivent un intervenant de leur CSSS.

Il y a quelqu'un qui anime et il y en a un autre qui observe et qui voit qu'est-ce qui se passe. Quelles réactions les gens ont et est-ce qu'il faut sortir. (Groupe 3)

Tous les intervenants dans les groupes rencontrés (n=5) ont souligné qu'ils ont eu à intervenir auprès de différents professionnels du réseau de la santé et des services sociaux en raison de situations traumatisantes vécues dans le cadre de leur travail (ex. : suicide d'un

confrère, actes de violence de la part d'un usager à leur égard). Lors de ce type de situation, les membres de l'équipe des mesures d'urgence ont à organiser et animer des séances de verbalisation de groupe.

Puis aussi ce qu'on nous demande plus régulièrement c'est des séances de verbalisation suite à des choses qui se sont passées à l'hôpital quand il y a eu le décès, une mort violente, des choses comme ça (...) avec les employés (...) En entreprise aussi, certaines entreprises ils nous font venir pour ça. (Groupe 4)

La durée des interventions auprès des victimes est fort variable d'une situation à l'autre. Plus le sinistre est de grande envergure, plus les répondants auront à effectuer diverses tâches qui peuvent s'étendre sur plusieurs jours ou semaines. Parfois, les intervenants vont retourner sur les lieux de l'événement après quelques jours afin d'intervenir auprès des personnes qu'ils n'ont pas rencontrées lors de leur intervention initiale. Cette façon de procéder a pour objectif de rejoindre l'ensemble des personnes qui ont pu être affectées par un événement et de faire un suivi auprès de ceux qui en ressentent le besoin.

Après être intervenus sur les lieux d'une tragédie ou d'un sinistre, les intervenants œuvrant au sein de l'équipe des mesures d'urgence doivent rédiger un rapport d'intervention (n=2) ou effectuer un retour verbal sur les événements (n=5) auprès de leur responsable des mesures d'urgence. Ils doivent également s'assurer que leurs collègues et leurs partenaires (n=5) reçoivent suffisamment d'informations pour effectuer le suivi à long terme auprès victimes directes ou indirectes qui requièrent ce type de soutien ou pour mettre en place des services adaptés à leurs besoins.

Ça peut s'étaler sur plusieurs jours quand on a un certain retour à faire. Comme la résidence de personnes âgées (...) on était retourné une autre fois sur une heure de dîner pour aller voir comment les gens allaient, c'était une résidence privée. Alors, on y va selon les besoins quand on est interpellé (...) Faire un rapport et faire un retour avec la coordonnatrice, émettre nos recommandations. Exemple; nous on a vu ça, on pense qu'il faudrait que telle personne soit rencontrée, soit recontactée dans quelques jours (...) L'arrimage aussi et faire le lien avec les intervenants. Quand on donne des références aux gens, bien s'assurer qu'il va y avoir un suivi qui va être fait. Et habituellement il y a un retour qui est fait un mois après. (Groupe 3)

Après être intervenus en cas de tragédie ou de sinistre, les intervenants participent généralement à une séance de débriefing opérationnel et dans certains cas à une rencontre de débriefing psychologique. Cette façon de fonctionner diffère toutefois d'un CSSS à l'autre. Par exemple, dans un des CSSS rencontrés les intervenants vont se réunir pour réaliser ces deux types de débriefings (n=1). Dans un autre CSSS les intervenants vont participer uniquement à une séance de débriefing opérationnel (n=1), tandis que d'autres vont plutôt se rencontrer de façon informelle pour s'apporter du soutien (n=3).

Mais est-ce que vous avez un débriefing opérationnel ou psychologique après les mesures d'urgence? Oui c'est pas mal les deux. Et ça, c'est systématique après chaque intervention? Oui, au niveau des mesures d'urgence on se retrouve. Si ça dure plusieurs jours, est-ce que c'est systématique après chaque journée? Oui chaque jour. (Groupe 3)

Est-ce que vous rencontrez le coordonnateur pour faire un débriefing opérationnel? Non. Mais on est un petit milieu (...) on se tient beaucoup entre intervenants et quand on intervient dans des situations qui sont difficiles, bien on frappe à une porte d'un collègue et elle est tout le temps ouverte. (Groupe 4)

Le tableau 5 présente des extraits qui permettent d'illustrer les rôles, les responsabilités et les tâches des intervenants psychosociaux des CSSS avant, pendant et après l'application des mesures d'urgence.

Tableau 5

Rôles, responsabilités et tâches des intervenants membres des équipes des mesures d'urgence-volet psychosocial

Rôles, responsabilités et tâches des intervenants œuvrant dans les mesures d'urgence	
Avant l'intervention	<i>Le fait de se préparer, de se voir avant, on va se diriger de telle façon, faire un plan pour le travail d'équipe, se valider auprès de ceux avec qui on fait l'intervention. (Groupe 3)</i>
↪ Rencontres internes et externes	<i>(...) on a un point de rencontre pour se retrouver ici. Et il y a une liste de noms de personnes qu'on peut contacter au besoin. (Groupe 5)</i>

Lors de l'intervention	<i>(...) voir l'état de la situation et qu'est-ce que ça va nécessiter comme ressources, donc intervenants. S'il y a des ressources matérielles aussi (...) c'est détecté lors des événements, les gens les plus vulnérables (...) de résorber la crise aussi dans la mesure du possible, donc accompagner les gens, désamorcer, aider à gérer la crise. Aussi on est un peu des agents facilitateurs, quand ça se passe à l'hôpital, faire le lien avec le médecin de l'urgence, le personnel infirmier, les ambulanciers, policiers. (Groupe 4)</i>
☞ Identifier les types de clientèles	
☞ Offrir les ressources matérielles et physiques	
☞ Informer, accompagner, soutenir	<i>(...) notre rôle c'est un peu pivot, les liens entre les besoins de base et écouter, ventiler aussi. Beaucoup faire ventiler, verbaliser, des séances de verbalisation, faire revenir sur les événements (...) comment ils se sont sentis (...) On donne de la documentation aussi.</i>
☞ Intervenir individuellement et en groupe	<i>On sensibilise beaucoup aux chocs post-traumatiques, c'est quoi les effets, quoi faire et comment voir venir ça, etc. Et comment observer aussi même chez l'autre, il y en a qui ne seront pas touchés, mais ils peuvent détecter chez leurs collègues de travail. (Groupe 2)</i>
☞ Jouer le rôle de médiateur entre la clientèle et les ressources	<i>Souvent on fait des rencontres de groupe, mais il va tout le temps une ou deux personnes qui est trop prise émotionnellement (...) c'est l'autre qui s'en va en individuel. (Groupe 2)</i>
☞ Informer leur responsable	
Après l'intervention	<i>Prendre les noms aussi pour après, on donne les noms à l'accueil pour qu'ils soient relancés ceux qu'on pense qui sont plus affectés (...) Ils vont être vus plus rapidement. Ils ont un accès direct, ils ne passent pas par toute la liste d'attente (...) On ne fait pas de résumé écrit (...) Et est-ce que vous les mettez en lien avec des organismes aussi de la communauté? Quand ils ont un PAE oui, sinon quand c'est des suivis individuels, à moins que ce soit les assurances privées, il n'y a pas d'organismes qui peuvent répondre à des besoins individuels en thérapie. Ou 8-1-1 quand on est fermé. (Groupe 2)</i>
☞ Assurer un suivi	
☞ Effectuer un rapport écrit ou verbal à leur responsable	
☞ Débriefing opérationnel, psychologique ou soutien informel	<i>À la fin d'une journée que vous êtes intervenu, est-ce que vous vous rassemblez ensemble, vous faites un débriefing opérationnel, un débriefing psychologique aussi pour vous? Pas psychologique. On ramène les événements, ce qu'on a fait, qu'est-ce que ça l'a donné. On se fait un résumé, parce que souvent les gens avaient des tâches différentes, on résume un peu ce qu'on a fait. (Groupe 2)</i>

En ce qui concerne les rôles, les responsabilités et les tâches des intervenants qui font régulièrement de la garde sociale en dehors des heures d'ouverture de leur CSSS, ces derniers (n=5) ont à participer à des réunions qui se tiennent sur une base régulière. Ces intervenants se réunissent afin de faire un retour sur les situations qu'ils ont vécues et suggérer des améliorations

à apporter pour mieux répondre aux besoins des personnes ayant eu recours au service d'Info-Social. Lors de ces rencontres, les diverses expertises des intervenants provenant de domaines et de secteurs d'intervention différents enrichissent leur partage de connaissances.

Dans le cadre de leur travail en tant qu'intervenants de garde, ils interviennent souvent lors de situations où il est difficile d'évaluer la dangerosité au téléphone. Ces derniers ont donc souvent l'obligation de se déplacer où se trouvent les personnes requérant de l'aide afin de faire le point sur la situation. Lorsqu'un intervenant de la garde reçoit un appel de la centrale, il doit répondre très rapidement à cet appel, et lorsqu'il se déplace, il arrive fréquemment que ce dernier se remémore les principales étapes et techniques de l'intervention en situation de crise.

(...) on a des réunions où on peut ramener les situations où on se parle des clients, on parle des gens qu'on voit (...) on a tous une expertise différente (...) on vient tous de secteurs différents (...) de professions différentes aussi (...) c'est vraiment la préparation (...) Et souvent ça va être des situations qui ne peuvent pas s'évaluer par téléphone parce que la personne refuse de parler, donc il faut se rendre sur le terrain. (Groupe 3)

Un des CSSS participant à l'étude (n=1) loge son intervenant de garde au sein d'un local situé dans un hôpital. Ce dernier a l'avantage d'avoir accès aux dossiers des bénéficiaires de son CSSS avant de se rendre au domicile de ces derniers. En fait, cela lui permet d'avoir un meilleur portrait de la situation en ayant accès aux antécédents de demandes de service ainsi que de l'état de santé mentale et physique des clients qu'il doit rencontrer.

(...) mon bureau est à l'hôpital (...) quand j'ai un « call » j'essaie toujours, quand je peux, je passe par mon bureau avant, je vais vérifier, ça me permet de voir si c'est quelqu'un qui est déjà connu ou pas. S'il est client ou s'il y a eu plein de demandes ou s'il y a une prise en charge, moi ça me piste. (Groupe 4)

Puisque les événements traumatiques comportent des risques pour l'intégrité physique des intervenants psychosociaux, ces derniers sont toujours accompagnés de policiers lorsqu'ils doivent se rendre au domicile des personnes en détresse ou à tout autre endroit où ces dernières se trouvent (n=5). Lors des interventions auprès des appelants, ils ont le devoir d'être à l'écoute et d'observer attentivement la situation afin d'évaluer rapidement la dangerosité et identifier les actes qui doivent être posés. Rendus au domicile d'un client, ils doivent d'abord porter une attention particulière aux caractéristiques de l'environnement physique qui les entoure et au non verbal des personnes. Ils doivent également mettre en place les conditions propices à la création

d'un contact avec les personnes en détresse, dont celle d'établir un contact visuel avec ces derniers. Les rôles, les responsabilités et les tâches des intervenants de garde varient en fonction des situations qui se présentent telles que la gestion de crises familiales, le transfert de personnes en perte d'autonomie ou présentant des problèmes de santé mentale suite à la fermeture permanente ou temporaire d'un établissement public ou d'un organisme, la mobilisation du réseau social d'un client isolé, l'organisation de séances de verbalisation ou l'application de la Loi P-38. De plus, si une situation requiert l'aval du gestionnaire de garde, par exemple pour le déplacement temporaire d'un client dans un endroit exigeant des frais d'hébergement, l'intervenant doit le contacter afin d'obtenir son approbation.

Bien premièrement moi je dirais que ça prend de l'écoute, au niveau des tâches, mettons c'est beaucoup évaluer aussi la dangerosité (...) la personne de garde qui va aller voir l'état et qui va dire ça nécessite plus d'intervenants (...) Souvent c'est des recommandations qu'on fait au médecin en plus, on arrive à l'hôpital, on fait des recommandations au médecin et il faut être sûr au niveau de la garde. (Groupe 3)

C'est notre jugement (...) pendant l'intervention, je pense qu'on porte une attention spéciale à essayer d'organiser l'environnement pour être sécuritaire. Et aussi favorable à l'évaluation (...) c'est évaluation des cas mentaux soit à l'hôpital ou au domicile. Des crises familiales, des demandes de placement d'urgence, famille d'accueil, l'évaluation P-38, la fermeture d'une résidence de personnes âgées qu'on devait déménager. (Groupe 4)

Le temps de réalisation d'une intervention de crise dans le cadre de la garde sociale varie énormément d'une situation à une autre. Par exemple, lors de l'évaluation de l'état de santé mentale d'un client, les intervenants ont besoin au minimum d'une quarantaine de minutes pour recueillir des informations afin de porter un jugement sur la dangerosité de la situation.

Moi je considère qu'une bonne évaluation d'état mental ça ne va pas en bas de 45 minutes, c'est le plus rapide que je fais (...) Ça dépend des situations, mais au moins minimalement il faut prendre le temps de faire une bonne évaluation d'état mental de la personne. (Groupe 4)

Après chaque intervention en situation de crise, les intervenants de garde doivent rédiger des notes évolutives afin d'informer leurs supérieurs et leurs collègues des interventions qu'ils ont eu à effectuer auprès de la clientèle (n=5). Certains vont écrire les notes évolutives immédiatement après leurs interventions, tandis que d'autres vont plutôt attendre le lendemain pour effectuer la rédaction de ces notes. Certaines situations nécessitent aussi qu'ils réalisent un

suivi auprès de leurs collègues afin que ces derniers effectuent des interventions de suivi à moyen ou long terme auprès des personnes ayant fait appel au service d'Info-Social.

Habituellement quand je fais de la garde, j'essaie de faire ce que j'ai à faire pendant la garde (...) Je ne reviens pas ici sur mon temps de travail parce que mon temps de travail il est au soutien à domicile (SAD) (...) sauf quand je dois faire les suites, donner le suivi à l'intervenante du client donc je suis obligée de faire. (Groupe 3)

Le tableau 6 apporte des informations sur les rôles, les responsabilités et les tâches des intervenants avant, pendant et après leurs interventions au sein du service de la garde sociale.

Tableau 6

Rôles, responsabilités et tâches des intervenants au sein de la garde sociale

Rôles, responsabilités et tâches	
Avant l'intervention	
↪ Rencontres internes	<i>Je me dis prévention (...) faire l'évaluation dans ma tête quand je suis dans le char, je me dis, il faut que j'évalue comme il faut parce qu'il y a peut-être un risque et il faut que je regarde telle sphère. Je vois ma grille. (Groupe 3)</i>
↪ Répondre rapidement à la centrale à la réception d'un page	
↪ Préparation mentale pour intervenir en situation de crise	
↪ Consulter (si possible) le dossier du client	<i>Je pars avec déjà quelque chose quand j'ai pu regarder le dossier, alors quand j'arrive (...) ça me piste déjà au départ. C'est marqué refus de service ou autre chose c'est vraiment aidant. (Groupe 4)</i>
Lors de l'intervention	
↪ Évaluer la situation	<i>(...) un moment donné j'avais une jeune qui venait du secteur de Québec (...) non-collaboratrice et elle racontait un peu toutes sortes d'affaires. J'avais à aller l'évaluer au poste de police à la Sûreté du Québec donc comprendre, démêler l'histoire, savoir qui c'est, pourquoi elle est rendue ici. Après ça, ça l'a été de faire le lien avec les Centres jeunesse (...) de mobiliser des gens. Moi j'ai déjà appelé une amie pour qu'elle aille nourrir le chat parce que la madame ne voulait pas aller à l'hôpital sinon, c'était aussi simple que ça. (Groupe 4)</i>
↪ Offrir les ressources matérielles et physiques	
↪ Informer, accompagner et soutenir	
↪ Assumer le rôle de médiateur pour la clientèle avec les ressources de la communauté	
↪ Au besoin, entrer en contact avec le gestionnaire de garde	

Après l'intervention

↪ Rédiger un rapport d'intervention et des notes évolutives

↪ Assurer un suivi

(...) on fait systématiquement un résumé et une relance ou une référence le lendemain (...) il faut rentrer pour faire le lien, pour l'ouverture de dossiers, les suivis (...) alors, il faut quand même rentrer pour faire la note, faire le lien avec la coordonnatrice (...) Une nuit normale avec une sortie, on rentre le lendemain. (Groupe 2)

Dans le cadre de leur travail régulier, les intervenants psychosociaux ont parfois à intervenir en situation de crise au sein de leur établissement respectif (n=5). Par exemple, ils peuvent répondre aux besoins immédiats de leurs collègues affectés par un événement traumatique, comme le suicide d'un confrère de travail ou le fait d'avoir subi de la violence physique d'un client. Les tâches des membres de l'équipe d'urgence seront alors diverses et varieront en fonction de la situation vécue. Ils peuvent alors informer, soutenir et accompagner leurs confrères dans leurs demandes de soutien. Les intervenants psychosociaux que nous avons rencontré qui travaillent au sein d'un hôpital reçoivent aussi régulièrement des demandes concernant l'accompagnement émotif des familles à la suite du décès d'un patient ayant subi une opération. Ces mêmes intervenants ont également à intervenir dans les heures régulières de leur CSSS lors de diverses autres situations. Par exemple, un accident de la route, l'annonce d'une grave maladie (comme un cancer), des tentatives de suicide, décès inattendu d'un être cher à la suite d'un accident ou d'un suicide, etc.

Bien moi, je travaille au programme de santé mentale et dans le cadre de mon travail j'ai déjà à intervenir auprès de personnes suicidaires qui sont intoxiquées, qui ont des diagnostics psychotiques, qu'on fait des P-38 (...) Par exemple, un accident de la route, la personne est sur le choc à l'accueil, moi dans la semaine je vais la voir. J'ai beaucoup de situations individuelles, décès d'un enfant, suicide d'un proche, que je vais rencontrer en individuel. Travailler avec le choc, exemple, apprendre un cancer ou des choses comme ça qui déstabilisent une personne, moi c'est beaucoup dans l'individuel. (Groupe 3)

5.5 FORMATION DES INTERVENANTS PSYCHOSOCIAUX

Les formations académiques des répondants sont diverses. Toutefois, la plupart des intervenants rencontrés ont poursuivi des études supérieures en travail social, en psychologie et en psychoéducation. Dans le cadre de leur formation académique, certains ont suivi des cours en lien avec l'intervention en situation de crise. Quelques intervenants ont aussi reçu, en cours d'emploi, une formation sur l'intervention en situation de crise (n=4) et d'autres ont suivi la

formation préparée par le MSSS sur l'intervention psychosociale en cas de sinistre (n=5). En général, la formation sur l'intervention en situation de crise portait sur l'ensemble des situations que peuvent rencontrer les intervenants dans le cadre de leur emploi, tandis que la formation du MSSS aborde exclusivement les procédures à suivre lors d'une tragédie majeure ou d'un sinistre. Toutefois, la plupart des intervenants qui ont reçu ces formations les ont suivies il y a plusieurs années et la majorité des intervenants engagés au CSSS depuis moins de cinq ans n'ont pas reçu ces formations (n=3).

*J'ai eu une formation en intervention de crise tout court. Pas nécessairement un sinistre (...) Mais elle n'est plus donnée systématiquement. Je pense qu'ils ont arrêté il y a deux-trois ans, mais c'était systématique quand on faisait de la garde. Il fallait l'avoir, c'était obligatoire (...) **Est-ce que vous avez eu la formation que le ministère donne en cas de sinistre en intervention psychosociale?** Non-moi je ne l'ai pas eu. (Groupe 1)*

Pour ce qui des formations sur l'intervention en situation de crise suicidaire et sur l'application de la Loi P-38 sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, la majorité des intervenants les ont suivies (n=4) et ces formations sont mises à jour régulièrement au sein des CSSS.

(...) la Loi P-38 pour intervenir on n'a pas le choix. Interventions en situation de crise, au niveau du suicide P-38, on va avoir un rafraîchissement (...) La formation qu'on a eue sur le suicide dernièrement, ça l'a été rafraîchie, ça l'a été revu et corrigé. (Groupe 2)

Pour leur part, les intervenants psychosociaux qui ont débuté leur carrière en tant que professionnels en intervention psychosociale au sein du service d'Info-Santé et d'Info-Social ont reçu une formation de deux semaines sur les processus d'intervention en situation de crise (n=2). Cette formation porte sur l'ensemble des situations qu'ils peuvent rencontrer lorsqu'ils effectuent de l'intervention téléphonique. Pendant cette période de formation, l'intervenant est étroitement supervisé et ses échanges avec les appelants sont enregistrés. Les intervenants qui ont suivi cette formation affirment que ces apprentissages leur sont très bénéfiques dans le cadre de leur fonction au sein de l'équipe des mesures d'urgence ou de la garde sociale.

*(...) la formation d'Info-Social, c'était deux semaines, il y a de la crise là-dedans (...) **OK, donc vous avez une formation initiale d'une dizaine de jours sur différents aspects.** Pas tout le monde. Non, ça dépend. Moi je suis rentrée par Info (...) on rentre quasiment tout par Info (...) c'est quasiment notre porte d'entrée. Et on a une formation de 12 jours, avec entre autres des informations sur le processus de crise. (Groupe 3)*

Dépendamment de leur emploi régulier au sein de leur CSSS respectif, les répondants ont également reçu des formations spécifiques en fonction du type de clientèle avec lequel ils ont à intervenir. Par exemple, les répondants œuvrant au sein des équipes de santé mentale ont reçu des formations sur la non-violence en situation de crise et sur divers types de troubles de la personnalité.

Récemment j'ai eu une autre formation sur l'intervention non violente en situation de crise (...) c'était fait par l'équipe de santé mentale du CSSS avec une infirmière, une éducatrice et avec des jeux de rôles. (Groupe 4)

Les intervenants du service adulte d'un des CSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean, qui ont à appliquer le protocole des suivis étroits et de durée suffisante (SEDS), travaillent régulièrement auprès d'une clientèle masculine. C'est pourquoi certains de ces intervenants ont reçu une formation sur les approches et l'intervention auprès des hommes (n=1). Toutefois, cette formation n'a pas été suivie par l'ensemble des intervenants de ce service. Cette formation est un complément d'information pour ceux qui ont à œuvrer auprès de clientèle masculine au sein des mesures d'urgence ou de la garde sociale.

Souvent nos suivis d'une durée suffisante (SEDS) c'est des gens qui ont des problèmes concomitants, santé mentale, toxicomanie, les hommes aussi, ça, c'est en recrudescence depuis quelques années, moi je le remarque, les hommes viennent de plus en plus et on les a en crise suicidaire souvent. Et puis c'est une autre façon de travailler avec eux autres. Je ne sais pas si vous autres vous avez été formés, mais moi j'avais appris sur le tas (...) Moi je l'ai eu la formation sur l'approche auprès des hommes. Je l'ai eu ici, au CSSS. (Groupe 1)

Certains des intervenants qui ont à intervenir dans les établissements scolaires ont aussi reçu une formation spécifique sur les risques de fusillade dans les écoles (n=1). Les intervenants ayant reçu cette formation se sentent préparés si une situation de crise de ce type se présentait dans les écoles.

(...) il y a tout l'aspect des fusillades dans les écoles, on a eu la formation des policiers avec les codes de barricades, qu'est-ce qu'on fait, comment on barricade les bureaux (...) Et s'il arrive une fusillade à l'école, les intervenants sont impliqués parce qu'ils sont dans l'école, ils ne pourront pas sortir. J'en ai un peu entendu parler des cartons de couleurs dans les fenêtres (...) c'est une formation qui est donnée par les policiers, mais c'est exclusif au milieu scolaire. Les écoles primaires sont faites (...) toutes les écoles. Le risque est beaucoup plus élevé dans les écoles secondaires. CÉGEP, université c'est fait. (Groupe 5)

Enfin, certains intervenants nous ont mentionné qu'ils n'ont reçu aucune formation au sein de leur CSSS depuis qu'ils sont membres de l'équipe des mesures d'urgence. Pour combler cette lacune, et se sentir davantage préparés à intervenir, certains ont consulté des livres et des revues scientifiques (n=2), d'autres ont puisé des informations auprès de leurs collègues ayant de l'expérience pratique dans le domaine de l'intervention en situation de crise (n=1) ou se sont inscrits à des formations spécifiques dont ils ont eux-mêmes assumé les frais d'inscription.

(...) je n'ai pas eu la formation, j'ai appris ça avec le support des autres. (Groupe 2)

Moi je dirais que depuis que je travaille dans l'établissement, la crise je l'ai appris par moi-même. Les livres je les ai achetés par moi-même (...) Moi je m'en suis payé beaucoup des formations de par moi-même (...) je m'achète des livres puis je lis. (Groupe 1)

Le tableau 7 présente des extraits qui illustrent les différents types de formations que les répondants ont suivies.

Tableau 7

Formations des intervenants au sein des CSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean

	Formations
Formations de base	<i>C'est quoi les formations que vous avez suivies en lien avec l'intervention en situation de crise? En mesure d'urgence. Les deux jours du ministère? Ça fait tellement longtemps (...) On a eu un rafraichissement un moment donné (...) il me semble que c'était un trois jours et on a eu un autre deux jours un moment donné (...) vous avez eu trois jours de formation plus un deux jours sur le retour à la vie normale? Oui. On n'en a pas eu d'autres. (Groupe 4)</i>
↪ Situation de crise générale	
↪ Formation du MSSS concernant l'intervention psychosociale en cas de sinistre	<i>Moi j'ai eu la formation sur les situations de crise, mais c'était plus individuel (...) on a déjà eu la formation sur les mesures d'urgence avant les inondations (...), mais ça fait longtemps (...) depuis ce temps, on n'a pas formation continue (...) Avec la sécurité civile, il y a beaucoup de choses qui ont changé. (Groupe 5)</i>
Formations spécifiques	<i>(...) quand je suis rentrée ici au début on avait eu la formation sur la P-38 (...) Moi pour ce qui est de santé mentale, c'est sûr que j'ai eu la formation P-38, les formations de base sur le suicide, la nouvelle de trois jours. (Groupe 3)</i>
↪ Évaluation dans le cadre de la Loi P-38	
↪ Formation Info-Social	<i>Puis il y a la P-38 qu'on est formé avec des mises à jour au besoin.</i>

⌘ Non-violence en situation de crise	<i>Cette année on a la nouvelle formation pour les nouvelles pratiques, la nouvelle façon d'évaluer le risque suicidaire, c'est le CPS (Centre de prévention du suicide). Maintenant ils sont en train de former tout le monde (...) J'ai eu la chance de passer par Info-Social lors de mon premier emploi (...) quand on est engagé il y a deux semaines de formation où tu es supervisée au début, tes appels sont écoutés. (Groupe 1)</i>
⌘ Troubles de la personnalité	
⌘ Approche auprès des hommes	
⌘ Procédure en cas de fusillade dans les écoles	<i>Moi pour ce qui est de la santé mentale j'ai eu les interventions auprès de personnes qui souffrent de schizophrénie et les TPL (trouble de la personnalité limite). (Groupe 3)</i>

5.6 SOURCES DE SATISFACTION, D'INSATISFACTION ET LES DIFFICULTES VECUES

Certaines des questions posées lors des rencontres de groupe permettaient aux répondants de présenter leur point de vue sur les sources de satisfaction, d'insatisfaction et les difficultés vécues liées à leur travail en situation de crise (n=5). Dans un premier temps sont présentées les sources de satisfaction de ce type d'intervention, dans un second temps, ce sont les sources d'insatisfaction et les difficultés vécues qui ont fait l'objet de notre analyse.

Sources de satisfaction

Lorsqu'ils interviennent en situation de crise, les intervenants psychosociaux sont sujets à vivre diverses émotions qui peuvent leur procurer une grande satisfaction telles qu'une montée d'adrénaline ainsi qu'un sentiment d'utilité et de proximité qui se crée avec les victimes, les partenaires et les collègues de travail. Pour plusieurs des intervenants rencontrés, intervenir en situation de crise est l'un des seuls moyens leur permettant de vivre ces sentiments qui leur procurent beaucoup de satisfaction.

(...) j'aime la poussée d'adrénaline et j'ai tout le temps un sentiment de satisfaction, quand tu rentres dans ton auto et tu retournes à la maison après (...) Il y a un petit « high » associé à ça qui est le fun. En plus, ils me payent (...) l'adrénaline c'est difficilement remplaçable. (Groupe 4)

Les intervenants ayant choisi de travailler en situation de crise se disent très satisfaits de leur implication lors d'événements traumatiques. Pour plusieurs, ce choix de carrière repose sur certains aspects de leur personnalité tels que l'altruisme, l'importance du don et le besoin d'aider (n=2). En situation de crise, ils peuvent exercer ces aspects de leur personnalité ce qui les rend satisfaits d'avoir choisi leur profession.

J'avais 16 ans et je travaillais déjà avec des gens qu'on appelait des malades à long terme dans les hôpitaux et je me souviens d'avoir décidé que j'allais être technicienne en travail social parce que j'aimais ça ces activités de crise. Et j'ai toujours été contente de mon choix et c'est encore ça. (Groupe 3)

Le contexte d'intervention en situation de crise dans lequel ces intervenants doivent intervenir est très différent de celui de leur travail régulier. Ainsi, dans le cadre de leurs fonctions habituelles, ils doivent davantage effectuer des suivis auprès de leur clientèle régulière ce qui peut parfois créer une certaine routine. À l'inverse, l'intervention de situation de crise se caractérise plutôt par l'imprévisibilité des événements et la diversité de la clientèle. Ces aspects liés au contexte d'intervention en situation de crise procurent aux intervenants davantage de satisfaction envers leur travail.

(...) j'aime vraiment les mesures d'urgence, je suis bénévole de la Croix-Rouge également (...) Tu ne peux pas être blasé de ça, ce n'est jamais les mêmes personnes, ce n'est jamais les mêmes situations. (Groupe 3)

Les répondants apprécient également le fait que l'intervention en situation de crise procure des résultats immédiats auprès des individus qu'ils rencontrent, en créant rapidement des liens avec ces derniers qui sont à la recherche de réconfort. Les intervenants rencontrés estiment aussi que le fait de prévenir l'apparition de manifestations de stress post-traumatique ou le développement de problèmes de santé biopsychosociale chez les personnes affectées par des événements traumatiques leur procure un sentiment de bien-être. De plus, la reconnaissance exprimée par les victimes et par leurs proches satisfait grandement les intervenants, car ces marques de reconnaissance confirment les bienfaits de leurs interventions (n=5).

Ce que j'aime aussi, les impacts c'est la prévention qu'on fait avec les gens qui ont vécu des drames (...) on fait de la prévention pour justement éviter des post-traumas (...) on crée un lien avec les gens instantanément puis ils s'accrochent à toi parce qu'ils ont besoin de toi. Donc ça, c'est fantastique. (Groupe 1)

Bien, c'est toujours valorisant quand on arrive (...) et que la famille est extrêmement reconnaissante de notre travail. (Groupe 2)

La cohésion au sein de l'équipe des mesures d'urgence, la complémentarité dans les rôles de chacun ainsi que la présence d'interactions positives avec leurs collègues de travail sont également des éléments qui sont très satisfaisants et importants pour les intervenants ayant à travailler en situation de crise. Leur équipe de travail peut les motiver à demeurer actifs au sein du CSSS. En situation de crise, ils savent qu'ils peuvent être soutenus par leurs collègues s'ils

ressentent de l'insécurité face à l'événement traumatique ou face à la clientèle avec laquelle ils doivent intervenir. La proximité émotive qu'ils ont développée avec les autres membres de l'équipe d'urgence et le fait que ces derniers soient disponibles et empathiques face aux sentiments qu'ils peuvent éprouver lors de situations difficiles rendent leur travail en situation de crise davantage satisfaisant.

Savoir qu'on peut compter sur les autres membres de l'équipe (...) je sais que je peux appeler certains intervenants et que ça va leur faire plaisir de répondre (...) si je devais intervenir auprès des personnes âgées ça serait plus difficile (...) On a les numéros de téléphone personnels de tout le monde dans nos agendas (...) Ça m'est déjà arrivé trois fois d'utiliser ça et ça ne me gêne pas. (Groupe 4)

La reconnaissance de l'expertise des intervenants psychosociaux et des retombées positives de leurs interventions sur le déroulement des événements, ainsi que le fait de souligner la nécessité de leur présence sont également des éléments qui contribuent au sentiment de satisfaction qu'éprouvent les répondants en ce qui a trait à leur travail en situation de crise. De plus, ils éprouvent également de la satisfaction lorsqu'un partenaire confirme la pertinence de leur intervention (ex. : médecin de l'urgence confirmant qu'il était nécessaire d'appliquer la Loi P-38).

Je suis intervenue une fois avec les parents (...) dans le cas de la personne qui avait été écrasée dans la rue (...) les professionnels de l'urgence étaient bien contents de me voir arriver, j'ai été très bien accueillie parce que justement ils se sont déchargés totalement du côté psychosocial. (Groupe 2)

Quand j'amène un client à l'urgence (...) si le médecin dit; tu as bien fait de l'apporter, c'était ça qu'il fallait que tu fasses, tu es content. (Groupe 4)

Enfin, la reconnaissance de leur supérieur suite à leur implication en situation de crise est un élément très satisfaisant pour les intervenants, car cette reconnaissance donne un sens à leur travail et les motive à poursuivre leur implication au sein de l'équipe d'urgence de leur CSSS. De plus, lorsque des marques de reconnaissance de la part de la clientèle sont transmises aux intervenants par leur organisation, ces derniers considèrent que cette situation est fort gratifiante.

On se fait toujours dire au retour qu'on a bien travaillé par notre coordonnatrice (...) nos coordonnateurs sont souvent appelés par la personne le lendemain et ils vont se faire dire; ah! C'était le fun que vous veniez (...) et la coordonnatrice avait toujours un retour, ça l'a été bien, alors elle nous ramenait ça à chaque fois. Ça, c'était gratifiant. (Groupe 3)

Sources d'insatisfaction et difficultés vécues

Dans le cadre de leur travail régulier, les intervenants psychosociaux que l'on a rencontrés ont l'impression de travailler dans un système de plus en plus bureaucratisé où les objectifs quantitatifs semblent primer sur les éléments qualitatifs des interventions. Dans ce contexte de travail, il leur est difficile de faire reconnaître l'importance d'entretenir des relations interpersonnelles significatives avec les gens qu'ils rencontrent. Pourtant, cet élément constitue, aux dires des répondants (n=5), la base de leur profession et de leur travail. De plus, selon eux, il est très difficile pour un gestionnaire n'ayant pas de formation liée à l'intervention psychosociale de reconnaître l'ampleur des tâches à réaliser dans le cadre de leur travail régulier ou d'intervention en situation de crise. Il est donc très insatisfaisant pour les répondants que leur performance au travail soit évaluée en termes de nombre d'interventions effectuées plutôt qu'en termes de qualité d'intervention.

Bureaucratisé (...) Ça s'est beaucoup alourdi les technicités (...) c'est difficile de la faire vivre l'âme du travail psychosocial dans les CSSS en raison de toutes les exigences, les statistiques et il y a une mauvaise compréhension du travail. Quand votre chef d'équipe n'est pas dans le domaine psychosocial bien c'est encore plus dur. (Groupe 1)

Lorsque les intervenants psychosociaux doivent intervenir en situation de crise, que ce soit pour quelques heures ou plusieurs jours, ces derniers ne sont généralement pas remplacés (n=5). De plus, aucun autre membre de leur équipe ne prend en charge leurs dossiers pendant toute la durée de leur implication auprès des personnes ayant été victimes d'un ou de plusieurs événements traumatiques. Ces deux situations sont insatisfaisantes pour les répondants, car elles augmentent considérablement leurs charges de travail.

(...) quand on intervient en situation d'urgence et qu'on a notre charge de cas qui déborde, ce n'est pas toujours évident de composer avec toutes ces choses (...) le mot d'ordre, on tasse nos affaires. (Groupe 5)

Lorsqu'il y a un manque de volontaires pour intervenir en situation de crise, les gestionnaires n'ont d'autres choix que de désigner les intervenants dans les différents services du CSSS qui devront obligatoirement intervenir (n=2). Cette situation est très insatisfaisante pour les intervenants qui sont mal à l'aise avec l'intervention en situation de crise ou qui n'apprécient pas intervenir lors d'événements traumatiques. À l'inverse, les intervenants qui sont volontaires pour intervenir en situation de crise affirment qu'ils apprécieraient être davantage interpellés lors

d'événements traumatiques. Cette situation est également insatisfaisante pour ces derniers, sachant que la fréquence d'événements traumatiques est moindre en région comparativement aux centres métropolitains.

(...) je me rends compte qu'on est souvent sollicité pour de la crise puis ce n'est pas mon choix. Si je pouvais ne plus faire de crise (...) j'aimerais ça diminuer. (Groupe 1)

Il n'y en a pas assez. C'est un inconvénient (...) parfois j'aimerais être à Montréal et qu'il y en ait tous les jours ou me spécialiser moi là-dedans (...) C'est peut-être la seule insatisfaction. (Groupe 3)

Lorsqu'un professionnel intervient au service de la garde sociale en dehors des heures d'ouverture des CSSS, ce dernier reçoit un appel d'un professionnel du service Info-Social pour lui expliquer la situation de crise et il se dirige ensuite vers le lieu où se trouve le client. Trois des groupes rencontrés (n=3) ont mentionné à cet égard plusieurs sources d'insatisfaction dont, entre autres, la rigidité du cadre normatif ainsi que le peu d'explications fournies par le professionnel du service Info-Social en ce qui concerne la situation vécue par le client. À plusieurs reprises, les répondants ont eu l'impression d'avoir inutilement effectué des déplacements considérant que la situation aurait pu se régler au téléphone.

Info-Social, parfois ils nous appellent pour des situations qui ne sont pas pertinentes (...) c'est la moitié des «call» qui ne sont pas pertinents (...) il faut que ça reste un service d'urgence (...) C'est très irritant (...) ils ont un cadre tellement rigide à l'Info-Social que si ça dépasse ce cadre, la case, c'est tout de suite un intervenant terrain (...) C'est le problème de la rigidité, dès que ça sort du cadre, il l'envoie ailleurs. (Groupe 2)

Des répondants (n=4) ont également souligné être insatisfaits du manque de reconnaissance des partenaires de leur expertise professionnelle. Le personnel médical, entre autres, ne respecte pas toujours le plan d'intervention proposé par l'intervenant. L'exemple le plus fréquent demeure le refus d'un médecin d'appliquer la recommandation d'hospitalisation d'une personne en détresse dans le cadre de l'application de la Loi P-38 (n=3).

(...) comme intervenant psychosocial, je me dis j'ai un rôle, j'ai un spécifique que les médecins n'ont pas (...) j'ai évalué l'environnement, j'ai évalué d'autres choses que le médecin n'a pas vu (...) souvent notre jugement clinique et notre opinion professionnelle sont ignorés. (Groupe 3)

Certains des intervenants rencontrés sont aussi insatisfaits quant aux modalités de partenariat qui sont parfois établies avec les Centres jeunesse considérant que la répartition des tâches liées à une situation de crise ne leur semble pas équitable. Par exemple, il est fréquent que les professionnels des Centres jeunesse tentent de diriger l'intervention sans consulter l'intervenant du CSSS attiré à une situation (n=3) et/ou de déléguer les tâches à effectuer en exigeant la remise de rapports d'évaluation et de suivis très détaillés. Les répondants considèrent aussi qu'il est souvent difficile d'obtenir leur soutien.

Je n'aime pas beaucoup collaborer avec les Centres jeunesse parce que j'ai plus l'impression qu'eux me donnent des ordres puis ils s'attendent à une intervention dans telle direction de ma part que de la collaboration (...) ils avaient tendance à pelleter ça dans ma cour puis ça été difficile avant que je puisse obtenir leur aide qui était essentielle dans ces circonstances. Puis, ils nous demandent d'étoffer, mais pas à peu près nos dossiers. (Groupe 1)

Lorsque ces professionnels ont à agir auprès d'un client régulier qui ne respecte pas ses engagements, il est parfois insatisfaisant pour eux d'avoir à intervenir lors d'une situation de crise qui aurait pu, à leur avis, être évitée. Faire face à des clients non volontaires ou qui résistent à demander de l'aide sont aussi des situations insatisfaisantes pour les répondants.

Parfois dans nos dossiers quand il arrive des crises, c'est ton client et tu as mis pleins d'affaires en place autour de lui et tu t'es entendu avec lui et (...) il fait rien de ce qui a été entendu, il n'a pas pris aucun engagement, il arrive une crise, tu te dis; ah! Maudit! Pourquoi il est allé faire ça? Et il faut que tu recommences. (Groupe 3)

Les intervenants de certains CSSS ont également observé un manque de reconnaissance de leur institution face aux retombées néfastes de l'intervention en situation de crise sur leur santé (n=3). En fait, leur travail en situation de crise est parfois peu connu des gestionnaires et/ou banalisé. Selon eux, puisque l'institution leur fournit une compensation financière lorsqu'ils assurent leurs fonctions au sein de la garde sociale, les gestionnaires s'attendent à ce qu'ils ne manifestent pas leurs difficultés liées à leur travail en situation de crise. De plus, lorsque l'un d'eux éprouve des retombées négatives de son implication, ce dernier est sujet à vivre de l'isolement et de la discrimination. En cas de difficultés majeures, il est alors proposé aux intervenants de consulter le service d'aide aux employés sans toutefois reconnaître que ces difficultés peuvent provenir de l'accumulation de stress reliée au contexte de travail en situation de crise.

On n'a pas d'espoir que ça soit reconnu (...) notre travail est minimisé de la part de l'organisation, ou incompris ou banalisé (...) Ici on est payés plus cher, mais on n'a pas le droit de défaillir. Il faut être performant au max puis quand la machine lâche, ils ne s'en occupent pas. Ils t'envoient en expertise! Ou dire que tu es paresseuse. (Groupe 1)

Le tableau 8 présente différents extraits du discours des répondants qui illustrent les sources de satisfaction, d'insatisfaction et difficultés vécues par ces derniers.

Tableau 8

Sources de satisfaction, d'insatisfaction et difficultés vécues

Satisfaction	Insatisfaction et difficultés
<p><i><u>La diversité des interventions (sortir de la routine) :</u> (...) je ne suis pas bien dans la routine à 4 rendez-vous par jour. Je n'aime pas le suivi, la crise c'est ça qui me drive parce que je suis (...) une personne énervée, faire de l'intervention me calme. (Groupe 1)</i></p>	<p><i><u>La pertinence des informations fournies par les professionnels du service d'Info-Social :</u> Depuis deux ans à Info-Social on dirait qu'il y a des intervenants qui ont des troubles anxieux (...) Souvent ce qu'ils vont dire; je ne le vois pas alors je ne sais pas, il est au téléphone (...) parfois on est appelé et je demande qui est le client (...) c'est quoi la situation? (...) Il ne le sait pas trop. (Groupe 4)</i></p>
<p><i><u>Le don de soi :</u> C'est l'altruisme (...) on a toujours encore notre petite âme sauveur nous autres! (...) Une petite cape de superman. Quand ça ne nous touche pas, on veut aller aider, c'est le premier réflexe. (Groupe 5)</i></p>	<p><i><u>La non-reconnaissance de leur expertise :</u> Mais il y en avait trois clients qui étaient en état de choc (...) ils ne voulaient pas avoir de congé de maladie (...) le médecin ne nous croit pas qu'un état de choc post-trauma ça existe. (Groupe 2)</i></p>
<p><i><u>L'imprévisibilité des situations de crise :</u> C'est l'imprévu que j'aime. Le challenge. (Groupe 2)</i></p>	<p><i><u>La résistance de certaines clientèles à demander de l'aide :</u> Au niveau collectif, l'insatisfaction c'est la résistance à demander de l'aide, les hommes particulièrement. On l'a vécu avec les fermetures d'usines (...) les hommes qui ne demandent pas d'aide, bien souvent on se rend compte qu'il y a beaucoup de stress dans la maison, parfois beaucoup de consommation qui recommence ou qui s'aggrave, violence. Ça l'a des conséquences. Ça dégenère souvent. (Groupe 5)</i></p>
<p><i><u>La reconnaissance de leur travail :</u> Un moment donné on avait eu une lettre de l'urgence (...) pour nous dire que tout le monde avait apprécié la séance de verbalisation. (Groupe 4)</i></p>	
<p><i><u>Le développement de liens avec leurs coéquipiers :</u> (...) mon équipe, ça joue énormément (...) c'est vraiment ça qui a fait que je suis restée en services généraux, parce que je me dis que dans mon équipe, on est vraiment proche. (Groupe 3)</i></p>	

5.7 LES RETOMBÉES DE L'INTERVENTION EN SITUATION DE CRISE SUR LA SANTÉ BIOPSYCHOSOCIALE ET LA PERFORMANCE AU TRAVAIL

Lors des entrevues de groupe, certaines des questions posées permettaient aux participants de présenter leur point de vue sur les retombées de l'intervention en situation de crise sur leur santé biopsychosociale, leur comportement et leur performance au travail. Dans un premier temps sont présentées les retombées positives de ce type d'intervention puis ce sont, dans un second temps, les retombées négatives qui ont fait l'objet de notre analyse.

Retombées psychologiques positives

Le travail en situation de crise peut laisser des images positives à l'esprit des intervenants suite à leur implication auprès des victimes. En fait, plusieurs répondants affirment qu'il est très gratifiant de constater que leur présence sur les lieux d'un événement traumatique est importante pour les victimes ayant besoin de soutien immédiat (n=2). Suite à leur implication, plusieurs vont vivre un grand sentiment de valorisation en se remémorant les événements et le mieux-être apporté aux personnes.

(...) c'est valorisant d'intervenir en situation de crise (...) j'ai toujours l'impression d'être présente pour les gens au bon moment dans l'intervention. Alors quand je reviens, j'y repense et je suis contente. (Groupe 3)

Les perceptions positives qu'ont certains répondants face à leur travail lors d'événements traumatiques les poussent à poursuivre leur implication en situation de crise. En fait, pour plusieurs (n=4), les retombées positives de leurs interventions sur la clientèle les motivent à poursuivre leur implication au sein des services des mesures d'urgence et de la garde sociale. Ils perçoivent l'influence positive qu'ils ont sur leurs clients en position de vulnérabilité dans des moments difficiles. De plus, ces situations leur font prendre conscience de l'importance de leur vie personnelle en réalisant la valeur de ce qu'ils possèdent en termes de biens matériels, affectifs et relationnels.

C'est reconnaissance, gratification, quand on est allé pour un suicide ou un passage à l'acte, moi je le vois comme sauver une vie (...) Moi je dirais que c'est juste le sentiment d'accomplissement, c'est valorisant d'intervenir en situation de crise. (Groupe 3)

Malgré les circonstances parfois tragiques des événements traumatiques, certains intervenants (n=2) ont la profonde conviction que les personnes en détresse qu'ils rencontrent peuvent vivre des moments de bonheur malgré leur souffrance et développer des stratégies d'adaptation qui leur permettront de faire face, au cours de leur vie, à d'autres événements traumatisants.

La misère (...) des enfants négligés j'en vois et comment je fais, bien je me dis; cet enfant dans sa destinée avait ça à vivre comme personne et il va développer des choses belles à travers ses épreuves. (Groupe 3)

Retombées émotionnelles positives

En général, à la suite de leur implication en situation de crise les intervenants sont fortement motivés à poursuivre leur travail au sein de l'équipe des mesures d'urgence, car les marques de reconnaissance des individus traumatisés et de leurs partenaires sont encourageantes et stimulantes (n=5). Les répondants se sentent aussi très utiles lorsqu'ils sont en pleine action, parce qu'ils peuvent constater rapidement, voire immédiatement, les retombées positives de leurs implications auprès des personnes qu'ils soutiennent (n=2).

Il y a un sentiment d'utilité qui est présent, c'est tangible, quand la crise est diminuée, ce n'est pas comme des suivis réguliers. Il y a de l'intensité, un résultat concret, immédiat. (Groupe 4)

C'est gratifiant autant des clients que des collègues (...) les gens nous disent, merci! (Groupe 3)

Un fort sentiment de fierté et de compétence peut également être vécu par les intervenants à la suite d'une implication en situation de crise qui s'est avérée difficile à gérer ou à contrôler. Ce sentiment serait davantage présent lorsqu'ils constatent que leurs interventions ont porté fruit malgré des circonstances en dehors de leur contrôle.

Et qu'on passe tout le temps au travers et c'est d'être fier d'être passé au travers. (Groupe 5)

Retombées physiques positives

Avant, pendant et à la suite de leurs interventions en situation de crise, les intervenants sont sujets à vivre une importante poussée d'adrénaline qui les aide à accomplir leurs fonctions. En fait, certains qualifient cette poussée d'adrénaline comme un stress positif nécessaire à leur implication en situation de crise. Cette montée d'énergie serait davantage présente lors de

situations de crise, parce que les événements traumatiques sont imprévisibles, uniques et de durées indéterminées ce qui représente un défi stimulant (n=4).

(...) ça nous fait du bien, quand on revient, ça nous donne un petit «boost».
(Groupe 3)

Et je dirais même que c'est l'adrénaline que ça amène, que ça soit quelque chose d'imprévu, quelque chose qui déstabilise et c'est de l'inconnu, la petite dose d'adrénaline que ça apporte. (Groupe 5)

Retombées comportementales et sociales positives

Certains intervenants travaillant au sein du service de la garde sociale ont l'opportunité d'accumuler leurs heures de travail ce qui leur permet d'avoir une certaine souplesse face à leur horaire de travail (n=4). Ainsi, lorsqu'un membre de leur famille est malade, il leur est possible de s'absenter de leur travail pour s'occuper d'eux. De plus, les répondants peuvent prolonger leur vacance estivale et être ainsi plus longtemps avec leurs proches.

On s'accumule plus d'heures (...) Donc la banque d'heures augmente et ça nous permet de prendre plus de congés et de vacances l'été. (Groupe 2)

Le fait de travailler au sein du service de la garde sociale permet également aux intervenants de diminuer leur rythme de vie lorsqu'ils sont à la maison. En fait, puisqu'ils doivent demeurer disponibles à recevoir des appels d'urgence, ces derniers évitent d'entreprendre des activités exigeantes préférant privilégier des activités qui exigent peu de dépenses énergétiques ou qui demeurent à proximité de leur domicile.

Est-ce que c'est un impact positif le fait que quand vous êtes de garde, cela vous permet de faire des activités qui sont moins prenantes? Oui à la maison (...) Souvent une fin de semaine de garde, ça va m'obliger à m'arrêter et cette fin de semaine j'écoute des films. (Groupe 2)

En général, la vision qu'ont les membres de la communauté à l'égard du travail des intervenants en situation de crise et de la garde sociale est généralement positive. En fait, lorsque les intervenants évoquent ces sujets auprès de leurs pairs ou auprès des membres de leur entourage, ces derniers sont souvent impressionnés par leur travail. La reconnaissance et l'estime que leur procure ce type de travail auprès de leurs proches faciliteraient le développement et le maintien de relations interpersonnelles et professionnelles positives.

Dans la vie en général c'est bien reconnu, on parle de ça, les gens disent; ah oui? Tu fais ça de la garde? Eh! Tu es hot! (Groupe 2)

Retombées positives sur la performance au travail

Intervenir en situation en crise permet aux intervenants de réaliser des fonctions différentes que celles qu'ils réalisent lors de leur travail régulier, et ainsi prendre une pause en ce qui a trait à leurs fonctions habituelles. Lors de ces événements, ils ont à diversifier leurs pratiques professionnelles en rencontrant de nouvelles personnes, dans de nouveaux lieux lors de situations avec lesquelles ils ne sont pas nécessairement familiers.

(...) je trouve que ça nous permet de diversifier notre pratique. Aller dans des milieux de travail, rencontrer des gens, des travailleurs comme nous qui peuvent vivre des situations de crise. C'est différent que notre travail de bureau, ça change de la routine de travail. On voit un résultat concret rapidement, tout de suite! Ce n'est pas comme une thérapie. (Groupe 2)

Selon certains répondants, le fait d'être en contact avec des clientèles qu'ils n'ont pas l'habitude de côtoyer les amène à adopter un regard différent sur les problématiques qu'ils peuvent vivre (n=2). Leur nouvelle perception de ces clientèles et de leurs problématiques leur apporterait une plus grande ouverture d'esprit dans leur vie professionnelle et personnelle en diminuant leurs jugements de valeur et en augmentant leur respect envers ces derniers.

(...) au début, je disais; je ne serai pas capable de travailler avec des gens qui ont posé des gestes de pédophilie ou d'inceste. Et finalement, j'aime beaucoup cette clientèle parce que j'ai un œil aussi qui est différent, je vois la souffrance en arrière. (Groupe 3)

Le fait d'œuvrer en situation de crise pendant plusieurs années consécutives permet aussi aux intervenants de développer une expertise en ce qui a trait au soutien des personnes vivant un ou plusieurs événements traumatiques et d'accroître leur savoir-faire dans ce domaine. L'amélioration de leurs habiletés augmente également leur sentiment de confiance envers leur propre capacité d'intervention lorsqu'ils ont à intervenir dans le cadre de leur travail régulier auprès de leur clientèle qui se désorganise parfois lors de leurs rencontres ou lors d'échanges téléphoniques (n=3).

C'est des expériences nouvelles, je pense au verglas, j'ai vécu des affaires, c'est incroyable! (...) Il y a plein d'affaires inusitées, mais c'est intéressant (...) avec le recul, tu te dis; ça m'a apporté une belle expérience, j'ai vécu des choses, c'est enrichissant, ça m'a montré d'autres façons de travailler parce que tu n'as pas le même territoire en plus. Oui, c'est un bagage supplémentaire. (Groupe 5)

Lors de leurs interventions au sein de l'équipe de la garde sociale, les intervenants doivent régulièrement travailler pendant la nuit avec des policiers. Les répondants estiment que cette situation leur permet de créer des liens privilégiés avec ces derniers. Le fait d'échanger fréquemment avec des policiers leur serait très bénéfique dans le cadre de leur travail régulier, car ils se sentent à l'aise de faire appel à ces derniers pour venir en aide à leurs clients (n=2).

On débarque la nuit. Pas maquillée (Rires) (...) je suis sortie à 8h00 et la fois d'avant j'étais sortie à 2h00 du matin. Le policier a dit; ouh! Mon Dieu! Vous êtes moins fripée que la dernière fois! (Rires) Il y a des liens qui se créent. J'avais quasiment des marques de couvertes, je suis quasiment intime avec les policiers, de nuit (Rires). (Groupe 2)

Retombées psychologiques négatives

Suite à leurs interventions en situation de crise, certains intervenants peuvent être préoccupés par les moyens qu'ils ont décidé de prendre pour venir en aide aux personnes en détresse. Par exemple, dans le cas de l'application de la Loi P-38, l'intervenant peut décider d'amener la personne présentant des dangers pour son intégrité physique à l'hôpital ou de la maintenir à son domicile. Dans les deux cas, il peut se demander s'il a fait le bon choix et si le médecin de l'hôpital va appuyer ce choix.

(...) des crises suicidaires (...) on l'amène à l'hôpital, on repart, mais on se dit tout le temps; bon le médecin il va dire quoi (...) que j'ai fait une bonne job ou bien il va lui dire que je n'aurais pas dû l'amener (...) j'ai tu pris une bonne décision. (Groupe 4)

Certaines situations de crise peuvent parfois amener les intervenants à transposer certains éléments ou caractéristiques d'une situation à leur propre vie personnelle (n=2). Par exemple, le décès tragique d'un enfant à la suite d'un accident peut amener certains intervenants à s'imaginer que ce sont leurs propres enfants qui pourraient vivre ces situations.

À chaque fois que j'ai fait des interventions, soit un accident impliquant des enfants (...) j'ai l'impression d'avoir les tripes ouvertes parce que ça pourrait être mon enfant, ça pourrait être ma sœur, ça pourrait être la situation de ma famille. Je ne suis pas capable de faire ce détachement. (Groupe 1)

Chaque intervenant a vécu à un moment dans sa vie des événements plus ou moins traumatisants, stressants ou difficiles qui peuvent parfois refaire surface lors de certaines situations de crise (n=5). En fait, certains événements traumatiques ou certains types de clientèles peuvent amener ces professionnels à vivre des réminiscences provenant de leurs propres expériences antérieures (n=2). Par exemple, si un intervenant a un proche qui vit des

problématiques de consommation et qu'il doit travailler avec une personne sous l'emprise de narcotiques, celui-ci peut penser à son proche et être influencé par ses pensées ainsi que par ses perceptions de la réalité. Ces réminiscences sont souvent incontrôlables et peuvent apparaître subitement à des moments inopportuns tels que pendant l'intervention de crise ou lors de moments de repos.

(...) moi les gens intoxiqués, il y en a que ça ne fait pas, je ne suis pas capable, je trouve ça difficile, il faut que je me parle (...) mon vécu m'amène à vivre ça (...) parfois ça te rappelle des situations. (Groupe 3)

Parfois des images négatives associées à certains types de situations de crise, d'intervention ou de clientèle peuvent aussi survenir subitement à l'esprit des intervenants ayant à travailler lors d'événements traumatiques. Lors de ces situations, les répondants peuvent visualiser des situations de crise qu'ils ont déjà rencontrées telles que des tentatives de suicide, des gens démunis qui sont sans réseau social ou des personnes ayant eu à traverser de multiples épreuves au cours de leur vie.

Parfois, je pense au suicide (...) parfois je vois les gens qui sont démunis, au niveau des ressources internes et externes, qui n'ont pas de réseau, qui sont isolés, qui ne connaissent pas les services (...) Je pense aussi à la vulnérabilité, des gens, ce qu'ils ont vécu ou ce qu'ils vivent, ou qu'ils ont été témoins. (Groupe 3)

À la suite de son implication lors d'une tragédie, un intervenant a aussi souligné avoir souffert de symptômes de stress post-traumatique (n=1). En fait, ce dernier a été confronté à des images marquantes lorsqu'il a constaté le décès d'une victime. Les images de cette mort sont restées ancrées dans ses pensées et des apparitions de ces images ont commencé à se manifester de façon imprévisible à plusieurs reprises au courant des jours qui ont suivi son implication. Cet intervenant a surmonté ces symptômes à l'aide du soutien de ses collègues.

Je me rappelle d'une situation (...) voir le jeune homme décédé (...) il était très beau, mais l'image m'est resté et le soir à la maison j'avais des flash-back (...) Puis la nuit pareil, puis le lendemain matin (...) j'étais en train de développer un stress aigu. J'avais les symptômes. (Groupe 1)

Selon certains répondants, la majorité des intervenants psychosociaux sont sujets à vivre une détresse psychologique importante au courant de leur carrière (n=1). De plus, ces derniers ont observé que certains de leurs confrères vivent ou ont vécu une détresse émotionnelle intense qui les a menés à avoir recours à des soins psychologiques ou psychiatriques en fin de carrière.

Actuellement, il y a au moins 75 % des intervenants psychosociaux qui sont en détresse et qui sont souffrants (...) J'en ai vu en psychiatrie puis je me suis dit, je n'irai pas en psychiatrie vers la fin de ma carrière. (Groupe 1)

Retombées émotionnelles négatives

Il arrive parfois que certains intervenants vivent un sentiment de répulsion envers des clients présentant de multiples problèmes psychosociaux souvent sujets à vivre les mêmes situations de crise, semaine après semaine. Cette situation amène les intervenants à vivre de la fatigue émotionnelle et du découragement face à une clientèle qui reproduit constamment les mêmes problématiques (n=2).

Je suis dans une période que je suis plus blasée au niveau de la clientèle (...) c'est redondant tout le temps (...) la clientèle est quand même lourde (...) je ne suis plus capable (...) c'est toujours à recommencer, c'est toujours les mêmes personnes et les mêmes interventions qui reviennent. (Groupe 3)

Certains événements traumatiques provoquent chez les répondants des sentiments de frustration, d'incompréhension, de colère, de tristesse et d'amertume. Ainsi, lorsqu'un événement tragique tel qu'un décès, un accident ou un homicide se produit chez une clientèle particulièrement vulnérable telle que les enfants, les femmes ou les personnes âgées, les intervenants vont davantage être affectés émotionnellement par ces événements (n=5).

Parfois, ont est touché nous-mêmes (...) l'accident qu'il y avait eu, ça m'a mis en maudit après. Sur le coup j'ai fait ce que j'avais à faire, mais après je trouvais que ça n'avait tellement pas de bon sens, j'étais fâchée. Le décès, le suicide, le petit bonhomme, pauvre petit (...) j'ai pleuré toute l'heure du dîner (...) je trouvais que c'était un non-sens. (Groupe 5)

Puisque les intervenants sont confrontés quotidiennement au sein de leur équipe régulière à des situations difficiles, certains disent qu'avec le temps ils sont sujets à vivre de la fatigue de compassion. Ainsi, être confronté régulièrement à la souffrance des autres, en plus d'intervenir lors de situations de crise, peut mener les intervenants à vivre un épuisement émotionnel tel que la fatigue de compassion (n=1).

On vit des drames quotidiens avec les gens, on écoute la souffrance, c'est beaucoup, l'usure de compassion. Mais si on ajoute la crise à ça, on augmente notre usure. (Groupe 1)

Retombées physiques négatives

Lorsqu'ils reçoivent un appel du centre Info-Social leur indiquant qu'ils doivent se déplacer pour intervenir en situation de crise, certains intervenants vont vivre un stress intense face au fait qu'ils doivent répondre le plus rapidement possible à l'appel et se rendre d'urgence au domicile des personnes en détresse (n=1). Certains ont même mentionné que la pression qu'ils ont face au délai de réponse à l'appel leur procure davantage de stress et de palpitations cardiaques que d'intervenir en situation de crise.

Le cœur me débat moi. Ça l'a sonné, vite, vite, il faut que je me dépêche (...) Au bout de trois minutes, ils «repagent» et ils «repagent» (...) tu n'as même pas le temps de te trouver un crayon, ça me stresse plus qu'aller intervenir. (Groupe 4)

Parfois, certains événements traumatiques compromettent la sécurité et l'intégrité des intervenants. Lors de ces situations, ces professionnels peuvent vivre diverses retombées physiques, dont l'augmentation de leur pression artérielle, des tremblements, des spasmes et de l'agitation. Ces retombées physiques peuvent empêcher l'intervenant d'exécuter certaines tâches habituelles telles que conduire sa voiture et parfois même de marcher.

(...) c'est vraiment l'adrénaline après-coup (...) je ne me sentais plus les jambes (...) tu es sortie de ton corps un instant (...) Presque plus capable de me lever. Trembler comme une feuille (...) notre corps a une réaction. (Groupe 1)

Il arrive parfois que les intervenants de la garde sociale vont être sollicités plus d'une fois pendant leurs heures de garde ce qui peut considérablement nuire à leur rythme de vie régulier. Lorsque ces derniers ont à réaliser de multiples interventions, de façons consécutives, ils n'ont pas le temps nécessaire pour récupérer leur énergie entre ces interventions. Cette fatigue accumulée peut entraîner chez ces derniers des maux de cœur, des étourdissements et une perturbation de leur système immunitaire (n=4).

Quand tu as cinq sorties un en arrière de l'autre dans une fin de semaine, je suis arrivée verte le mardi matin, je ne me comprenais plus, ça faisait quasiment 36 heures que je n'avais pas dormi, je ne l'ai pas trouvé drôle. (Groupe 4)

À long terme, intervenir en situation de crise pendant plusieurs années peut aussi entraîner une fatigue accumulée chez les intervenants psychosociaux (n=5). Ainsi, plusieurs ont vécu ou ont observé chez certains de leurs collègues des symptômes physiques après quelques années tels que l'épuisement professionnel et la présence de divers problèmes de santé (ex. : cancer, maladie de Crohn).

(...) ça doit faire 17 ans que je ne fais que ça à peu près (...) c'est plus difficile pour moi de récupérer suite à une crise alors que je le faisais très bien les années antérieures (...) Les problèmes de santé physique aussi en raison d'usure (...) l'adrénaline, ça sécrète la cortisone qui est toxique et puis ça libère des radicaux puis ça peut se développer en cancer. (Groupe 1)

Retombées comportementales et sociales négatives

Lorsqu'ils assument la garde sociale, les intervenants ont à organiser la gestion de leur vie familiale ce qui peut engendrer certaines difficultés ou conflits avec les membres de leur entourage. Lorsqu'ils ont à quitter leur domicile, les intervenants ayant de jeunes enfants doivent s'assurer de la disponibilité du conjoint ou d'une autre personne pour en prendre soin (n=5).

Ma conjointe veut sortir, j'ai deux enfants à la maison, je ne peux pas les laisser si ça sonne (...) alors elle est coincée chez nous. (Groupe 4)

Quand tu as des jeunes enfants, tu ne peux pas les laisser même le samedi, dimanche. (Groupe 2)

Pendant leur disponibilité au sein du service de la garde sociale, qui peut être d'une durée de sept jours consécutifs, les intervenants affirment ne pas pouvoir accomplir certaines activités courantes telles que faire l'épicerie ou pratiquer des activités sportives. Ils peuvent aussi manquer de temps pour réaliser certaines tâches telles que faire l'entretien ménager de leur domicile (n=5).

(...) quand je suis sur le «paquet» je trouve que ça brime ma liberté (...) je suis toujours limitée dans mes déplacements. On ne peut même pas aller prendre une marche. Donc je ne peux plus aller faire de sport, je ne peux pas aller marcher (...) même 15 minutes. (Groupe 4)

Le travail des intervenants de la garde sociale peut donc avoir diverses retombées sur leur vie de famille. Ainsi, les conjoints et les enfants peuvent vivre de l'inquiétude face au travail de ces derniers et craindre pour leur intégrité physique. De plus, avec la fatigue accumulée, des répondants (n=2) ont mentionné vivre parfois de l'intolérance et de l'impatience envers leurs enfants et/ou leur conjoint.

Si tu as des enfants à la maison, ils se lèvent pareil le matin ou ils se réveillent quand tu reviens et ils te demandent; où tu étais? Tu n'as pas le goût d'en parler (...) ils savent pourquoi qu'on n'est pas à la maison. C'était tu grave? C'est-tu dangereux? Ça je l'ai vécu avec mon plus jeune qui était un peu inquiet. (Groupe 5)

Retombées négatives sur la performance au travail

Certains événements traumatiques ou certains types de clientèles peuvent déstabiliser les intervenants en ce qui a trait aux décisions à prendre pour faire face aux situations qui se présentent dans un contexte de crise ou d'urgence sociale. Ainsi, pour certains des professionnels rencontrés, il leur serait particulièrement difficile d'intervenir, entre autres, lors de crises suicidaires, familiales, avec des adolescents ou des clients réguliers.

On a un appelant à l'accueil, un trouble de personnalité limite assez important (...) elle m'a déstabilisée. (Groupe 2)

(...) admettons qu'on est en crise suicidaire ou en crise familiale, c'est notre responsabilité d'évaluer le risque, de gérer, de prendre la décision sur l'orientation. En fait, on fait tout de A à Z (...) ces responsabilités sa demande une assurance qu'on n'est pas tous moulés pour faire ça (...) il y a quand même beaucoup d'autonomie dans ce qu'on nous demande et ce n'est pas clair. (Groupe 1)

Lorsque les intervenants de la garde sociale sont régulièrement sollicités pendant leur quart de travail, dont en soirée, pendant la nuit ou les fins de semaine, ils n'ont pas toujours l'opportunité de prendre un temps de récupération pour faire le plein d'énergie et leurs heures de sommeil sont parfois des plus écourtées. Le manque de repos peut alors grandement affecter leur capacité à rencontrer leurs clients réguliers. De plus, ils se voient parfois dans l'obligation d'annuler ou de reporter des rendez-vous.

Ca faisait quatre jours, j'avais deux heures pour dormir à peu près parce que je me recouchais sur l'oreiller à 3h00 du matin en arrivant d'une sortie et ça re-sonnait (...) le lendemain matin tu travailles et pour me rendre au mardi, j'en avais mon quota (...) si je n'interviens pas bien avec mon client parce que je suis épuisée ça sert à rien de le voir, j'aime autant le déplacer. (Groupe 4)

Dans certains CSSS, plusieurs intervenants psychosociaux seraient temporairement absents en raison de congé de maladie ou en retour progressif à la suite de recommandations émises par un médecin (n=2). Les répondants ont alors constaté que leur charge de travail a augmenté, car leurs collègues ne sont pas remplacés. De plus, l'ambiance au travail serait des moins agréables en raison des pressions exercées par leur employeur en ce qui concerne le nombre de clients à prendre en charge.

(...) tout le monde est malade, dans mon équipe il y a pleins de personnes en maladie et il y a plein de monde sont en retour progressif et ils ne sont pas trop contents d'être au travail. (Groupe 3)

Le tableau 9 présente différents extraits du discours des répondants qui illustrent les retombées positives ou négatives de l'intervention en situation de crise sur leur santé biopsychosociale et leur performance au travail.

Tableau 9

Retombées positives et négatives de l'intervention en situation de crise sur la santé biopsychosociale et la performance au travail des intervenants

	Conséquences positives	Conséquences négatives
<p>Retombées psychologiques</p> <p>-Positives</p> <ul style="list-style-type: none"> ↪ Perception des problématiques sociales ↪ Images positives <p>-Négatives</p> <ul style="list-style-type: none"> ↪ Préoccupations ↪ Reviviscences ↪ Transferts-distorsions ↪ Images négatives ↪ Détresse en fin de carrière 	<p>(...) les femmes victimes de violence conjugale (...) tu vois comment elle s'est construite depuis qu'elle est petite, ce qu'elle a vécu, tu comprends qu'elle reste et tu ne peux pas la juger. (Groupe 3)</p> <p>Tu as l'impression d'avoir été présent au bon moment (...) ça me fait apprécier aussi ce que j'ai (...) Ça change nos perceptions de la vie en général. (Groupe 3)</p>	<p>Ça peut arriver parfois qu'il y ait des situations qui nous dérangent plus, on se réveille la nuit et on y pense (...) Il y aurait tu autre chose que j'aurais pu faire? (Groupe 5)</p> <p>Parfois j'entends beaucoup de tromperies conjugales (...) Je vais partir avec des distorsions, tout le monde se trompe (...) Je fais du transfert sur mes relations de couple. (Groupe 3)</p>
<p>Retombées émotionnelles</p> <p>-Positives</p> <ul style="list-style-type: none"> ↪ Sentiment d'utilité ↪ Sentiment de reconnaissance ↪ Sentiment de fierté <p>-Négatives</p> <ul style="list-style-type: none"> ↪ Répulsion ↪ Frustration-incompréhension ↪ Fatigue de compassion 	<p>(...) tu te sens vraiment utile (...) c'est ce que j'aime. (Groupe 3)</p> <p>La reconnaissance des pairs et des clients qui ont apprécié, ça, je pense que c'est le fun. (Groupe 4)</p> <p>Le sentiment d'avoir été utile (...) en dedans d'une demi-heure tu vois le résultat (...) les gens sont contents après. Il y a une reconnaissance de la part des clients. (Groupe 1)</p>	<p>(...) on a tout le temps peur de ce qui va se passer (...) on ne veut pas aller à domicile quand il y a un psychopathe (...) C'est dangereux. (Groupe 3)</p> <p>Je n'aime pas ça, je suis rentrée chez un Monsieur qui était debout sur les chaises, il voyait des rats et il capotait et il se pognait la tête et il disait; sors d'icitte câlisse! Et il me sacrerait après (...) ça me rend inquiet. (Groupe 3)</p>
<p>Retombées physiques</p> <p>-Positives</p> <ul style="list-style-type: none"> ↪ Montée d'adrénaline ↪ Stress positif 	<p>Tu ne le sais pas avant de partir, combien tu vas avoir de monde, il y a toujours une petite palpitation (...) c'est un défi à chaque fois. (...) c'est un bon stress. (Groupe 3)</p>	<p>Je suis sortie en évaluation P-38, j'ai eu peur. La personne était agressive. Au retour, j'ai arrêté ma voiture, ma jambe tremblait. (Groupe 1)</p>

<p>-Négatives</p> <ul style="list-style-type: none"> ⌘ Maux de ventre, de cœur, de tête ⌘ Sommeil perturbé ⌘ Palpitations cardiaques ⌘ Tremblements, spasmes, agitation ⌘ Diminution du système immunitaire ⌘ Maladie (cancer, maladie de Cohn) 	<p>(...) j'aime la poussée d'adrénaline et j'ai tout le temps un sentiment de satisfaction, quand je retourne à la maison (...) Il y a un petit « high » associé à ça qui est agréable. En plus, ils me payent (...) l'adrénaline c'est difficilement remplaçable. (Groupe 4)</p>	<p>Parfois, on n'en dormait pas des nuits et c'était stressant (...) on est fatigué (...) l'adrénaline elle ne retombe pas tout de suite. (Groupe 5)</p> <p>(...) si vous avez trois sorties la nuit, vous rentrez le lendemain matin? Oui. C'est terrible! J'en ai vomi une fois. (Groupe 1)</p>
<p>Retombées comportementales et sociales</p>	<p>Il y a une souplesse au niveau de la gestion des heures (...) si j'ai besoin d'un congé parce que mes filles sont malades, bien j'ai une banque d'heures accumulées (...) Dans le temps des Fêtes, on peut se permettre d'arrêter plus. (Groupe 2)</p>	<p>C'est pendant les sept jours de garde (...) J'ai déjà laissé mon panier d'épicerie dans le coin. C'est arrivé deux fois de laisser mon épicerie. (Groupe 4)</p>
<p>-Positives</p> <ul style="list-style-type: none"> ⌘ Souplesse concernant la gestion des heures de travail ⌘ Vision positive de la communauté à l'égard du travail des intervenants en situation de crise et de la garde sociale ⌘ Obligation de faire des activités moins prenantes lors des temps de garde sociale 	<p>Vous récupérez votre temps, c'est ça? Oui, dans la banque de temps. On peut le reprendre (...) Et on peut se le faire payer aussi. (Groupe 4)</p>	<p>Parce que l'impact sur le coup c'est sûr que ça défait tout autant notre organisation personnelle que familiale qu'au travail. Il faut que tu te revires de bord, que tu te mobilises à autre chose. (Groupe 5)</p>
<p>-Négatives</p> <ul style="list-style-type: none"> ⌘ Perturbations de la vie familiale ⌘ Limitation des activités familiales et sociales ⌘ Inquiétude des proches et impatience face à ses proches due à la fatigue 	<p>J'avais annulé une bonne partie de ma journée, ça faisait quatre soirs que j'intervenais pour la garde sociale (...) j'ai fait des notes, j'ai fait d'autres choses. Si je n'interviens pas bien, ce n'est pas mieux là, ça ne sert à rien de le voir, j'aime autant le re-déplacer. Et on a une certaine flexibilité par rapport à ça. (Groupe 4)</p>	<p>Cela à des répercussions sur toute la famille? La nuit mon conjoint est inquiet quand je pars (...) je reviens et il ne dort pas. (Groupe 4)</p>

Retombées sur la performance au travail	<i>Et ça développe une belle expertise sur différentes situations de crise. (Groupe 2)</i>	<i>J'ai dû, suite à un congé de maladie, tellement harcelée par l'employeur, ce que j'ai fait, à l'époque, pour pouvoir récupérer, c'est que je me suis pris une année sans solde. Mais c'était ma façon à moi de me dire une coupure (...) ils ne pourront plus me harceler. (Groupe 1)</i>
-Positives <ul style="list-style-type: none"> ↪ Diversification de la pratique ↪ Développement d'une expertise en intervention de crise ↪ Partenariat renforcé ↪ Nouvelles expériences de travail 	<i>L'intervention de crise ça me sort de ma clientèle très lourde régulière, de mon petit quotidien (...) Il y a du résultat concret. (Groupe 3)</i>	<i>Je me souviens d'une fois où j'avais fait deux interventions dans la même nuit pour la garde sociale, mon conjoint était vraiment découragé. Et j'arrivais de congé de maternité alors j'étais revenue travailler le lendemain matin, j'étais pas mal éméchée au CLSC. (Groupe 5)</i>
-Négatives <ul style="list-style-type: none"> ↪ Déstabilisation face à la situation de crise ou la clientèle ↪ Diminution de l'efficacité du travail individuel et d'équipe ↪ Départ en congé maladie 	<i>Ce qui est aidant c'est le travail d'équipe, que ce soit avec le policier dans le cadre de la garde sociale ou que ce soit avec des collègues dans de cadre des mesures d'urgence, je pense que ça, c'est ce qui fait que c'est moins lourd (...) que le partenariat devient plus fort. (Groupe 4)</i>	

5.8 FACTEURS DE PROTECTION ET DE RISQUE QUI FACILITENT OU NON LE TRAVAIL DES INTERVENANTS EN SITUATION DE CRISE

Au cours des rencontres de groupe, les répondants ont pu présenter leur point de vue sur les facteurs personnels, professionnels, organisationnels, contextuels, qui facilitent leur travail ainsi que ceux qui nuisent à ce type d'intervention avant, pendant et après les situations de crise, de tragédie ou de sinistre.

Facteurs de protection avant leur implication qui facilitent le travail en situation de crise

Lors des entrevues de groupe, divers facteurs ont été mentionnés à titre de facteurs qui facilitent leur travail avant leur implication en situation de crise. Les facteurs personnels et professionnels seront d'abord exposés et ils seront suivis des facteurs organisationnels.

Facteurs personnels et professionnels

Les intervenants considèrent qu'intervenir sur une base régulière en situation de crise les prépare à intervenir plus rapidement et plus adéquatement auprès des personnes en détresse. Ainsi, au cours de leur expérience professionnelle et personnelle, ces derniers ont acquis des habiletés et un cadre de référence sur la façon de réagir et d'intervenir aux situations de crise

(n=2). Ainsi, les intervenants ayant acquis de l'expérience en situation de crise auraient développé une plus grande autonomie professionnelle, des habiletés à identifier les priorités d'intervention, une liste de personnes à contacter dans les différentes ressources tant publiques que communautaires ainsi qu'une connaissance des impacts que peut engendrer ce type d'intervention sur eux-mêmes. C'est pourquoi plusieurs considèrent primordial de jumeler les intervenants moins expérimentés avec des intervenants ayant acquis de l'expérience en situation de crise afin que ces derniers les préparent, les soutiennent et les guident lors de leurs implications au sein des équipes d'urgence (n=2).

Une bonne connaissance des niveaux de réactions normales qu'amène une situation traumatisante (...) mon collègue, a beaucoup d'expérience, on a été souvent ensemble en intervention et on se donne des rôles différents. Il y a quelqu'un qui anime et il y en a un autre qui observe et qui voit qu'est-ce qui se passe (...) c'est pour ça qu'on est deux et qu'on ne ferait pas ces rencontres-là seul. (Groupe 3)

Les premières fois c'est sûr que c'est stressant, mais avec les années on finit par développer une bonne expertise et être à l'aise. (Groupe 3)

Le nombre d'années consécutives d'intervention auprès de personnes présentant des similitudes avec les personnes en crise, en ce qui a trait à leur vulnérabilité, faciliterait également le travail en situation de crise en permettant de développer de l'expérience, un certain détachement émotionnel et une compréhension plus complète des problématiques sociales auxquelles ces clientèles sont confrontées.

Je travaille avec les personnes âgées (...) quand j'ai des décès dans ma charge de cas (...) Ça me touche moins, ça m'affecte moins qu'avant (...) on devient comme plus tolérant. (Groupe 5)

Selon certains répondants, ils ont avantage à offrir leur disponibilité pour effectuer au moins une fois par mois des périodes de garde sociale, car cela leur permettrait de mettre en application leur connaissance tant théorique que pratique sur l'intervention en situation de crise (n=1).

*L'expérience qu'on va chercher dans ça. **Dans le fond vous maintenez le rythme.** C'est pour ça qu'en faire une ou deux fois par année, je ne trouve pas ça suffisant pour moi. Ce n'est pas assez pour être à l'aise (...) on doit en faire à la garde sociale. (Groupe 4)*

Selon les répondants, la stabilité dans leur vie personnelle est également un facteur qui faciliterait leur travail, car ils seraient plus aptes à gérer l'instabilité d'une situation de crise (n=2).

Être stable dans sa vie personnelle, quelqu'un qui vit déjà des choses, qui est instable, qui est en crise personnelle (...) ça peut nuire, tu n'es pas dans un état optimal pour bien intervenir. (Groupe 5)

Certaines situations conjugales et familiales contribueraient fortement à faciliter la disponibilité à s'impliquer en situation de crise (n=5). En effet, des intervenants qui n'ont pas la responsabilité de prendre soin de jeunes enfants ou qui ont des enfants en âge d'être indépendants rencontrent moins d'obstacles à concilier leurs diverses responsabilités tant conjugales, familiales que professionnelles. La présence d'un conjoint, de membres de la famille ou d'amis qui peuvent prendre en charge les enfants lorsqu'ils sont appelés à intervenir en situation d'urgence permettrait également à ces derniers de concilier leurs divers rôles sociaux.

Il faut de l'ouverture de nos conjoints face à ça parce qu'il faut qu'ils sachent qu'on peut être appelés en tout temps (...) c'est un facteur favorable (...) il faut que j'aie quelque chose de rapide, une gardienne, mes parents, mes beaux-parents restent à côté. Ça nous prend du monde de garde. (Rires). (Groupe 3)

Le type de personnalité et le tempérament des intervenants sont aussi des facteurs qui peuvent faciliter le travail en situation de crise. Ainsi, les intervenants qui sont calmes, prudents, accueillants, autonomes, énergiques et aimant l'imprévu auraient davantage de facilité à intervenir lors d'événements traumatiques.

Ca doit dépendre de notre personnalité (...) j'ai fait des interventions de décès pour bébé, des signalements (...) ce n'est pas que je n'ai pas d'émotions au contraire, mais je suis en mode solutions. (Groupe 1)

Je pense qu'il faut aimer les situations de crise, il faut aimer l'imprévu. Quand on y va, on ne sait jamais où on s'en va. (Groupe 3)

Être capable d'identifier et de nommer ses limites personnelles et professionnelles à ses supérieurs avant d'intervenir au sein des services d'urgence (n=4) serait également un facteur qui faciliterait le travail des intervenants. Un professionnel qui juge qu'il ne doit pas s'impliquer dans une situation de crise pour diverses raisons, dont le manque de connaissances face à la clientèle et/ou la problématique sociale, qui estime que la situation peut compromettre sa propre sécurité ou son intégrité physique et/ou psychologique ou qu'il manquera de temps pour réaliser

ses interventions devrait donc en aviser ses supérieurs et émettre ses limites. De plus, ce dernier doit suggérer des alternatives et des moyens à mettre en place, comme exiger la présence de policiers, intervenir dans un autre endroit que le domicile de la personne en crise ou prévoir de diminuer sa charge de travail au sein de son équipe habituelle en fonction du temps et des énergies qu'exige la situation de crise. Dans certains cas, les répondants estiment que les intervenants se doivent de demander à un autre professionnel de prendre en charge la situation problématique.

Il faut être à l'écoute de ses limites personnelles. Parce qu'il y en a souvent ils vont dépasser ça, par exemple; je n'ai pas de poste alors il faut que je fasse mes preuves. Et j'étais comme ça avant (...) je n'ai pas de poste alors je prends ce qu'il y a à prendre. (Groupe 3)

Facteurs organisationnels

Le soutien constant des supérieurs envers les intervenants est important (n=5). Ces derniers doivent permettre aux intervenants de se décharger de leurs tâches habituelles ou de reporter les rendez-vous avec leurs clients réguliers lorsqu'ils se sont impliqués pendant plusieurs heures, voire plusieurs semaines, auprès de personnes ayant vécu une ou des situations traumatiques. Lorsque les supérieurs estiment aussi que les intervenants sont confrontés à des conflits de rôle avec des partenaires, ils doivent les soutenir en délimitant leur rôle et en statuant sur les tâches qu'ils doivent accomplir.

Notre coordonnatrice clinique se fait un plaisir à rappeler un médecin (...) qu'on n'est pas à leur ordre (...) Ça l'a été la même chose avec les Centres jeunesse (...) notre coordonnateur clinique et notre chef de programme (...) quand ce n'est pas notre mandat, ils vont monter au front et ils vont le débattre. (Groupe 3)

Les formations offertes aux intervenants faciliteraient grandement leur travail (n=5). Les intervenants qui ont suivi des formations spécifiques portant sur certains types de situations de crise ou de clientèle seraient davantage en mesure de réaliser rapidement et efficacement des interventions lors d'événements traumatiques. Les connaissances qu'acquiert les intervenants au sein de ces formations bonifieraient leurs techniques d'intervention et faciliteraient l'application des procédures à mettre en place lors des différents types de situations (crise, tragédie ou sinistre) auprès des victimes (victimes directes ou indirectes).

Nous on se rencontre deux fois par année l'équipe des mesures d'urgence (...) on se met tous un peu à jour. Dernièrement notre chef de programme à

participer à une rencontre où il y a eu un faux cas pour voir le délai. Des pratiques, des simulations (...) Comment qu'on était organisé, qu'est-ce qui est à améliorer, on est toujours à l'affût. (Groupe 2)

Lorsque les CSSS ont suffisamment de ressources humaines, les équipes de crise de la garde sociale et des mesures d'urgence sont généralement constituées d'intervenants volontaires. Ces derniers seraient généralement plus intéressés à réaliser ce type d'intervention que les professionnels qui sont contraints de travailler au sein de ces services. Ils seraient davantage motivés à partager leur connaissance ainsi que mettre en pratique leur savoir-faire. Le fait que les intervenants soient volontaires et intéressés par l'intervention en situation de crise augmenterait aussi leur capacité d'intervention, développerait leur expertise et diminuerait les risques de vivre des conséquences négatives de leur implication auprès de personnes vivant des événements traumatiques. De plus, lorsque les ressources des CSSS sont suffisantes pour répondre aux différentes demandes de la population, ils auraient davantage de temps pour se préparer avant d'intervenir. Le fait de pouvoir remplacer les professionnels appelés à intervenir en situation de sinistre leur permettrait de pouvoir effectuer leurs différents mandats sans se retrouver en surcharge de travail pendant et après qu'ils s'impliquent auprès des victimes (n=5).

Je l'ai fait par choix (...) Il ne faut pas que tu sois obligée de faire ça, je pense que c'est ça le but, c'est ça la base. Idéalement il faut que tu sois disponible. (Groupe 5)

(...) avant, on avait des remplaçantes je trouve que ça aidait. La pression était partagée. (Groupe 1)

L'opportunité de travailler en équipe lorsqu'ils sont appelés à se rendre sur les lieux d'une tragédie ou d'un sinistre leur permettrait de mieux se préparer à intervenir, de partager leur expertise spécifique et de bonifier leurs interventions (n=5). De plus, permettre aux intervenants de recevoir des informations de base sur la situation problématique et de se préparer avant l'intervention dans un local spécialement mis à leur disposition leur faciliterait la tâche en statuant sur les rôles que chacun aura à assumer lorsqu'ils se rendront sur place (n=3).

Pour ma part c'est de faire des interventions à deux. Tu vas en voiture et tu te prépares déjà ensemble. (Groupe 3)

On le planifie ensemble ça, on se rencontre dans un local et on détermine qui fait quoi, qui est volontaire pour aller intervenir. (Groupe 2)

La télévision, la radio ainsi que les médias sociaux faciliteraient également le travail des intervenants. Ces tribunes auraient le pouvoir d'influencer le nombre d'appels qui sont adressés aux CSSS et à leurs professionnels. En fait, certains répondants (n=1) affirment qu'à la suite d'une publicité diffusée dans les médias sociaux d'un service d'écoute téléphonique (Tel-Aide) l'an dernier, la charge de travail des intervenants assumant la garde sociale (affiliée au service d'Info-Social) avait diminué, car la population avait pris connaissance d'une ressource alternative avec laquelle elle pouvait obtenir du soutien. Cette campagne de publicité aurait donc eu comme conséquence de diminuer le nombre d'appels effectués au service d'Info-Social ainsi que le nombre de déplacements des intervenants assumant la garde sociale.

Ils ont fait de la publicité dernièrement le 8-1-1, il paraît que ça a beaucoup d'impact. Mais heureusement j'ai entendu publicité de Tel-Aide ce matin. Ça va peut-être désengorger le 8-1-1 ça! Le centre de prévention suicide aussi. (Groupe 2)

Facteurs de protection pendant leur implication qui facilitent leur travail en situation de crise

Lors des entrevues de groupe, divers facteurs ont été mentionnés à titre de facteurs qui facilitent leur travail pendant leur implication en situation de crise. Les facteurs personnels et professionnels seront d'abord exposés et ils seront suivis des facteurs organisationnels et contextuels.

Facteurs personnels et professionnels

Selon les répondants, en cours d'intervention de crise, de tragédie ou de sinistre certaines qualités sont requises pour effectuer ce type de travail. Ainsi, il est primordial que les intervenants possèdent une grande ouverture d'esprit afin de respecter la diversité des problématiques rencontrées par les personnes ayant besoin de soutien immédiat. Le savoir-être, l'honnêteté, l'empathie et le respect ont été identifiés comme des qualités importantes pour accueillir sans jugement la détresse des clients. De plus, l'écoute empathique serait la base de l'intervention en situation de crise (n=5).

Au niveau du savoir-être, l'empathie (...) le respect, l'ouverture, accueillir la personne dans ce qu'elle est aussi, dans sa désorganisation, de ne pas juger. (Groupe 3)

La capacité de gérer son stress ainsi que d'adopter une attitude calme et rassurante sont également des qualités qui faciliteraient le travail des professionnels qui doivent intervenir en situation de crise. Selon les répondants, il est important que les intervenants puissent être capables de reconforter les personnes en crise sans laisser transparaître leur propre stress (n=3). Ces qualités permettraient aux intervenants d'établir rapidement une relation de confiance avec les personnes en état de vulnérabilité. De plus, avoir la capacité de garder une distance émotionnelle face aux situations problématiques aiderait les intervenants à mieux intervenir auprès de la clientèle en détresse (n=2).

On voit des choses horribles (...), les gens nous envoient leur émotion. Il faut être capable de garder son sang-froid, il faut être capable de les diriger, de les reconforter, de rapidement déceler leurs besoins (...) être calme (...) c'est ma qualité qui m'aide en intervention de crise. Ça aide pour les gens qui ne le sont pas (...) on devient apaisant pour les gens et rassurant. (Groupe 1)

La polyvalence, la souplesse et la capacité d'adaptation seraient également des qualités requises pour intervenir lors de situations d'urgence (n=5). En fait, les intervenants psychosociaux doivent être capables de réaliser de multiples tâches qui diffèrent d'un événement traumatique à l'autre.

Polyvalent (...) La capacité d'adaptation, de se virer de bord vite (...) ce n'est pas tout le monde qui est capable de se tourner sur un dix cents comme on dit. (Groupe 4)

Une forme de souplesse à s'adapter aux situations au fur et à mesure où elles se présentent. (Groupe 5)

Puisqu'ils ont à faire face à diverses situations, la créativité, l'initiative, l'autonomie et la débrouillardise sont toutes des qualités qui peuvent grandement faciliter le travail des professionnels de la relation d'aide en contexte traumatique. De plus, être capable de faire preuve d'autonomie décisionnelle serait nécessaire surtout lorsque les directives émises par les coordonnateurs ne sont pas claires ou que le milieu dans lequel il est nécessaire d'intervenir est réfractaire à la venue de ces derniers.

Il faut innover (...) il y a quand même beaucoup d'autonomie, car ce qu'on nous demande n'est pas clair (...) ça prend de la débrouillardise (...) il faut être très débrouillard et il faut être fonceur (...) je vais m'en aller puis je vais dire je veux le dossier de telle personne (...) il faut avoir de l'initiative (...). (Groupe 1)

Les répondants estiment aussi que la capacité de demander de l'aide et de se procurer du soutien sont également des facteurs facilitant leur travail lors d'événements traumatiques. Par exemple, si un intervenant n'a pas l'habitude de travailler avec une clientèle spécifique, il peut reconnaître ses limites en demandant du soutien à l'un de ses collègues. De plus, lorsqu'ils ont à travailler avec d'autres types de professionnels comme les policiers, les pompiers ou les bénévoles de la Croix rouge il serait également facilitant qu'ils émettent leurs propres limites afin que chacun respecte leurs rôles respectifs.

Il ne faut pas avoir peur de demander de l'aide (...) Reconnaître ses limites et être capable de les nommer (...) je me dis toujours que je ne peux pas être bonne dans tout, j'ai automatiquement besoin des autres. (Groupe 4)

Capacité de mettre ses limites et être capable de faire valoir ton point de vue envers les partenaires d'autres milieux, c'est important de se tenir debout au niveau de la profession. (Groupe 3)

La capacité de travailler en équipe, le respect de la hiérarchie et le partage des tâches seraient également des caractéristiques professionnelles qui faciliteraient le travail des intervenants étant donné que ces derniers ont régulièrement à collaborer avec d'autres collègues de leur propre CSSS et avec des partenaires provenant de différentes organisations lors d'événements traumatiques.

La capacité de travailler en équipe parce qu'on est toujours au moins deux (...) donc ça c'est important qu'il y ait une bonne capacité de travailler en équipe, la communication. (...) Et les autres partenaires, quand c'est les mesures d'urgence et on va dans les lieux où se produit la situation, on est toujours bien reçu et les gens ils participent, ils sont contents de nous voir et ils collaborent. (Groupe 3)

Facteurs organisationnels

La participation des intervenants au processus de décision concernant les interventions à déployer faciliterait grandement leur travail. De plus, la possibilité de réorienter leurs interventions en fonction de l'évolution de la situation, tout comme celle de pouvoir réagir immédiatement aux situations de crise sans avoir obligatoirement l'aval de ses supérieurs demeurerait des facteurs organisationnels qui faciliteraient leur travail (n=5).

Prendre des initiatives (...) une fois que tu es rendu sur le terrain, oui on peut prendre des décisions (...) gérer la situation. Il faut que tu la gères la situation (...) on prend une décision et on assume (...) souvent c'est des recommandations. (Groupe 3)

L'ensemble des groupes rencontrés (n=5) a également mentionné la nécessité de recevoir du soutien et de la supervision clinique de leur supérieur tout au long de la tragédie ou du sinistre. De plus, pendant l'application des mesures d'urgence, le coordonnateur des intervenants psychosociaux déployés sur le terrain devrait faciliter leur travail en établissant des liens de collaboration avec l'ensemble des autres gestionnaires de leur propre CSSS et les organismes de la communauté.

Dans l'équipe on sait qu'on a une bonne direction, on a son appui, on va l'appeler, on peut la rejoindre, elle est disponible (...) elle connaît bien la dynamique, le fonctionnement et elle est sensible à ça. (Groupe 5)

L'ensemble des groupes a aussi mentionné que les bonnes relations qu'ils entretiennent avec leurs collègues faciliteraient également leur implication lors d'événements traumatiques (n=5). Le travail d'équipe, le soutien technique et émotionnel de leurs collègues, leur disponibilité réciproque et le partage de connaissances sont tous des éléments qui faciliteraient grandement leur travail en situation de crise. Sans le soutien de leurs collègues, il serait probablement plus difficile de s'impliquer au sein de l'équipe des mesures d'urgence.

Bien le travail d'équipe, de ne pas se retrouver seul face à des situations, de pouvoir compter sur quelqu'un (...) De la communication avec nos collègues, je pense que c'est important de demeurer en contact et de pouvoir échanger sur l'intervention et être ensemble là-dedans. (Groupe 5)

En début de carrière, au sein de l'équipe des mesures d'urgence, le mentorat s'avèrerait un outil qui sécuriserait les intervenants (n=3). Ainsi, lorsqu'un intervenant peu expérimenté serait jumelé à un intervenant ayant acquis de l'expérience en situation de crise, celui-ci pourrait lui procurer des conseils, du soutien et des références au besoin.

***Est-ce qu'il y a un match d'une intervenante qui a plus d'expérience versus une intervenante qui commence?** On essaye toujours de faire ça, c'est un peu la raison pour laquelle dans le fond j'ai dit à un collègue que j'étais contente qu'il revienne parce qu'il a de l'expérience. (Groupe 3)*

Les plus jeunes qui ont besoin de pairage, ils sont inquiets, on est tous comme ça quand on commence, le mentorat, ça facilite. (Groupe 2)

Lorsqu'ils assument la garde sociale, les intervenants ont à travailler avec divers acteurs impliqués, de près ou de loin, auprès des individus qui requièrent de l'aide immédiate. Il est alors primordial que la relation entre ces derniers et les professionnels du service Info-Social soit fonctionnelle, voire excellente (n=2), et qu'un lien de confiance réciproque soit établi.

L'intervenant psychosocial de garde peut alors consulter la professionnelle du service d'Info-Social sur la situation de crise avant et pendant l'intervention ainsi que prendre des décisions communes.

Lorsque j'ai un doute sur une situation, on peut en jaser avec l'Info-Social aussi sur les décisions à prendre, c'est plus sécurisant, je me protège comme ça. (Groupe 4)

Les intervenants assumant la garde sociale (n=5) considèrent aussi que les relations avec les policiers doivent être efficaces, efficientes, productives et optimales. Les répondants affirment que leur présence sur les lieux est primordiale. Ils estiment qu'en général les policiers apprécient leur travail et considèrent leur soutien lors de situations de crise essentiel. Selon eux, les policiers nouvellement engagés sont davantage conscients des rôles et des tâches qu'ils peuvent assumer.

Heureusement, que les policiers ont fait des recherches parce que si on ne les avait pas eus dans ce contexte, on n'aurait trouvé personne qui savait où restaient ces aînés souffrant d'Alzheimer (...) dans l'ensemble on a une bonne collaboration avec eux. (Groupe 4)

Lorsque la situation de crise requiert les services de pompiers, les intervenants des services d'urgence ont à travailler en collaboration avec ces derniers. Selon les répondants (n=5), les professionnels des services d'incendie apprécieraient la présence d'intervenants psychosociaux sur les lieux d'un incendie, ce qui faciliterait grandement leur travail.

On avait la collaboration des services d'incendies (...) il s'est joint à nous puis il était content de nous voir parce que lui il pensait être tout seul avec cette gang à rapatrier (...) C'est un beau travail de collaboration. (Groupe 1)

La collaboration et la concertation avec les organismes communautaires sont un autre élément qui facilite le travail des intervenants psychosociaux lors d'événements traumatiques. Lorsque ces derniers ont besoin de leur collaboration afin de mettre en place des mécanismes de sécurité pour leurs clients comme un hébergement temporaire, des activités préventives ou curatives la majorité de ces organismes sont disposés à offrir leurs services.

En général avec les organismes communautaires ça va bien. On a vécu la fermeture de l'usine, on a voulu créer un filet de sécurité avec l'ensemble des ressources du milieu et je pense qu'on y est parvenu en bonne partie. Alors, les gens répondent bien en général. (Groupe 5)

La collaboration de l'ensemble du personnel médical (ex.: infirmiers, médecins, ambulanciers) œuvrant au sein des urgences des hôpitaux serait également un élément qui facilite le travail des répondants (n=5). Ainsi, lorsque les mandats et responsabilités de chacun sont clairs et bien compris par tous la présence d'un intervenant est plus acceptée. Par exemple, un intervenant accompagnant une personne en détresse qui requiert une hospitalisation avec ou sans son consentement a moins à justifier ses recommandations et ses demandes de soins de santé. Plus il y aurait d'intervenants psychosociaux au sein des institutions hospitalières, plus le personnel médical serait à même de reconnaître leur contribution lorsqu'ils accompagnent des personnes aux urgences. Selon quelques répondants (n=2), certains membres du personnel médical sollicitent leur soutien lors de certaines situations de crise impliquant une ou plusieurs personnes dont, entre autres, les accidentés et leurs proches, les personnes présentant une maladie dégénérative, les patients en détresse émotionnelle ainsi que les personnes non admises à l'hôpital, mais requérant de l'aide ou du soutien pour retourner dans leur logement.

À l'urgence ils sont contents quand on arrive (...) nous autres ici on a une belle collaboration, surtout les équipes de soir, j'y vais plus de soir, nuit et les fins de semaine. On a une GMF (groupe de médecine familiale) qu'on développe alors avec les médecins qui sont très ouverts à voir les intervenants psychosociaux dans la clinique (...) Ça commence à être plus connu. (Groupe 3)

Les intervenants psychosociaux ont parfois à travailler en collaboration avec différents membres du personnel des établissements scolaires. En fait, lors de situations de crise dans les écoles, ce sont généralement les intervenants des établissements scolaires qui adressent une demande aux CSSS afin d'obtenir de l'aide pour gérer et surmonter une situation de crise impliquant un nombre élevé de victimes directes ou indirectes (ex. : décès inattendu d'un élève ou d'un membre du personnel, incident impliquant des blessés). Comme les écoles sont généralement très reconnaissantes du travail effectué par les intervenants des CSSS, elles n'hésitent pas à partager des informations concernant les différentes personnes impliquées lors des événements traumatiques.

C'est souvent les personnes qui sont déjà impliquées dans le milieu qui intervient une première fois et ensuite s'ils ont besoin (...) ils vont vers ce qu'ils connaissent d'abord (...) ce sont des milieux organisés (...) ils ont déjà des intervenants, des éducateurs (...) Des protocoles (...) ces personnes transigent un petit peu plus d'informations, s'ils ont besoin, ils savent qu'ils peuvent nous faire confiance. (Groupe 5)

Dans le cadre de leur travail en situation de tragédie et de sinistre, les répondants (n=4) ont généralement eu à travailler avec les employés et les bénévoles de la Croix-Rouge. L'établissement de bonnes relations avec cet organisme ainsi que le partage d'informations sur leurs responsabilités réciproques faciliteraient grandement le travail des intervenants psychosociaux

La Croix-Rouge dans un cas d'incendie, les premières heures c'est à eux qu'on peut se rapporter (...) notre relation avec eux est efficace, je pense que les gens se respectent, ils connaissent assez bien ce que chacun a à faire. (Groupe 5)

Lors de l'application des mesures d'urgence, les répondants ont également eu à travailler avec des intervenants d'autres CSSS situés dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean ou dans d'autres régions du Québec, par exemple, lors des inondations de juillet 1996 ou de la tempête de verglas de 1998. L'établissement de bonnes relations avec ces intervenants, la possibilité de s'entraider, de partager ses sentiments et ses frustrations ainsi qu'une bonne répartition des tâches et des mandats auraient grandement facilité leur travail.

J'ai trouvé que le support des intervenants d'un autre CSSS pendant le déluge était extrêmement extraordinaire (...) entre les intervenants on se tient beaucoup quand on fait face à des situations difficiles. (Groupe 4)

Les répondants estiment aussi qu'avoir une équipe de travail fusionnelle ainsi que des mandats, des responsabilités et des tâches bien définis demeurent des éléments qui facilitent grandement leur travail. De plus, avoir accès à un entourage familial soutenant permettrait aux répondants de récupérer plus rapidement leur énergie et faciliterait leur implication au sein des équipes d'urgence (n=5).

Un gestionnaire solide (...) qu'elle sait où elle s'en va (...) une belle équipe de travail (...) être stable dans sa vie personnelle (...) être dans un état optimal pour intervenir. (Groupe 5)

Facteurs contextuels

La sévérité des événements, c'est-à-dire de nombre de personnes affectées par la situation problématique, le type, l'ampleur et l'étendue des pertes encourues (pertes de ressources matérielles comparativement aux pertes de vie humaine) ainsi que la durée de son implication auprès des victimes demeurent des éléments qui peuvent grandement affecter la santé et le moral des intervenants (n=5). En fait, lorsque leurs interventions se déroulent lors d'un événement impliquant peu de personnes, peu de blessés et de pertes humaines il est plus facile de gérer

l'ensemble de la situation et les réactions des victimes. De plus, la charge émotionnelle des victimes et celle des intervenants sont également moins lourdes à gérer.

À partir du moment où c'est juste du matériel, c'est toujours un petit peu moins dur à gérer. Mais quand il y a des situations de crise où il y a des décès, des blessés (...) ça vient plus me chercher c'est sûr. (Groupe 5)

Lorsque les personnes en crise et celles affectées par les événements traumatiques, pour lesquelles la présence d'intervenants psychosociaux a été requise, sont volontaires et réceptives aux propositions qui sont émises, le travail des intervenants est alors beaucoup plus facile. Ces derniers arrivent plus facilement à établir un sentiment de confiance avec les victimes et à gérer la situation. De plus, lorsque ces personnes font preuve de reconnaissance face au travail accompli, ils estiment qu'il leur est plus facile de mettre en place des mesures appropriées aux besoins de la clientèle.

Combien les gens sont contents après l'intervention! Oui ils nous le font sentir. Il y a une reconnaissance de la part des clients (...) ce qui est fascinant aussi c'est comment on peut créer un lien de confiance rapidement dans ces situations-là. (Groupe 1)

Ma clientèle a toujours été les personnes handicapées (...) ils ont une qualité (...) c'est qu'ils sont très reconnaissants la plupart. (Groupe 3)

Facteurs de protection après leur implication qui facilitent la récupération et le bien-être

Lors des entrevues de groupe, les participants ont eu à se prononcer sur les facteurs qui contribuaient à leur bien-être post-intervention et qui facilitaient leur processus de récupération de leur force et énergie. Les facteurs personnels et professionnels seront d'abord exposés et ils seront suivis des facteurs organisationnels et contextuels.

Facteurs personnels et professionnels

Selon les dires des répondants, certaines habitudes de travail contribuent à leur bien-être après qu'ils soient intervenus lors de situations de crise. Par exemple, produire des notes évolutives immédiatement après leurs interventions auprès des personnes vulnérables, se détacher émotionnellement de la situation avec laquelle ils ont été confrontés, faire confiance en leur jugement professionnel ainsi que partager leur émotion et leur expérience auprès de leurs collègues permettraient plus facilement aux intervenants de clore leurs interventions (n=2).

Écrire ma note tout de suite (...) ne pas rester avec cette idée. Faire le retour avec la centrale (...) Ça met le point final. C'est comme dossier terminé. Je parle avec eux, ça me fait du bien moi et après ça je vais me coucher et c'est fini. (Groupe 4)

Je suis quelqu'un qui décroche vraiment, alors dans ma tête je fais mon emploi, j'ai fait ce qui était le mieux dans la situation, je vais prendre le temps de l'évaluer et quand je vais sortir, dans ma tête j'ai fait le possible. Alors, c'est fermé, à 4 h 30 j'ai décroché. (Groupe 3)

Reconnaître les limites de leurs interventions ainsi que la possibilité que les personnes soient incapables d'apporter des changements dans leurs conditions ou habitudes de vie sont aussi des attitudes qui permettent aux répondants de se déculpabiliser quant à la performance ou non de leurs interventions.

C'est pour ça qu'il faut que ça reste un travail. Et les difficultés les gens en ont toujours eu, on ne les a pas toujours vus (...) il faut accepter qu'on ne peut pas tout sauver et tout prévenir et tout pallier, qu'on a des limites (...) Je voudrais plus, mais ça n'a pas été plus (...) On reste des humains, on a nos limites. (Groupe 5)

L'adoption de saines habitudes de vie comme se coucher tôt, bien s'alimenter, méditer, s'auto administrer des soins, pratiquer diverses activités physiques ou récréatives, regarder la télévision et discuter avec leurs proches faciliteraient aussi la récupération des intervenants et contribueraient à maintenir leur implication au sein de l'équipe des mesures d'urgence (n=5).

Je pense que ça prend une bonne hygiène de vie. Je vais vers les choses détente, plein air, de la marche (...) Puis aussi j'ai des outils d'autotraitement quand je fais de l'intervention de crise pour prévenir les traumatismes (...) Je me couche tôt, je mange bien, je ne bois plus d'alcool, je ne sors plus, je prends des marches, je fais de la méditation. C'est toutes des trucs que je travaille au quotidien pour être capable de continuer. (Groupe 1)

Le fait de pouvoir constater sur place ou à court terme les impacts positifs de leurs interventions sur le bien-être des personnes ayant eu recours à leur soutien permettrait aussi aux répondants de porter un regard positif sur leur travail (n=5).

Pour les facteurs de protection, je voudrais ajouter aussi le résultat. Le résultat de l'action accomplie, mission accomplie, d'avoir fait un changement pour les personnes avec qui je suis intervenue en crise, soit de l'avoir protégé pour pas qu'il se tue ou d'avoir aidé les familles, pour moi, ça, c'est un facteur de protection. (Groupe 1)

Facteurs organisationnels

Dans certains CSSS participants (n=2), des rencontres de débriefing opérationnel sont systématiquement tenues à la suite de tragédies ou de sinistres. La possibilité d'avoir accès à du soutien clinique et émotionnel est également présente au sein de deux des CSSS participants à cette étude (n=2). Ces deux types de mécanismes de soutien faciliteraient grandement leur récupération, entre autres, parce qu'ils ont l'opportunité de partager leur vécu, émotion et expérience ainsi que de se questionner sur d'éventuelles stratégies d'interventions à déployer pour mieux surmonter des situations problématiques similaires. De plus, la tenue de rencontres régulières des membres de l'équipe des mesures d'urgence ou de ceux assumant la garde sociale solidifient les relations interpersonnelles entre les intervenants, développent leur sentiment d'appartenance et facilitent grandement le travail d'équipe lorsqu'ils ont à intervenir en contexte de crise, de tragédie ou de sinistre.

Le fait d'être une équipe c'est qu'on a des réunions où on peut ramener les situations où on se parle des clients, on parle des gens qu'on voit, on a du monde qui est quand même assidu aussi. (Groupe 3)

La supervision et le soutien professionnel ainsi qu'émotionnel des supérieurs dans un contexte favorisant l'identification des éléments qui ont contribué au déroulement adéquat des interventions faciliteraient aussi le bien-être des intervenants après que ces derniers soient intervenus lors de situations d'urgence. Ce type de supervision faciliterait aussi le développement du savoir-faire des répondants.

On a une bonne supérieure (...) on a son appui, on peut la rejoindre, elle est disponible (...) elle est très impliquée alors si elle sait que son équipe ou quelqu'un de l'équipe s'est déplacé pour quelque chose, elle fait aussi la relance pour voir (...) elle connaît bien la dynamique. (Groupe 5)

L'ensemble des groupes a également souligné l'importance du soutien et de la disponibilité des différents membres de l'équipe des mesures d'urgence après que ces derniers soient intervenus lors de crises, de tragédies ou de sinistres (n=5). L'écoute, l'ouverture, l'empathie, l'entraide et la solidarité des collègues apaiseraient la charge émotionnelle que les intervenants peuvent vivre.

Les intervenants (...) on se tient beaucoup et quand on intervient dans des situations qui sont difficiles, on frappe à une porte d'un collègue et elle est tout le temps ouverte (...) C'est de la ventilation qu'on fait entre nous. (Groupe 4)

Je sais que je vais avoir une collègue qui va pouvoir m'aider (...) on s'entraide (...) Et on se parle beaucoup aussi! On se parle, on verbalise souvent. Je suis dans le bureau avec des collègues. Quand il y en a un qui sort pour une grosse affaire, on le sait tous. (Groupe 2)

La reconnaissance du travail et des expertises des intervenants psychosociaux par l'ensemble des partenaires de la communauté, y compris leur propre CSSS, et l'établissement de relations significatives avec les intervenants rémunérés ou bénévoles des organismes tant publics que communautaires contribueraient aussi à leur bien-être et les encourageraient à poursuivre leur travail au sein de l'équipe des mesures d'urgence (n=5).

On avait eu une lettre de l'urgence pour nous dire que tout le monde avait apprécié la séance de verbalisation. Et quand j'étais retournée à l'hôpital après, j'avais vraiment eu une petite tape dans le dos en passant, tout le monde était reconnaissant. C'était vraiment bon ce que vous avez fait, ça nous a vraiment aidés. (Groupe 4)

On a une carte verte (...) Victoire de la qualité, on a été en nomination pour le prix service humaniste auprès de la population et c'est nous qui avons remporté! On est allé sur le stage (...) Un gala de la reconnaissance des mesures d'urgence (...) ne pas avoir cette reconnaissance, je ne suis pas sûr qu'on aurait une équipe aussi complète. (Groupe 2)

Facteurs contextuels

Il arrive fréquemment que les intervenants psychosociaux des CSSS du Saguenay-Lac-Saint-Lac (n=5) aient à intervenir dans des municipalités rurales. Leurs tâches sont alors beaucoup moins lourdes lorsque ces derniers vivent dans ces communautés, entre autres, parce qu'ils peuvent plus facilement obtenir des informations sur la situation problématique et constater plus rapidement les impacts de leurs interventions.

Habiter dans une petite région (...) parfois c'est aidant (...) une fois il est arrivé un événement et on se demandait qui était le conducteur, on n'arrivait pas à savoir. Et je suis allée chez la coiffeuse le matin et (...) elle avait toute l'information (...) en sachant où il travaillait (...) on l'a appelé directement et il est venu rencontrer une intervenante, il était complètement bouleversé. Il restait dans la même rue que la victime. (Groupe 2)

Selon les répondants (n=5), une perception positive des membres de leur entourage envers leur profession et implication au sein de l'équipe des mesures d'urgence ou de la garde sociale les encouragerait à intervenir en situation de crise et à maintenir leur implication au sein de leur CSSS.

*Dans la vie en général c'est bien reconnu, on parle de ça, les gens disent; ah oui? Tu fais ça? **Donc il y a l'image que ça projette? Oui. Eh! Tu es hot! (Rires).** (Groupe 2)*

Facteurs de risque avant leur implication qui nuisent à leur travail en situation de crise

Lors des entrevues de groupe avec les participants, divers facteurs ont été décrits comme des facteurs ne facilitant pas leur travail avant leur implication en situation de crise. Les facteurs personnels et professionnels seront d'abord exposés et seront suivis des facteurs organisationnels.

Facteurs personnels et professionnels

Certaines caractéristiques liées aux intervenants peuvent ne pas faciliter leur travail avant leur implication en situation de crise. En effet, leur expérience personnelle vécue peut teinter leurs réactions face aux différentes situations de crise qui peuvent survenir dans le cadre de leur travail. Ainsi, le fait de faire face à un événement traumatique similaire à ce qui a déjà été vécu par les intervenants peut faire resurgir des émotions difficiles qui peuvent nuire à leur capacité d'intervention (n=5).

On peut présumer que si j'avais perdu ma mère par suicide et je vais dans une situation, similaire à ce qu'on vit (...) Oui ou un accident de motoneige et il y a quelqu'un qui a vécu ça, c'est plus difficile. (Groupe 2)

Selon les dires de certains groupes (n=2), le genre des intervenants peut également affecter leur travail lorsqu'ils ont à intervenir auprès de certains types de clientèles, dont les hommes ayant abusé d'alcool ou de drogues. Ainsi, dans certaines situations, des intervenantes peuvent ne pas avoir la force nécessaire pour éloigner les hommes présentant une forte stature qui leur manquent de respect ou qui tentent de les abuser. Les intervenantes seraient également plus souvent victimes de propos obscènes. De plus, lorsque les policiers n'interviennent pas face à ce type de situation, ces professionnelles peuvent vivre de la discrimination sexuelle.

Le client essayait de m'embrasser et j'étais prise sur le mur (...) je suis toute petite (...) C'est quand tu ne trouves pas ça drôle non plus, eux les policiers ils trouvent ça un peu drôle ces affaires-là, ils ont comme un petit sourire (...) être une femme on est plus vulnérable. Une petite madame à 2h00 du matin, plusieurs clients veulent voir quelqu'un et quand c'est moi qui arrive, ah bien là! Ça va faire pareil, mais (...) Ils voulaient voir une charmante arriver. (Groupe 4)

Les intervenants ayant des enfants en bas âge ainsi qu'un réseau de soutien social faible seraient également désavantagés lorsqu'ils doivent intervenir en situation de crise, car il leur est plus difficile de se libérer et de se rendre sur les lieux des tragédies ou des sinistres. De plus, le fait d'avoir des enfants du même âge que les victimes serait également un facteur de risque de vivre des émotions qui viennent perturber les intervenants. De plus, le fait de vivre des événements personnels stressants comme un retour au travail à la suite de la naissance d'un enfant ou d'un congé de maladie, une séparation ou un deuil ne faciliterait pas non plus leur travail. Ces événements rendraient les intervenants vulnérables et il leur serait plus difficile d'être centrés sur les tâches à effectuer.

Je pense que ça y va aussi selon où tu es rendu aussi dans ton étape de vie (...) à mon retour de congé maternité, une situation que j'avais vue antérieurement à plusieurs reprises m'a touché (...) Quand on est dans une période vulnérable, c'est plus difficile. (Groupe 1)

Le manque d'expérience professionnelle est un autre facteur qui peut entraver le travail des intervenants lorsqu'ils doivent intervenir en situation de crise. Selon les répondants (n=5), les jeunes professionnels ayant à s'impliquer lors d'événements traumatiques sont plus à risque de vivre des difficultés et des émotions fortes en raison de leur manque d'expérience. Ces derniers sont également sujets à vivre davantage de retombées négatives de ce type d'intervention s'ils ne sont pas adéquatement soutenus et supervisés par des cliniciens d'expérience.

Je pense à une tragédie qu'on a eue et on a une jeune dans l'équipe, ça fait un an qu'elle travaille avec nous et elle était prête à aller au front dans la famille du défunt. Et on a dit non, on ne te mettra pas dans la gueule du loup, tu commences, il y a des facteurs de risque comme l'inexpérience. (Groupe 2)

Certains traits de la personnalité et du tempérament peuvent aussi ne pas faciliter le travail des intervenants ayant à travailler en situation de crise. En effet, une personne plutôt nerveuse, anxieuse, rigide, téméraire, hésitante et/ou instable, éprouverait davantage de difficultés à intervenir lors d'événements traumatiques.

(...) il y a la personnalité aussi de l'intervenant. Quelqu'un qui a le bouton panique facile ce n'est pas facilitant. (Groupe 5)

Parce qu'il faut que tu sois capable de te « backer » dans ta tête toi-même (...) si la confiance me manquait, c'est sûr cette job-là j'aurais de la misère parce que je serais trop hésitante (...) je joue la vie de quelqu'un aussi. Tu dois te fier à ton jugement. (Groupe 3)

Facteurs organisationnels

Tous les groupes rencontrés (n=5), ont mentionné que l'absence ou le manque de rencontres d'équipe portant sur l'évaluation des interventions qui ont été réalisés lors des diverses situations de crise, de tragédie et de sinistre, autant pour les équipes de la garde sociale que de celle des mesures d'urgence est susceptible de nuire à leur travail, car il leur est impossible de pouvoir identifier les interventions qui ont bien fonctionné et les facteurs qui ont pu nuire à leur travail. Les répondants (n=5), ont également souligné que l'absence de rencontres réunissant les professionnels œuvrant au sein de l'Agence régionale des services de santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean (ASSS-SLSJ) et des différents CSSS de cette même région, concernant l'organisation ou la planification des mesures d'urgence, font en sorte qu'ils ne se sentent pas suffisamment préparés à intervenir dans l'éventualité d'un sinistre. Ces derniers (n=4) considèrent donc ne pas être soutenus, ni par l'ASSS-SLSJ, ni par leur propre organisation. Les répondants œuvrant au sein des équipes de la garde sociale des différents CSSS ayant participé aux rencontres de groupe considèrent également qu'aucune structure officielle de suivi, de supervision et de soutien n'est implantée au sein de leur CSSS respectif. Il est fréquent que les rares rencontres prévues soient annulées, repoussées et/ou écourtées en raison d'une surcharge de travail.

*À la garde sociale, il n'y a pas assez de réunions et elles sont trop courtes (...) Il ne se passe plus grand-chose au niveau de l'Agence, on est laissé à nous-mêmes depuis plusieurs années (...) les responsables terrain ne se rencontrent plus.
(Groupe 2)*

L'absence de structures organisationnelles de l'équipe des mesures d'urgence dans un des CSSS engendre également de la confusion en ce qui a trait aux rôles que doivent assumer les intervenants lors d'un événement traumatique (n=1). En fait, suite à un mouvement important des cadres, l'équipe des mesures d'urgence a été démantelée et l'ensemble des intervenants psychosociaux peut être sollicité si une situation de tragédie ou de sinistre se produit, et ce, même si certains d'entre eux n'ont pas suivi la formation préparée par le MSSS sur l'intervention psychosociale en cas de sinistre. Cette situation peut amener des intervenants à intervenir dans des contextes pour lesquels ils ne sont pas formés ou pour lesquels ils ne sont pas portés volontaires.

L'organisation de l'équipe des mesures d'urgence n'existe plus (...) depuis quelques années (...) Il y a eu un mouvement de personnel (...) donc c'est tout le monde qui va être sollicité au fur et à mesure qu'il arrive une crise, on ne sait pas quand on va être sollicités. (Groupe 1)

Les systèmes de coordination au sein des CSSS peuvent ne pas faciliter l'implication des intervenants ayant à travailler en situation de crise. En fait, le changement fréquent des coordonnateurs des différents services ou programmes de certains CSSS (n=3) ne faciliterait pas le travail des intervenants, particulièrement lorsqu'ils ont besoin de supervision ou de soutien lorsqu'ils interviennent en situation de crise, de tragédie ou de sinistre. Les coordonnateurs des équipes de mesures d'urgence, récemment en poste, sont souvent débordés par leurs nouvelles fonctions ainsi que par les apprentissages qu'ils doivent faire, et ils sont également souvent méconnus des intervenants psychosociaux. Des changements fréquents en ce qui a trait à la coordination des équipes des mesures d'urgence peuvent également rendre difficiles les communications entre les employés du CSSS, surtout lorsqu'ils ont à intervenir en collaboration avec différents professionnels œuvrant auprès des divers services ou programmes psychosociaux. De plus, le roulement des gestionnaires nuit au bon fonctionnement des différents comités (rencontres mensuelles du service de la garde sociale, journée de regroupement des intervenants psychosociaux, regroupement régional des mesures d'urgence, etc.), car parfois certains de ces comités ne sont plus actifs lorsqu'un nouveau responsable est nommé.

De la supervision on n'en a pas (...) on est en changement de coordonnatrice des mesures d'urgence, bien souvent c'est nous autres qui lui dit quoi faire, parce qu'elle ne sait pas encore (...) c'est la nouvelle structure qui a été créée cette situation (...) avant on avait une journée par année tous les psychosociaux ensembles (...) Une gestionnaire était supposée nous en organiser, mais il y a souvent des changements de chaises (...) quand les gestionnaires vont prendre l'habitude, après trois, quatre ans, souvent ils changent de gestionnaire encore. (Groupe 3)

Le manque de soutien et de supervision augmenterait aussi les risques de vivre des situations difficiles et dangereuses lors de l'application des mesures d'urgence. Ce manque de soutien et de supervision de la part des supérieurs résulterait également du roulement de personnel et du temps d'adaptation requis par les gestionnaires pour remplir leurs fonctions. En début de mandat, les gestionnaires nouvellement responsables de l'équipe des mesures d'urgence peuvent vivre des difficultés à saisir les rôles et les fonctions des intervenants. Ils ne peuvent donc pas les guider dans les interventions qu'ils doivent mettre en place en cas de tragédie ou de

sinistre. Par exemple, lorsque les intervenants jugent qu'une situation est risquée pour leur intégrité et que leurs supérieurs insistent pour qu'ils aillent intervenir sur les lieux de l'événement, ces derniers sont alors à risque de compromettre leur sécurité (n=1).

Quand on pense que notre sécurité est compromise (...) dernièrement il est arrivé une situation épouvantable où les supérieurs voulaient absolument qu'on aille à domicile, mais cette personne c'est une personne que deux de mes collègues ont été séquestrés chez lui (...) de la supervision on n'en a pas (...) on est en changement de coordonnatrice. (Groupe 3)

Puisque la mise en place des équipes de la garde sociale et des mesures d'urgence est obligatoire dans l'ensemble des CSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean, lorsqu'il n'y a pas suffisamment d'effectifs qui se portent volontaires, certains intervenants se retrouvent dans l'obligation d'intervenir en dépit de leur volonté, formation ou compétence et ils seraient alors plus à risque de vivre des conséquences négatives de l'intervention en situation de crise.

Et je vous dirais qu'on ne presse même plus le citron. On est rendu à gratter la pelure (...) on a toujours eu de la pression, mais cette année c'est encore pire (...) on le voit tout partout dans les journaux, il y a des coupures partout (...) donc nous nos surcroûts, ça tout été coupé (...) ont n'a plus de remplacement (...) il n'y a plus d'équipes de volontaire pour intervenir en situation de crise, c'est n'importe qui va être appelé à intervenir. (Groupe 1)

Il y a eu une équipe de volontaires dans le début de mes années de travail, mais après ça c'était obligatoire (...) il manque de volontaires. (Groupe 3)

Le manque généralisé d'intervenants psychosociaux dans chacun des programmes et services des CSSS engendre également une surcharge de travail pour ces professionnels. C'est pourquoi les intervenants qui ont à intervenir en situation de crise n'auraient généralement pas suffisamment de temps pour se préparer à intervenir.

(...) on est 10 intervenants pour une population d'environ 85 000 habitants (...) qui s'occupe de toutes les problématiques adultes. Ce n'est pas beaucoup (...) on est en surcharge de travail où je suis toujours en retard dans mon travail, je cours après ma queue. (Groupe 1)

Le fait que les intervenants ne soient pas remplacés lorsqu'ils interviennent en situation de crise, de tragédie ou de sinistre engendre une accumulation importante de travail pour ces derniers. Certains répondants souhaiteraient diminuer leur implication au sein de l'équipe des mesures d'urgence et de ses comités, mais ils craignent qu'aucun intervenant ne soit actuellement suffisamment qualifié pour les remplacer (n=3).

On n'ose pas partir. Parfois tu dis; ça m'en fais trop, il faudrait que j'arrête un peu, mais si je lâche quelques comités (...) si on s'en va tous, qu'est-ce que ça va faire, c'est plein de changements de chaises en coordination (...) on a aucun remplacement (...) ça fait 20 ans que c'est comme ça (...) j'ai une liste d'attente de trois mois et souvent ma coordonnatrice me dit; tu es rendue où avec ta liste? Je dis; ce n'est pas ma liste, c'est la liste du CSSS. (Groupe 3)

Plusieurs répondants (n=3) ont aussi mentionné que les intervenants plus jeunes ou nouvellement engagés seraient moins impliqués au sein des CSSS et cette situation engendrerait certains conflits interpersonnels. Les intervenants moins âgés seraient moins enclins à se porter volontaires pour intervenir au sein des équipes des mesures d'urgence, surtout lors des périodes estivales ou lors des congés fériés. Cette situation semblerait créer un sentiment d'inégalité dans les équipes d'urgence. Comme les intervenants plus jeunes se porteraient moins volontaires à sacrifier leurs congés et imposeraient davantage leurs limites professionnelles, les intervenants plus âgés doivent alors compenser et se résigner à effectuer plus d'interventions de crises (n=2).

La non-collaboration des intervenants plus jeunes (...) ils veulent prendre les chiffres qu'ils veulent. À Noël, ils ne sont pas disponibles, ils ne veulent pas être loin de leur famille (...) C'est les séniors qui font toute la période des Fêtes : Noël, Jour de l'An (...) dans le temps des Fêtes (...) on se rencontre en réunion et on dit qui veut faire quoi (...) et ils ne se lèvent pas trop les bras. La génération Y (...) ils disent non facilement. (Groupe 2)

Lorsque les intervenants assument la garde sociale, ces derniers reçoivent régulièrement des appels des professionnels du service Info-Social pour se rendre chez des personnes ayant effectué une demande de soutien. Parfois, les intervenants reçoivent que très peu d'informations sur la situation problématique et sur les caractéristiques des appelants. Dans ces conditions, les intervenants se sentent peu outillés à faire face aux situations avec lesquelles ils devront se confronter. Ils vivent alors davantage de stress et d'incertitudes.

À la garde sociale (...) tu n'es pas au courant du dossier et il faut que tu composes avec ça (...) le manque d'informations (...) je l'ai déjà dit, il aurait fallu plus d'infos au 8-1-1 pour que moi j'intervienne et que je perde moins de temps (...) C'est un problème. (Groupe 5)

L'apparition de nouveaux problèmes sociaux comme la cyberdépendance, l'intimidation par l'intermédiaire des médias sociaux, l'isolement social de plus en plus important pour certains groupes de la population comme les personnes âgées ou celles souffrant de problèmes de santé mentale posent également de nouveaux défis aux intervenants. Ainsi, au cours des dernières

années, les répondants ont eu à intervenir auprès de victimes présentant diverses problématiques sociales pour lesquelles ils n'ont pas reçu suffisamment d'informations et de formations (n=5).

Il y a des nouvelles problématiques qui s'ajoutent, la cyberdépendance, les nouveaux médias sociaux, ça ne facilite pas le travail (...) on n'a pas de repères antérieurs. C'est de la nouveauté donc on doit s'adapter à tout ça. (Groupe 1)

Facteurs de risque pendant leur implication qui nuisent à leur travail en situation de crise

Lors des entrevues de groupe avec les participants, divers facteurs ont été décrits comme des facteurs ne facilitant pas leur travail pendant leur implication en situation de crise. Les facteurs personnels et professionnels seront d'abord exposés et seront suivis des facteurs organisationnels et contextuels.

Facteurs personnels et professionnels

Seuls deux éléments ont été mentionnés par les intervenants en ce qui a trait aux caractéristiques personnelles ou professionnelles pouvant nuire à leur travail pendant leur intervention de crise, dont un état de santé psychologique précaire et de capacité physique amoindrie. Lorsque l'une ou l'autre de ces conditions se présentent, les répondants estiment qu'ils sont plus à risque de vivre des difficultés telles qu'un manque de concentration et de la fatigue.

Mais ça ne veut pas dire qu'un moment donné je ne ferai pas un transfert puis que ça ne sera pas difficile (...) Disons qu'il faut être en forme. (Groupe 1)

Facteurs organisationnels

L'impossibilité d'intervenir dans un environnement sécuritaire, d'avoir à se déplacer avec une personne à risque de se désorganiser en raison de problèmes de santé mentale ou d'intervenir dans des situations où les intervenants ont reçu très peu d'informations sur le contexte de la demande d'aide sont tous des facteurs qui peuvent nuire à leur travail lorsqu'ils ont à intervenir dans des contextes de crises, de tragédies ou de sinistres.

On part avec les clients tout seul (...) je ne trouve pas que c'est super sécuritaire (...) il pourrait faire une psychose (...) tu peux arriver dans une mauvaise journée, on ne le sait pas (...) ce n'est pas sécuritaire. (Groupe 3)

On part tous avec notre idée de comment ça doit être fait, s'il arrive une situation de crise et qu'on arrive sur le terrain, bien on va tous arriver avec une idée de la façon dont ça doit être fait, alors qu'on n'a pas les directives claires. (Groupe 4)

Les intervenants estiment aussi que le contenu des guides de pratiques mis à leur disposition n'est pas conforme à leur réalité et que les procédures à mettre en place qui sont proposées dans ces documents ne sont pas toujours conformes aux situations auxquelles ils sont confrontés.

Ce qui est en train de se faire c'est un nouveau cahier de mesures d'urgence dans tous les CSSS (...) Mais ils le font avec du monde qui n'a pas d'expérience terrain (...) ils pourraient l'écrire avec un intervenant terrain. (Groupe 3)

L'absence de supervision clinique et de soutien de la part de ses supérieurs pendant leurs interventions en situation de crise nuit grandement à leur travail, car ils peuvent, entre autres, se retrouver isolés face à des situations délicates sans être capables d'identifier les actions qu'ils doivent poser. Ces derniers doivent alors prendre des décisions, parfois délicates, sans pouvoir se référer à quiconque pour valider le choix des actions qu'ils ont décidé d'entreprendre.

C'était juste notre équipe des services généraux qui était sollicitée (...) Quand on fait de la garde, on est seul pour se coacher, on prend la décision puis on n'est pas entériné non plus. (Groupe 1)

Les intervenants des services d'urgence ont régulièrement à contacter des organismes communautaires qui offrent de l'hébergement temporaire pour des personnes dont l'intégrité physique ou psychologique est menacée. Malheureusement, il arriverait, selon eux, que les critères d'admission de ces centres soient souvent trop restrictifs ou qu'ils n'aient plus de places disponibles pour accueillir de nouveaux usagers. Cette situation complexifie le travail des intervenants, car ces derniers se voient dans l'obligation d'effectuer maintes démarches pour trouver une solution satisfaisante.

Les lits de crises. Parfois ils sont pleins. Souvent c'est une clientèle qui ne répond pas aux critères. Alors, on n'est pas très desservi en lits de crises, ç'a toujours été un manque dans la région. C'est trop strict comme règlements (...) pas beaucoup d'ouverture. (Groupe 2)

En ce qui a trait aux relations avec les policiers, il arrive parfois que les intervenants ressentent de la pression de leur part. En fait, en dehors des heures d'ouverture des CSSS, les policiers sont souvent les premiers arrivés sur les lieux de l'événement traumatique et ces derniers doivent demeurer sur place tant que l'intervenant n'a pas complété l'évaluation de la

situation et l'ensemble de ses interventions auprès des personnes en détresse. Cette situation se complexifie lorsque les policiers sont sur le point de terminer leur quart de travail.

Le plus dur c'est l'heure du changement de chiffre, quand tu les obliges à faire du supplémentaire, ils ne sont pas vraiment autorisés (...) C'est tu le prochain? Le suivant? Ou bien lui actuellement? (Groupe 3)

La présence de points de vue différents sur la façon de gérer les situations, et ce, particulièrement en milieu hospitalier ne facilite pas le travail des répondants. Ainsi, les conflits de rôles avec les membres du personnel médical, engendrés par la méconnaissance des mandats de chacun, peuvent donc entraîner des tensions entre les professionnels. De plus, les ententes et mécanismes instaurés dans les centres hospitaliers pour l'accueil des intervenants psychosociaux sont parfois très efficaces de jour, mais souvent difficilement applicables de nuit.

Il y a un protocole où ils sont censés nous faciliter au maximum notre arrivée, mais de nuit il n'y en a pas (...) on les dérange (...) C'est mal organisé. (Groupe 2)

Selon les répondants, travailler de concert avec les intervenants des Centres jeunesse n'est pas une tâche facile lors de situations de crise. Ainsi, les répondants estiment que ces intervenants sont très exigeants et les obligent à réaliser une évaluation très exhaustive de la situation de crise avant qu'ils prennent en charge la situation problématique. De plus, il est fréquent que les intervenants des Centres jeunesse demanderaient aux répondants de prendre en charge certaines interventions même si cela n'est pas de la responsabilité des intervenants psychosociaux des CSSS.

Je n'aime pas beaucoup collaborer avec les Centres jeunesse parce que j'ai plus l'impression qu'eux me donnent des ordres puis ils s'attendent à une intervention dans telle direction de ma part que de la collaboration (...) il faut que notre dossier soit très étoffé. (Groupe 1)

Dans les CSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean, les intervenants psychosociaux qui ont à travailler lors de situations de tragédie ou de sinistre proviennent de divers programmes ou équipes psychosociales dans le cadre de leur travail régulier (ex. : équipe de santé mentale, jeunesse, adultes, programme de la perte d'autonomie liée au vieillissement). Les communications entre les gestionnaires de ces différents programmes et la coordonnatrice de l'équipe des mesures d'urgence sont parfois déficientes et les changements de chaises fréquents de ces derniers ne facilitent pas leur travail.

Ils viennent de tout rechanger l'organigramme, donc c'est des nouvelles personnes (...) avant on dépendait tous d'un même coordonnateur (...) Maintenant on a deux coordonnateurs différents (...) au niveau de la communication c'est sûr que ça va être plus difficile. (Groupe 3)

De plus, les changements fréquents dans l'appellation des programmes et des services offerts par les CSSS compliqueraient la tâche des intervenants psychosociaux lorsque ces derniers doivent effectuer des références lors de leurs interventions en situation de crise.

Parfois ça ressemble un peu aux 12 travaux d'Astérix (...) Guichet A-32 puis non, il faut que tu ailles au troisième A-34 (...) on s'y perd (...) Souvent, je ne peux même pas dire d'avance à mon client quel service il va avoir. (Groupe 1)

Facteurs contextuels

Intervenir en situation de crise, de tragédie ou de sinistre implique qu'ils doivent faire face à l'imprévisibilité des événements et aux réactions des personnes en détresse. Les répondants (n=5) ont alors souligné que la nécessité de s'adapter à diverses situations (ex. : clientèles, problématiques, milieux, partenaires, ressources disponibles) et l'exigence d'intervenir rapidement complexifient leur travail.

On ne sait jamais à quoi s'attendre. On sait la situation, mais on ne sait pas exactement comment est la situation sur place à quoi on va pouvoir s'attendre. (Groupe 3)

Une surcharge de travail dans le cadre de leur travail régulier, une fatigue accumulée, le manque de soutien de leurs supérieurs et l'accumulation de situations stressantes dans leur vie privée peut également ne pas faciliter leur travail lorsqu'ils sont appelés à intervenir (n=5).

Quand on est dans une période comme en ce moment, en surcharge de travail où je suis toujours en retard dans mon travail et qu'on m'appelle pour aller à une P-38, je suis déjà très fatigué, moins concentré, plus vulnérable parce que je le sais qu'en plus, le deux heures que je pars, quand je vais revenir, je vais en avoir jusque-là les fax puis les téléphones. (Groupe 1)

Dans cadre des services d'urgence, les intervenants ont à faire face à de multiples situations pouvant les exposer à la souffrance humaine et/ou à des récits traumatiques. Pour certains intervenants, certains aspects des événements traumatiques sont plus difficiles à gérer tels que voir ou entendre des récits impliquant des atrocités, de la violence physique et/ou des pertes de vies humaines. Ces aspects peuvent entraver leur concentration ainsi que leur capacité à intervenir promptement.

À l'urgence, certains sont très à l'aise d'y aller, mais n'oublions pas qu'on arrive dans une place où il y a du sang, des odeurs, des atrocités au niveau physique (...) Mais au début on n'est pas habitués. Il faut s'habituer. (Groupe 1)

Les sinistres peuvent parfois provoquer plusieurs pertes humaines et blessures ainsi que la désorganisation et le désespoir d'un nombre important de victimes. Les intervenants doivent alors gérer simultanément la détresse de plusieurs personnes, ce qui complexifie leur travail.

Ce que je trouve le pire c'est les blessés et s'il y a des décès. Ça, c'est vraiment dur. (Groupe 5)

Il y a de la misère qu'on entend, il y a des drames qu'on écoute (...) On vit des drames quotidiens avec les gens, on écoute la souffrance. (Groupe 1)

La chronicité des mêmes problématiques psychosociales rencontrées chez les personnes ayant fréquemment recours aux intervenants de la garde sociale est un autre facteur qui peut nuire au travail des répondants. En fait, la répétition de situations individuelles ou familiales similaires force les intervenants à répéter leurs interventions tout en essayant de maintenir une relation de confiance et avec ces personnes (n=5) et ce, surtout s'ils sont obligés d'agir contre leur volonté pour les protéger d'eux-mêmes (n=3).

Quand c'est toujours de la crise similaire, c'est une famille qui veut placer leur enfant ou la guerre est pognée, ça tourne toujours autour des mêmes sujets. (Groupe 3)

Il y a des conflits puis il faut que tu gères ça et il y en a qui ne sont pas contents contre toi dépendamment de l'orientation que tu vas prendre (...) et tu dois essayer de garder le lien de confiance et la relation d'aide. (Groupe 1)

Les situations où les personnes en crise sont intoxiquées, présentent de graves problèmes de santé mentale, font preuve d'agressivité verbale ou physique, sont récalcitrantes à recevoir le soutien des intervenants et/ou énoncent leur insatisfaction face aux propositions émises force ces répondants à constamment faire attention aux paroles ou aux gestes qu'ils doivent poser (n=5).

Dans le non-volontaire (...) C'est ça qui est plus dur, parce que je le vois avec la garde, c'est souvent leurs clients en santé mentale (...) Ils ne veulent même pas de soutien (...) je me suis fait dire des affaires épouvantables. Ils t'insultent. (Groupe 3)

Les clients en santé mentale (...) ils n'ont aucune reconnaissance et c'est ça qui vient me chercher. (Groupe 3)

Des troubles de personnalité limite. Les gens en état d'intoxication. Ceux qui ont un tempérament impulsif. Quelqu'un qui est psychotique (...) quelqu'un qui est en colère (...) Une menace de mort à l'hôpital par quelqu'un qui était très en colère (...) les crises familiales c'est dans mes tops 2 ou 3 je trouve ça assez «heavy». (Groupe 1)

De plus, les répondants estiment qu'il est parfois difficile d'intervenir auprès de personnes vulnérables et sans défense qui vivent des situations tragiques. En fait, être confronté à la misère humaine, à la pauvreté, à l'isolement et aux injustices sociales dont peuvent être victimes les enfants, les personnes âgées ou les personnes présentant des limitations physiques ou cognitives, peut leur engendrer des émotions difficiles à gérer.

Les troubles de personnalité limite qui ont des enfants (...) on pourrait bien faire la P-38, mais les jeunes enfants, même un chien, un animal, on fait quoi? On est mal pris, ils ne peuvent pas rester tout seul (...) ils ne veulent pas quitter. (Groupe 4)

Je vois souvent des gens qui sont démunis, au niveau des ressources internes et externes, qui n'ont pas de réseau, qui sont isolés, qui ne connaissent pas les services. (Groupe 3)

Lorsque les intervenants doivent intervenir auprès de personnes en situation de crise, il est assez fréquent qu'ils doivent également intervenir auprès de leurs proches qui sont souvent très inquiets. Ces personnes peuvent parfois ne pas faciliter leur travail lorsqu'ils exercent une forte pression sur eux, expriment l'intensité de leur désarroi et/ou tentent de diriger leurs interventions.

Je trouve ça plus difficile intervenir avec des tiers, avec la famille qui est inquiète pour quelqu'un, qu'avec la personne. Faites quelque chose, faites quelque chose! Ils nous transfèrent leur émotion, leur inquiétude. (Groupe 1)

Selon les répondants (n=3), certaines problématiques sont plus à risque de se produire lors de certaines périodes de l'année. Par exemple, en saison hivernale, les situations exigeant l'hébergement temporaire d'individus sans logement fixe ou aux prises avec des problématiques de consommation sont souvent difficiles à résoudre en raison de la pénurie de places pour les héberger. Lors de rentrée scolaire, ce seraient plutôt les problématiques liées à la précarité financière des familles qui seraient davantage fréquentes. L'accumulation des demandes d'intervention de crise viendrait alourdir les tâches des intervenants psychosociaux. En période estivale, ce serait le manque d'effectifs dans les CSSS qui nuirait au travail des intervenants lorsque ces derniers doivent intervenir lors de l'application des mesures d'urgence.

On était dans un temps intense de vacances où il y a des gens donc qui finissaient leur vacance le samedi minuit et d'autres qui commençaient leur vacance (...) je revenais de vacances le dimanche et je reçois un appel le samedi soir (...) peux-tu rentrer demain (...) les informations n'étaient pas claires et personnes pour me répondre. (Groupe 4)

Enfin, l'étendue du territoire à desservir en raison de l'étalement urbain oblige parfois les intervenants à effectuer de longs déplacements lorsqu'ils doivent intervenir dans une municipalité rurale. De plus, les conditions de la route en période hivernale sont parfois dangereuses ce qui complexifie et limite les interventions que peuvent proposer les répondants.

Faire attendre parce que j'en ai pour 30 minutes pour me rendre à une situation (...) j'ai dit je ne dépasserai pas les limites parce que je n'irai pas me « dompter » parce que vous avez besoin de moi (...) la route la nuit et l'hiver, ça me stresse. (Groupe 4)

Facteurs de risque après leur implication qui nuisent à leur récupération et bien-être

Lors des entrevues de groupe, les participants ont identifié des facteurs organisationnels qui semblaient nuire à leur bien-être post-intervention et à leur processus de récupération de leur force et énergie.

Se retrouver dans l'obligation de compléter ses rapports d'évaluation et ses notes évolutives lors de son retour à domicile ou lors de ses pauses nuirait au processus de récupération des répondants, ces derniers étant alors plus à risque d'épuiser leur force tant physique que mentale.

J'ai des collègues de travail qui dînent ici en faisant leurs notes et en prenant une bouchée; ah non! Pour moi c'est inacceptable, je n'embarque pas là-dedans (...) et la lecture le soir non plus. (Groupe 3)

Le fait que les répondants ne soient pas non plus remplacés lorsqu'ils interviennent en tant que membres de l'équipe d'urgence lors de tragédies ou de sinistres engendrerait une surcharge de travail. Certains manquent alors de temps pour reprendre leur énergie, car ils sont submergés par le travail qu'ils ont à effectuer comme rencontrer des usagers dont les rendez-vous avaient été déplacés ou assurer des suivis.

C'est sûr que si tu as une évacuation d'un secteur parce qu'il y a un feu dans un édifice, on va être appelé la nuit, le soir, la fin de semaine, n'importe quand. (Groupe 3)

On n'a pas le temps après pour décanter puis analyser ce qu'on a fait. Donc, on est toujours dans du rapide. (Groupe 1)

L'absence de supervision et de soutien clinique après leurs interventions ainsi que l'absence de rencontres d'équipe dûment planifiées, visant à faire l'évaluation de l'incident critique, ne facilite pas le processus de récupération des répondants, car ces derniers sont dans l'impossibilité de partager leur expérience personnelle et professionnelle ainsi que de prendre conscience des impacts possibles de leur implication sur leur santé biopsychosociale et sur leur performance au travail.

***Est-ce que vous avez des débriefings opérationnels ou des débriefings psychologiques?** Pas à ma connaissance (...), il n'y a pas de structure à ce niveau, ce n'est pas organisé (...) Il n'y a rien de structuré, il n'y a rien d'organiser pour faire un groupe de verbalisation, d'échanges (...) on n'a pas personne qu'on peut convoquer pour du support. (Groupe 5)*

La méconnaissance des employeurs ainsi que leur banalisation des impacts négatifs de l'intervention en situation de crise sur les intervenants sont aussi des facteurs qui nuisent à la fois au bien-être de ces professionnels, à leur performance au travail ainsi qu'au temps qui leur sera accordé pour reprendre leur force et énergie.

Les séquelles ne sont pas reconnues par l'employeur. C'est notre centre qui va faire la gestion de présence et ils vont te dire aucun problème (...) j'ose jamais le demander de prendre une demi-heure parce qu'il va falloir que je me justifie (...) c'est mal perçu de la part de l'employeur. Ce qu'il te renvoie comme message c'est que tu n'es pas bonne, tu es faible, tu n'es pas fait forte (...) le mérite, le méritas ou la médaille, ça on n'en reçoit jamais (...) notre travail est minimisé de la part de l'organisation ou incompris ou banalisé. (Groupe 1)

Le tableau 10 présente les facteurs de protection et de risque personnels, professionnels, organisationnels et contextuels qui facilitent ou nuisent à leur travail, récupération et bien-être avant, pendant et après leur implication en situation de crise.

Tableau 10

**Facteurs de protection et de risque avant, pendant et après
l'implication en situation de crise**

Types de facteurs	Facteurs personnels et professionnels	Facteurs organisationnels	Facteurs contextuels
Facteurs de protection avant leur implication qui facilitent leur travail en situation de crise	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Expérience de travail ▪ Mentorat ▪ Garde sociale permet de pratiquer leurs techniques d'intervention de crise ▪ Stabilité dans leur vie personnelle ▪ Situation conjugale et familiale ▪ Personnalité ▪ Habilité à identifier et nommer ses limites 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soutien du supérieur ▪ Formations reçues ▪ Ressources disponibles ▪ Travail d'équipe ▪ Médias 	-
Facteurs de protection pendant leur implication qui facilitent leur travail en situation de crise	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualités requises ▪ Capacité à mettre ses limites et demander du soutien ▪ Capacité à travailler en équipe ▪ Respect de la hiérarchie et des procédures d'intervention 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participation au processus de décision ▪ Autonomie professionnelle ▪ Soutien du supérieur ▪ Soutien des collègues ▪ Mentorat ▪ Partenariats externes significatifs ▪ Équipe de travail fusionnelle ▪ Mandats clairs ▪ Réseau social soutenant 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sévérité de la crise ▪ Reconnaissance de la clientèle
Facteurs de protection après leur implication qui facilitent leur récupération et bien-être	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Habitudes de travail ▪ Reconnaissance de leurs limites ▪ Habitudes de vie ▪ Impacts positifs de leur travail 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Débriefing opérationnel ▪ Supervision et soutien de leur supérieur ▪ Soutien émotionnel de leurs collègues ▪ Reconnaissance du travail des intervenants 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Milieu rural ▪ Perception positive des proches de leur travail en situation de crise
Facteurs de risque avant leur implication qui nuisent à leur travail en situation de crise	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antécédents de traumatismes ▪ Genre ▪ Avoir des enfants en bas âge ▪ Réseau social faible ou absent 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manque de rencontres locales et régionales ▪ Absence de structure officielle de suivi, de supervision et de soutien ▪ Absence de structure organisationnelle 	-

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vivre des difficultés dans leur vie personnelle ▪ Manque d'expérience ▪ Personnalité 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Roulement du personnel administratif (gestionnaires, supérieurs) ▪ Non-volontariat et obligation d'intervenir en situation de crise ▪ Manque d'effectifs ▪ Pas de remplacement ▪ Inégalité des tâches dans les équipes d'urgence ▪ Manque d'informations du service Info-Social lors de la garde sociale ▪ Manque de formations sur les nouvelles problématiques sociales 	
<p>Facteurs de risque pendant leur implication qui nuisent à leur travail en situation de crise</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Santé psychologique précaire ▪ Capacité physique amoindrie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Environnement de travail non sécuritaire ▪ Guide de pratique inactuel ▪ Manque de supervision ▪ Critères trop restrictifs d'admission dans les organismes communautaires d'hébergement ▪ Pression des policiers lors de la garde sociale ▪ Points de vue différents sur la façon de gérer les situations en milieu hospitalier ▪ Relation de travail complexe avec les Centres jeunesse ▪ Manque de communication entre les gestionnaires des différents services ▪ Changements fréquents dans l'appellation des programmes et des services 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Imprévisibilité des événements et réactions des victimes ▪ Concomitances des facteurs de risque ▪ Exposition à la souffrance humaine et/ou à des récits traumatiques ▪ Gérer simultanément la détresse de plusieurs personnes ▪ Chronicité des mêmes problématiques sociales chez la clientèle récurrente ▪ Clientèle non volontaire ▪ Vulnérabilité de la clientèle ▪ Intervention auprès des tiers ▪ Période de l'année ▪ Étendue du territoire (milieu rural)

Facteurs de risque après leur implication qui nuisent à leur récupération et bien-être	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Obligation de compléter des rapports d'évaluation et des notes évolutives ▪ Manque de remplacement et de temps de repos ▪ Absence de supervision, de soutien et de rencontre d'équipe immédiate suite à leur implication ▪ Méconnaissance et banalisation des employeurs et des gestionnaires des retombées de l'intervention en situation de crise 	-	-
---	--	---	---

5.9 RECOMMANDATIONS DES INTERVENANTS CONCERNANT LEUR TRAVAIL EN SITUATION DE CRISE

Au cours des rencontres de groupe, les participants ont pu livrer les recommandations qu'ils aimeraient formuler à leurs employeurs, supérieurs, collègues ainsi que partenaires, pour faciliter leur travail en situation de crise, de tragédie et de sinistre. La majorité des recommandations qui ont été émises s'adressent surtout à leurs employeurs afin que leur organisation puisse faciliter leur travail. À ce sujet, la mise à jour de la formation ministérielle sur l'intervention psychosociale en cas de sinistre a été fortement recommandée par l'ensemble des groupes rencontrés (n=5). Ces derniers considèrent aussi qu'il est important, pour les intervenants psychosociaux qui assument la garde sociale, d'avoir régulièrement accès à diverses formations concernant les situations problématiques qu'ils sont susceptibles de rencontrer. De plus, ces derniers aimeraient que l'ensemble des intervenants ait accès aux mêmes formations afin d'établir une cohésion et une cohérence dans leurs actions.

Une mise à jour de la formation (...) les pratiques ont changé (...) on a tous été formés il y a très longtemps. Il y a des mises à jour qui se font, que le MSSS envoie aux établissements de formation, mais au CSSS on n'est pas trop au courant (...) le ministère pourrait nous donner la formation dans nos établissements, qu'on s'assoit toutes les équipes psychosociales ensemble et on aurait tous la même affaire. (Groupe 4)

L'ensemble des groupes rencontrés (n=5) recommande aussi la tenue systématique de séances de débriefing opérationnel ainsi que psychologique à la suite du déploiement des mesures d'urgence en cas de tragédie ou de sinistre.

Il n'y a rien à l'interne qui est organisé (...) j'ai fait une fois une demande de débriefing et ça l'a pris deux heures, j'avais quelqu'un. Mais ce n'est pas systématique, ça prendrait quelqu'un qui prend les devants parfois parce que tout le monde ne le fera pas nécessairement. (Groupe 5)

L'ensemble des groupes (n=5) recommande également d'instaurer davantage de rencontres formelles tant locales que régionales pour que les membres des différentes équipes de mesures d'urgence des CSSS de la région puissent discuter de leur vécu et établir des mécanismes de collaboration et de concertation. Les intervenants souhaiteraient également être davantage impliqués dans les processus de décision concernant, entre autres, les protocoles d'intervention à mettre en place lors de tragédies ou de sinistres.

(...) rétablir nos réunions d'équipe on les avait annulées parce qu'on n'avait plus le temps (...) ça serait aussi facilitant d'avoir ces rencontres régionales pour donner notre avis professionnel et nous aussi connaître les gens, connaître c'est qui nos vis-à-vis dans les autres CSSS. Même si c'est deux fois par année. (Groupe 3)

En ce qui a trait à l'intervention en situation de crise, des répondants de deux groupes (n=2) apprécieraient avoir accès à des protocoles d'intervention qui suggèrent des façons d'intervenir et de réagir en fonction de certaines situations précises (ex. : application de la Loi P-38, intervention auprès de personnes sans-abri en consommation). Les répondants estiment qu'ils pourraient alors intervenir plus rapidement et efficacement. De plus, ils considèrent que ces protocoles devraient apporter des informations sur les ressources disponibles ainsi que sur les services qui sont offerts par ces dernières. L'établissement d'ententes préalables avec certains organismes publics ou communautaires est également l'une des recommandations émises par des participants (n=2). Ces derniers estiment alors que les besoins de certains types de clients comme les itinérants ou les personnes souffrant d'insécurité alimentaire pourraient être améliorés lorsque ces derniers communiquent avec les professionnels du service Info-Social en dehors des heures d'ouverture des CSSS.

(...) l'itinérant qui arrive, il n'a pas d'argent, il n'a pas d'endroit où coucher (...) Il n'y a pas de ressources, on n'a pas d'informations, on n'a pas de protocole (...) on fait quoi avec une personne qui n'a pas de logis, on n'a pas de coupon à lui donner pour de la nourriture. (Groupe 4)

Deux groupes considèrent que leurs équipes des mesures d'urgence pourraient être davantage structurées. Par exemple, certains répondants ont observé l'absence d'une liste comprenant les coordonnées et les informations professionnelles (ex. : numéro de téléphone, équipe ou programme habituel, expertises particulières, types de clientèles de prédilection) des intervenants qui se portent volontaire à travailler lors de situations de tragédie ou de sinistre. Le même nombre de groupe souhaite aussi que leurs coordonnateurs de l'équipe des mesures d'urgence fassent appel à divers intervenants lorsque leurs équipes sont appelées à appliquer les mesures d'urgence. À ce sujet, ces répondants estiment que ce sont presque toujours les mêmes intervenants qui sont mobilisés lors de ces situations.

Au niveau du volontariat des mesures d'urgence (...), on n'a pas vraiment de liste officielle, on veut en faire une (...) quand il y a une situation de crise, le coordonnateur va prendre la personne qui est disponible. (Groupe 4)

Les mesures d'urgence ce n'est pas attiré avec les clientèles. C'est les intervenants disponibles, peu importe le secteur ou le travail (...) L'équipe adulte est plus sollicitée (...) ils oublient les autres équipes parce qu'il y a des gens en santé mentale qui pourrait faire des mesures d'urgence, il y a le soutien à domicile, il y a l'enfance. (Groupe 1)

Certains groupes (n=3) aimeraient aussi que les intervenants psychosociaux puissent avoir accès à des bureaux et aux dossiers informatisés des clients au sein des différents hôpitaux de la région lorsqu'ils ont à intervenir en situation de crise dans ces établissements. La disponibilité de lits de crise pour les personnes présentant de multiples problématiques ainsi que d'un local pouvant recevoir plusieurs personnes simultanément, par exemple les membres de famille d'une personne accidentée ou décédée, faciliterait aussi leur travail lorsqu'ils ont à intervenir au sein des urgences des hôpitaux.

Qu'il y ait un travailleur social à l'urgence (...) qu'il y ait des locaux aussi. Attirés à nous (...) avec un salon des familles (...) avoir des lits de crises qui nous appartient. (Groupe 2)

L'ensemble des groupes (n=5) estime aussi que leurs employeurs doivent avoir les connaissances de base sur les retombées potentielles que peut avoir l'intervention en situation de crise, de tragédie ou de sinistre chez les intervenants. De plus, les répondants considèrent que leur organisation devrait faire preuve de plus de reconnaissance envers le travail des intervenants psychosociaux qui assument la garde sociale et ceux qui sont mobilisés lors de tragédies et de sinistres. À ce sujet, les répondants souhaiteraient une augmentation du nombre d'intervenants au

sein des équipes des mesures d'urgence (n=5), une hausse de leur rémunération (n=3) ainsi que la fourniture de certains outils ou moyens pouvant faciliter leur travail comme la disponibilité d'une voiture de service et d'un GPS (n=2).

(...) je pense qu'il y a un travail de conscientisation à faire auprès des organisations sur ce que les intervenants peuvent vivre dans ces situations (...) éduquer nos employeurs sur la lourdeur, sur la difficulté, sur la réalité des intervenants sur le terrain, sur l'impact dans leur vie, sur leur santé physique, psychologique, familiale et conjugale. (Groupe 1)

Les Centres jeunesse sont payés plus cher que nous pour faire de la garde. Je pense que ça pourrait être un motivateur pour avoir une équipe stable (...) les Centres jeunesse ont même la voiture qui est fournie. (Groupe 4)

Des répondants de trois groupes de discussion souhaitent aussi que leurs responsables des mesures d'urgence aient la capacité pour soutenir et superviser adéquatement les membres de leur équipe. Pour cela, ces derniers suggèrent de former les supérieurs aux différents types de supervisions à offrir aux intervenants ayant à travailler en situation de crise, de tragédie et de sinistre.

Former les coordonnateurs à comment réagir, parce que ce sont les premiers à nous répondre. S'ils n'ont pas d'habiletés en supervision, s'ils nous culpabilisent dans leur façon de nous répondre ou qu'ils ne nous supportent pas (...) s'ils doutent de leurs intervenants en appelant la centrale avant de vérifier, de valider et de faire confiance à leurs intervenants, ce n'est pas aidant. (Groupe 4)

L'ensemble des groupes (n=5) souhaite aussi que les responsables des équipes des mesures d'urgence fassent preuve de confiance dans les capacités de leurs intervenants et qu'ils leur apportent un appui inconditionnel, particulièrement lors de situations délicates.

C'est la première recommandation, c'est de toujours sentir l'appui de nos coordonnateurs, tout le temps. Nous défendre auprès des médecins et les Centres jeunesse. N'importe quand dans n'importe quel rôle, si j'ai fait une gaffe, tu m'appuies et je la réglerai après (...) quand ils veulent parfois nous faire faire des choses qui dépassent les limites de notre mandat (...) C'est ça qu'il faut. (Groupe 3)

Concernant leurs collègues de travail, les cinq groupes recommandent d'utiliser divers mécanismes et méthodes d'autosoins personnels afin de contrer les retombées négatives de l'intervention en situation de crise et de reconnaître qu'ils peuvent être eux aussi affectés par une situation traumatique.

Les recommandations c'est que les intervenants prennent soin d'eux aussi. Parce qu'on a tendance à se dire que si on fait ce métier-là c'est pour aider et on se sent indispensable, mais en même temps, on reste des humains, on a nos limites et nos vulnérabilités. Il faut être capable de prendre soin de nous aussi. (Groupe 5)

De plus, les participants d'un groupe de discussion, ayant acquis plus d'expérience au sein des équipes de mesures d'urgence, considèrent que les intervenants plus jeunes devraient davantage développer leur sens du dévouement et de responsabilité sociale, entre autres, en priorisant moins leurs propres besoins personnels au détriment de ceux de leur équipe de travail.

Une notion de loyauté. Avoir l'esprit d'équipe, du sacrifice pour le groupe. Mais c'est vraiment en lien avec cette génération. Qu'il se porte plus volontaire pour intervenir. (Groupe 2)

L'ensemble des groupes souhaiterait que les organismes tant publics que communautaires de leur communauté soient plus amplement informés et davantage conscientisés aux rôles que peuvent assumer les intervenants psychosociaux lors des situations de crise, de tragédie et de sinistre. Pour cela la tenue de rencontres et la distribution de dépliants sont des moyens qui ont été proposés par quelques groupes (n=3).

Diffuser plus d'informations sur notre travail auprès des autres partenaires (...) pour éviter que ça bloque lors de transferts de dossiers. (Groupe 2)

En ce qui concerne spécifiquement les organismes communautaires offrant des services d'hébergement, deux groupes aimeraient que ces derniers modifient leurs critères d'admissibilité en ce qui a trait à leurs lits de crise afin que les itinérants aux prises avec de multiples problématiques puissent trouver un refuge en cas d'urgence.

Plus de lits de crise sur le territoire dans les organismes communautaires (...) plus grande collaboration (...) moins de critères spécifiques pour l'admission de clients intoxiqués (...). (Groupe 2)

L'ensemble des groupes souhaiterait aussi que les professionnels de l'intervention psychosociale du service Info-Social récoltent plus d'informations sur les situations problématiques et sur les personnes effectuant des appels avant de communiquer avec les intervenants de garde. Les répondants considèrent que cela pourrait diminuer la fréquence de leurs déplacements dans des situations où leur présence n'est pas requise.

Que l'Info-Social se recentre sur les motifs d'appels. Sur leur mission (...) Peut-être former plus les gens à l'Info-Social (...). (Groupe 2)

Enfin, tous les groupes souhaiteraient que les membres du personnel médical, particulièrement les médecins, reconnaissent leur expertise psychosociale lorsqu'ils évaluent le niveau de dangerosité d'une personne dans le cadre de l'application de la Loi P-38. L'application de protocoles d'intervention dans ces situations permettrait, entre autres, de respecter les mandats et expertises de chacun.

*(...) le médecin c'est médical (...) on nous demande notre évaluation psychosociale
 (...) Ça n'a pas de bon sens de ne pas être reconnu comme ça par rapport à notre jugement clinique, notre opinion professionnelle, on n'est pas tenu en compte par les médecins souvent. (Groupe 4)*

Le tableau 11 présente les recommandations émises par les répondants auprès de l'organisation, de leurs supérieurs, collègues et partenaires externes.

Tableau 11

Recommandations émises par les répondants

Organisation	Recommandations
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Offrir aux membres des équipes des mesures d'urgence des formations ministérielles et des mises à jour des connaissances sur les meilleures pratiques en cas de tragédie et de sinistre. ▪ Offrir aux membres des équipes de la garde sociale des formations portant sur les problématiques souvent rencontrées en situation de crise. ▪ Uniformiser les formations au sein des équipes d'urgence et posséder un plan d'action bien établi. ▪ Implanter des séances de débriefing opérationnel et psychologique suite à chaque déploiement en situation de tragédie et sinistre. ▪ Organiser des rencontres régulières avec les intervenants des équipes des mesures d'urgence des différents CSSS de la région afin d'établir des mécanismes de collaboration et de concertation. ▪ Tenir compte des recommandations émises par les intervenants psychosociaux dans l'établissement de protocole d'intervention. ▪ Offrir plus d'outils (ex. : documents, guides d'intervention, protocoles, GPS) pour faciliter leurs interventions.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Établir des ententes préalables avec certains organismes publics et communautaires afin d'offrir de meilleurs services à la clientèle. ▪ Constituer une liste de coordonnées afin d'obtenir du soutien d'intervenants volontaires et spécialisés à la situation de crise présentée. ▪ Établir un meilleur partage des tâches entre les intervenants des différents services des CSSS en cas de mesures d'urgence. ▪ Permettre l'accès à des bureaux et au dossier de la clientèle afin de favoriser l'efficacité des interventions dans les urgences des hôpitaux. ▪ Augmenter le nombre de lits de crise disponibles. ▪ Conscientiser les gestionnaires sur les retombées de l'intervention en situation de crise, de tragédie ou de sinistre sur les intervenants psychosociaux. ▪ Reconnaître le travail des intervenants qui effectuent de la garde sociale et qui interviennent en situation de crise, de tragédie ou de sinistre.
Supérieurs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Former les supérieurs aux différents types de supervisions à offrir aux intervenants ayant à travailler en situation de crise, de tragédie et de sinistre. ▪ Faire confiance aux intervenants. ▪ Recevoir un soutien inconditionnel de la part des coordonnateurs des services d'urgence.
Collègues	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utiliser des techniques d'autosoins et reconnaître les possibles retombées de l'intervention en situation de crise. ▪ Sensibiliser les jeunes intervenants à s'impliquer davantage au sein des équipes de garde sociale et des mesures d'urgence.
Partenaires externes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibiliser les organismes publics et communautaires aux rôles des intervenants psychosociaux en situation de crise. ▪ Diminuer les critères d'admission aux lits de crise dans les organismes communautaires. ▪ Recueillir plus d'informations sur la situation et sur l'appelant au service d'Info-Social afin de limiter le nombre de déplacements non requis de l'intervenant de la garde sociale. ▪ Établir des protocoles avec le personnel médical et particulièrement les médecins, lors de l'application de la Loi P-38 afin de favoriser le respect des mandats de chacun.

CHAPITRE VI

6. DISCUSSION

*Quand je vais à pied vers l'océan (...)
Je pense toujours à prêter attention à la façon dont l'océan persiste,
et c'est comme ça que l'humanité persiste,
les gens persistent (...)*

Harrison et Westwood (2009)

Ce chapitre présente les constats obtenus à partir de l'analyse des données recueillies des répondants en relation avec les informations colligées dans la recension des écrits. Lesdits constats seront présentés sous la vision de notre cadre conceptuel qui regroupe divers concepts et modèles théoriques permettant de définir les aspects à observer pour traiter du sujet à l'étude. Rappelons que le cadre conceptuel utilisé réunissait les approches liées aux différentes phases de l'intervention en situation de crise, entre autres, de Blaikie et ses collègues (2004) et l'approche des compétences (Flück & Le Brun Choquet, 1992). Ce cadre a permis de définir les types de retombées de l'intervention en situation de crise sur la santé biopsychosociale et la performance au travail des intervenants ainsi que les différents types de facteurs (personnels, professionnels, organisationnels, contextuels) à observer qui facilitent ou non leur travail en situation de crise.

Les rencontres de groupe ont eu lieu au sein de différents CSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Sur les six CSSS existants dans cette région, cinq ont accepté de participer à l'étude. Afin de comprendre dans quel contexte de travail les intervenants de ces CSSS ont à intervenir en situation de crise, quelques éléments influents ont été soulevés. Parmi les cinq CSSS participants, quatre d'entre eux comprenaient des intervenants volontaires à intervenir en situation de crise dans les services des mesures d'urgence et de la garde sociale, et un CSSS obligeait l'ensemble de ses intervenants à s'impliquer au sein de ces services. Le discours des répondants de cet établissement a été très différent des répondants des quatre autres CSSS rencontrés¹⁵. De plus, il

¹⁵ Cet élément est plus amplement discuté dans la section 6.1.

est important de souligner que l'ensemble des intervenants rencontrés estimait travailler dans un contexte de surcharge de travail. En effet, dû à des compressions budgétaires importantes au sein des établissements de santé et de services sociaux et aux demandes constantes de la population, les intervenants ont à remplir plusieurs mandats, dont entre autres, celui de répondre aux besoins de la clientèle dans les services d'urgence. L'accumulation importante de leur charge de travail et le manque d'effectifs influencent grandement la réalisation de leur travail. En général, les différents chefs de services ou de programmes sont peu enclins à libérer leurs intervenants afin qu'ils s'impliquent dans le cadre des services d'urgence. Enfin, ces différents aspects liés au contexte de travail ont certainement teinté le discours des répondants quant à leur vécu en intervention en situation de crise et c'est pourquoi l'analyse des résultats a été réalisée en tenant compte de leur réalité actuelle.

6.1 VECU DES INTERVENANTS PSYCHOSOCIAUX DES CSSS DU SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN EN SITUATION DE CRISE

Tout comme le démontre de plus en plus la littérature actuelle concernant l'implication des professionnels lors d'événements traumatiques, cette étude nous a permis de constater que les intervenants psychosociaux des CSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean oeuvrant en situation de crise sont également susceptibles de vivre diverses sources de satisfaction, d'insatisfaction et difficultés (Maltais, Robichaud, & Simard, 2001), de retombées positives et négatives (Figley, 1995b) et certains facteurs peuvent faciliter ou non leurs fonctions liées à ce type d'intervention (Radey & Figley, 2007).

6.1.1 SOURCES DE SATISFACTION, D'INSATISFACTION ET DIFFICULTES VECUES

Les intervenants rencontrés dans les CSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean apprécient généralement de travailler en situation de crise. Ces derniers s'intéressent à ce type de fonction principalement parce qu'ils ont moins de contraintes administratives à respecter au sein des services d'urgence (ex. : pourcentage de clients à rencontrer et rapports fastidieux). Comme le mentionnent Pines et Maslach (1978), le temps passé aux charges administratives constitue un des plus grands stressseurs au travail. La reconnaissance des victimes et le développement de leur créativité en intervention de crise sont également des aspects grandement appréciés de ces professionnels (Maltais, Robichaud, & Simard, 2001). De plus, les intervenants qui ont choisi de travailler au sein du service de la garde sociale le font également pour être à jour dans leur

pratique et être prêts à intervenir lors du déploiement des mesures d'urgence. À ce sujet, Maltais, Robichaud et Simard (2001) ont relevé que les intervenants appréciaient travailler en contexte d'événements traumatiques, car ce type de situation leur permettait d'acquérir de l'expérience et une certaine expertise en intervention psychosociale de crise.

En ce qui concerne la reconnaissance de l'organisation envers le travail des intervenants, lorsque l'institution utilise des stratégies de récompense comme une reconnaissance monétaire ou souligne leur implication de façon significative (ex. : lors d'une cérémonie), cela favorise la satisfaction au travail. Ortlepp et Friedman (2002) ont aussi observé que les intervenants qui ont vécu une grande reconnaissance de la part de leur organisation étaient davantage satisfaits de leur travail et enclins à s'impliquer dans les services d'urgence.

Les sources d'insatisfaction et les difficultés rencontrées par les intervenants ayant à travailler en situation de crise reflètent pourquoi les services d'urgence ont parfois de la difficulté à recruter du personnel pour intervenir lors d'événements traumatiques. À ce sujet, les répondants ont d'abord mentionné que le roulement fréquent du personnel était insatisfaisant lorsqu'ils ont à travailler en collaboration avec leurs collègues. Gellis (2002) spécifie que le roulement de personnel dans les institutions est souvent source d'insatisfaction et de complications pour les professionnels. Ensuite, le manque d'informations concernant leurs rôles ainsi que la planification inadéquate de leur horaire sont aussi des sources d'insatisfactions et des difficultés vécues par les répondants, et plusieurs études abondent en ce sens (Badger, Royse, & Craig, 2008; Collins & Long, 2003a). Enfin, le manque d'informations concernant une situation de crise peut complexifier leur implication lors d'un événement et être très insatisfaisant pour les répondants sachant que d'autres personnes (supérieurs ou partenaires externes) pourraient leur fournir davantage de renseignements. Collins et Long (2003a) spécifient que ce manque d'encadrement et d'informations peuvent être des sources potentielles d'insatisfaction, puisque cette situation peut nuire grandement à la planification de leur implication.

6.1.2 RETOMBÉES POSITIVES ET NÉGATIVES DE L'INTERVENTION EN SITUATION DE CRISE

En ce qui concerne les retombées de l'intervention en situation de crise chez les intervenants, les résultats de la présente étude ont démontré davantage de retombées positives de ce type d'intervention que de retombées négatives. La principale retombée positive de ce type d'intervention semble être la satisfaction par la compassion. Même si cette retombée n'a pas été nommée comme telle par les répondants, les résultats démontrent que la majorité des intervenants rencontrés dans les rencontres de groupe vivent ce type de satisfaction. Ainsi, comme l'ont mentionné les répondants de la présente étude, ce type d'intervention leur procure le sentiment de satisfaction de venir en aide aux victimes et de faire une différence dans leur vie. De plus, ils ont souligné que leur relation de travail significative avec leurs collègues est un aspect très important de leur travail. À ce sujet, Stamm (2002) décrit la satisfaction par la compassion comme la satisfaction envers les relations interpersonnelles positives avec ses collègues et leur contribution à un monde meilleur. La majorité des répondants de la présente étude voient leur travail comme une vocation en dépit des difficultés rencontrées, tout comme les professionnels rencontrés dans l'étude de Friedman (2002).

De plus, d'autres retombées positives ont été mentionnées par les répondants, qui sont également présents dans la recension des écrits telles qu'une vision positive du monde et d'eux-mêmes (Gibbons, Murphy, & Joseph, 2011), un fort sentiment d'accomplissement professionnel (Shamai & Ron, 2009), le renforcement de leur relation interpersonnelle avec leurs collègues de travail (Hodgkinson & Shepherd, 1994) et leurs proches (Linley & Joseph, 2004) ainsi que l'augmentation de leur performance au travail (Ferris Lian, Brown, Pang, & Keeping, 2010).

Si les intervenants retirent de nombreuses retombées positives de ce type d'intervention, il n'en reste pas moins qu'ils sont également sujets à vivre certaines retombées négatives. Par exemple, dans un des CSSS rencontrés, les intervenants ont à assumer certaines périodes de garde sociale en dépit de leur volonté. Il est intéressant de constater que spécifiquement dans ce CSSS, les répondants ont relevé davantage de retombées négatives de ce type d'intervention, dont principalement la fatigue de compassion. Comme le souligne Figley (2002a), la principale retombée négative présente chez les professionnels suite à leurs interventions en situation de crise est la fatigue de compassion. Tout comme le mentionne Figley (2002a), ces intervenants

ont démontré des symptômes cognitifs comme la diminution de la concentration, des symptômes émotionnels comme l'anxiété et la culpabilité, des symptômes comportementaux comme des modifications des habitudes du sommeil et des symptômes liés à leur performance au travail comme une faible motivation à travailler et l'absentéisme avec la prise de congés de maladie.

En général, il peut être difficile pour les intervenants de faire face au stress inhérent de l'intervention en situation de crise. En effet, le stress est une retombée négative qui a été plusieurs fois citée dans les rencontres de groupe et également souvent mentionnée dans la littérature actuelle (Colarossi, Heyman, & Phillips, 2005; Cronin, Ryan, & Brier, 2007; Eidt, 2006; Fullerton, Ursano, & Wang, 2004; Kanno, 2010; Paton, 2003; Scott, 2007). De plus, d'autres retombées négatives ont été mentionnées par les répondants qui sont aussi présents dans la recension des écrits telles que le fait d'être consterné par le malheur des autres (Maltais, Robichaud, Moffat, & Simard, 2001), de vivre de l'épuisement professionnel (Munroe & Brunette, 2001) et éviter certaines émissions télévisuelles (Sommer, 2011).

6.1.3 FACTEURS DE PROTECTION ET DE RISQUE LIÉS À LEUR TRAVAIL EN SITUATION DE CRISE

Tout comme dans la littérature actuelle, les résultats de la présente recherche ont démontré que de multiples facteurs de protection peuvent faciliter grandement le travail des intervenants avant, pendant et après les situations de crise. D'une part, l'uniformisation des pratiques entre les intervenants des différents services des CSSS avec leurs partenaires est un facteur pouvant faciliter grandement leur travail lorsqu'un événement tragique se produit (Collins & Long, 2003a). La formation autant théorique que pratique est également un élément souvent mentionné à la fois par les répondants de l'étude et dans les écrits scientifiques actuels (Violet, 2010). Les résultats de la présente étude suggèrent également la nécessité de préserver et de renforcer les ressources de soutien social à la suite de leur implication en situation de crise, tout comme l'ont mentionné Prati et Pietrantonio (2010). L'expérience de travail est aussi un facteur de protection important pour les professionnels, car il leur permet d'acquérir et d'utiliser un cadre de références lors de leur implication. À ce sujet, Pearlman et MacIain (1995) précisent qu'une expérience significative en intervention de crise peut diminuer les retombées négatives de ce type d'intervention. De plus, selon les répondants, posséder et maintenir une forme physique et psychologique est essentiel pour effectuer ce type d'intervention. Vanier et Fortin (1996) précisent que la forme physique et psychologique peut leur permettre de demeurer constamment

à l'écoute, ouvert, présent et accueillant lorsqu'un événement se produit. Afin de conserver cette forme, diverses saines habitudes de vie ont été mentionnées à la fois par les répondants et certains auteurs telles que faire de l'exercice (Radey & Figley, 2007), avoir un sommeil réparateur (Gangsei, 2011) et pratiquer des activités récréatives (Gentry, Baranowski, & Dunning, 2002).

Malgré la présence des facteurs de protection qui permettent d'influencer favorablement le travail des intervenants en situation de crise, il existe néanmoins des facteurs de risque auxquels il faut prêter également attention afin que ces derniers soient reconnus, et dans la limite du possible, maîtrisés ou éradiqués. Par exemple, le non-volontariat, et donc l'obligation d'intervenir en situation de crise, peut être très insatisfaisant pour les répondants et peut engendrer davantage de retombées négatives (Pearlman, 1995). Un faible niveau de distance émotionnelle a été également cité par les répondants et est un facteur de risque présent dans l'étude de McCann et Pearlman (1990). Les changements générationnels sont aussi des facteurs de risque très marqués dans les CSSS de la région, car les jeunes intervenants vont davantage revendiquer un meilleur équilibre entre leur travail et leur vie personnelle (Brissette, 2008). Malheureusement, cette situation engendre souvent des charges de travail plus grandes aux intervenants plus âgés. La gestion par programmes et la restructuration fréquente des CSSS sont également des facteurs de risque autant présents dans cette étude que dans la littérature scientifique (Baker, 2003; Neuman, 2002). Ce type de gestion nuit au travail des intervenants et entrave les communications au sein des établissements entre les différents services. En ce qui concerne leur relation avec leurs partenaires externes, le manque de connaissances de leurs mandats mutuels peut grandement nuire au partenariat interétablissement, comme le soulignent également Vanier et Fortin (1996). Enfin, le manque de rencontres pour soutenir les intervenants dans les organisations est un élément qui affecte le bien-être et la performance au travail des répondants tout comme les professionnels interrogés dans l'étude de Radey et Figley (2007).

6.2 FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

En ce qui a trait aux forces de cette étude, la recension exhaustive des écrits scientifiques a permis de dresser un portrait global des retombées de l'intervention en situation de crise, de tragédie et de sinistre sur les divers intervenants présents dans les services d'urgence dans le monde. Cette revue de la littérature a également permis d'observer dans quels contextes ces intervenants doivent intervenir pendant leur implication en situation de crise et de relever les diverses sources de satisfaction, d'insatisfaction et difficultés vécues, les retombées de ce type d'intervention et les facteurs facilitants ou non leur implication. De plus, suite à l'analyse des résultats de notre étude, il nous a été possible de constater que la réalité des intervenants des CSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean est semblable à celle de leurs confrères dans diverses organisations dans le monde. Cette concordance des faits consolide le bien-fondé de cette étude ainsi que la nécessité d'accorder de l'importance à cette réalité. Les résultats nous ont aussi permis d'obtenir des informations sur les aspects positifs de l'intervention en situation de crise encore peu observés dans la littérature existante. Cette étude est alors un ajout intéressant aux écrits scientifiques sur le sujet, particulièrement concernant la documentation des sources de satisfaction, des retombées positives et des facteurs facilitant l'implication des intervenants sociaux en situation de crise. Enfin, la multiplicité des thèmes abordés et le fait d'avoir limité la recherche dans une région donnée ont permis de décrire fidèlement le vécu des intervenants dans les services d'urgence des CSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean.

En ce qui concerne les limites de l'étude, puisqu'il s'agit d'une étude exploratoire, celle-ci ne permet pas une généralisation des résultats à l'ensemble des CSSS du Québec. En fait, d'autres facteurs empêchent l'extrapolation des résultats. La variable du genre avec un nombre beaucoup plus élevé de femmes (n=20) que d'hommes (n=5) ayant participé à la présente étude ne permet pas non plus de généraliser les résultats à l'ensemble des intervenants oeuvrant en situation de crise, de tragédie ou de sinistre puisqu'il est possible que la réalité des femmes soit différente de celles des hommes dans un même contexte d'intervention (Sprang, Clark, & Whitt-woosley, 2007). De même que l'âge des intervenants avec un nombre plus élevé d'intervenants âgés entre 40 à 51 ans est une autre limite, car les changements intergénérationnels et les périodes de vie (jeune adulte, maternité/paternité, retraite) peuvent teinter le vécu des intervenants dans leur implication en situation de crise (Brissette, 2008). Le niveau d'expérience

professionnelle et le nombre d'années de pratique en intervention de crise peuvent également influencer le vécu de chaque intervenant (Pearlman & Mac Ian, 1995). L'unicité de chaque personne et de chaque situation engendre des contextes différents à chaque intervention puisque chaque personne et situation est différente. Il est également important de souligner que la localisation géographique de certains des répondants, c'est-à-dire dans une région rurale au Québec, fait en sorte que les situations de crise seront particulières à cet endroit et ne sont pas comparables aux situations rencontrées dans d'autres pays ayant des écosystèmes différents ou dans des milieux urbains davantage peuplés. Aussi, le milieu institutionnel dans lequel ces intervenants doivent intervenir est également très particulier et peut être différent. Par exemple, des milieux communautaires où d'autres professionnels ont également à intervenir en situation de crise, mais avec des procédures, des directives et des encadrements différents. Enfin, en plus de ces divers facteurs qui empêchent la généralisation des résultats, le facteur de la désirabilité sociale est également à considérer. En effet, il est possible de penser que certains intervenants ont pu atténuer ou accentuer leurs propos afin de ne pas déplaire aux différents membres du groupe et du personnel de recherche. De plus, l'étude n'est pas en mesure de rendre compte des opinions de ceux dont la charge de travail les a empêchés de participer.

6.3 CONTRIBUTION DE L'ÉTUDE POUR LA PRATIQUE EN TRAVAIL SOCIAL ET PERSPECTIVES FUTURES

Malgré les limites de la présente étude, sa contribution est non négligeable pour la pratique en travail social, car elle apporte davantage de connaissances sur un sujet encore peu documenté au Québec. Les résultats de cette étude peuvent être utiles pour les intervenants psychosociaux ayant à intervenir en situation de crise, de tragédie et de sinistre, car ce projet de recherche a permis de répertorier les principales sources de satisfaction et d'insatisfaction ainsi que les difficultés vécues par les intervenants lors d'événements traumatiques, les retombées de ce type d'intervention et les facteurs qui facilitent ou non leur travail. Cette étude pourrait donc être utilisée comme un outil de référence pour les professionnels francophones qui n'ont pas nécessairement accès à la littérature anglophone dans ce domaine. Puisque plusieurs professionnels apprécient leur travail lorsqu'ils ont à intervenir en situation de crise, malgré les risques importants de vivre des retombées négatives de ce type d'intervention, il est important que les éléments nuisant à leur travail soient identifiés et reconnus par leurs supérieurs afin qu'ils soient enrayerés pour promouvoir les éléments favorisant leur implication. Il devient donc

impératif de conscientiser les employeurs à leur réalité afin que ces derniers les soutiennent avant, pendant et après leur implication lors d'événements traumatiques. L'implantation de protocoles d'intervention clairs et précis, le respect de l'application de ces protocoles par l'ensemble du personnel des CSSS et de leurs partenaires, l'instauration de rencontres de supervision et de soutien formelles telles que le débriefing opérationnel et psychologique sont sans aucun doute des moyens concrets que les institutions doivent envisager de mettre en place afin d'appuyer leurs professionnels. Cette étude permet également aux employeurs, aux gestionnaires et aux partenaires des intervenants psychosociaux de se sensibiliser à leur vécu ainsi qu'à leurs mandats dans le contexte d'intervention en situation de crise.

De plus, les intervenants ont mentionné que cette étude leur a permis de partager leur vécu et de prendre conscience de la normalité des retombées possibles de ce type d'intervention sur eux-mêmes. Les diverses recommandations concrètes qui ont été recueillies seront transmises aux CSSS de cette région afin de bonifier leur travail au sein de leur propre établissement. En somme, cette étude a permis de recueillir davantage d'informations sur un sujet encore peu documenté et de développer un nouveau regard sur la réalité de ces professionnels travaillant au sein des services d'urgence des CSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean.

En ce qui concerne les perspectives futures, il serait intéressant de comparer les résultats de ce projet de recherche avec les résultats de l'étude de Maltais, Lachance et Gauthier (2009) qui inclue un échantillon plus large d'intervenants plusieurs autres CSSS du Québec afin d'identifier les ressemblances et les divergences des réalités vécues au sein ces différents établissements. D'autres projets de recherche pourraient également être développés portant sur le même thème, mais en ayant des critères d'inclusion plus spécifiques (ex. : même genre ou même groupe d'âge) en comparant les résultats en ce qui a trait aux différents genres, groupes d'âge, niveaux d'expérience en situation de crise et différents services d'urgence dans les institutions. Toujours en conservant les mêmes objectifs de l'étude, de nouveaux projets pourraient également être développés en comparant les services d'urgence offerts par les organismes publics à ceux offerts par les organismes communautaires, la réalité des intervenants au Québec comparativement à celle des diverses provinces du Canada et autres pays ainsi que les milieux ruraux comparativement aux communautés urbaines. De plus, divers éléments pourraient être

davantage approfondis dans de nouvelles recherches telles que la relation entre les formations et les niveaux de fatigue de compassion et de satisfaction par la compassion chez les intervenants, les retombées du débriefing opérationnel et psychologique sur la performance au travail des professionnels, les interrelations entre la satisfaction par la compassion au travail et la fatigue de compassion et les retombées de l'intervention en situation de crise sur les intervenants non volontaires comparativement à ceux volontaires.

CONCLUSION

*En avion, lors de complications,
les passagers sont priés d'ajuster leurs propres masques à oxygène
avant de porter secours à une personne qui a besoin d'aide (...)*

Geller, Madsen et Ohrenstein (2004)

Les valeurs imposantes de notre société actuelle telles que la productivité, l'efficacité, le rendement et la prospérité sont des valeurs inoffensives, voire même positives, lorsqu'elles sont appliquées dans un milieu équilibré avec modération. Malheureusement, le monde du travail occidental est généralement davantage excessif exigeant sans cesse des travailleurs qu'ils repoussent leurs limites. Les organisations ayant à offrir des services psychosociaux de crise devraient être intéressées à conserver et à renforcer leurs plus précieuses ressources : les employés (Pasupuleti et al., 2009). L'intervention en situation de crise est un type d'intervention qui demande beaucoup d'énergie aux professionnels et exige de repousser leurs limites. Malgré les nombreuses retombées négatives que peut engendrer ce type d'intervention sur leur santé biopsychosociale et leur performance au travail, de nombreuses retombées positives ont également été relevées lors des entrevues de groupe ce qui nous amène à croire que l'intervention en situation de crise a le potentiel de combler leur besoin d'accomplissement professionnel et peut être une source de satisfaction lorsque la concomitance de plusieurs facteurs de protection est présente. La présente étude a contribué au développement des connaissances en apportant des informations sur les sources de satisfaction, d'insatisfaction et les difficultés vécues, les retombées et les facteurs de protection favorisant la satisfaction par la compassion et de risque pouvant engendrer la fatigue de compassion liées à ce type de travail.

Encore aujourd'hui, les retombées de l'intervention en situation de crise sur les professionnels ne sont pas de notoriété publique et sont parfois taboues ou mal perçues dans les établissements de santé et des services sociaux. Sans contredit, cette étude a pourtant démontré que les retombées de l'intervention en situation, autant positives que négatives, sont bien présentes chez les intervenants ayant à travailler lors d'événements traumatiques. C'est pourquoi

il est important que la recherche dans le domaine se poursuive afin de briser les murs du silence et conscientiser le monde du travail à leur vécu. De plus, le manque d'études portant sur l'expérience des intervenants psychosociaux travaillant avec des victimes de traumatismes fait obstacle à leur capacité à vraiment apprécier le processus de changement de leurs clients (Hernández, Engstrom, & Gangsei, 2010). En outre, cette étude a permis d'amorcer une réflexion au sein du monde scientifique quant au vécu de ces professionnels en contexte de crise au Saguenay-Lac-Saint-Jean. Cette dernière peut être utilisée pour sensibiliser les professionnels concernés par ce type d'intervention, ainsi qu'aux réalités qui s'en approchent, et les résultats peuvent également servir aux employeurs afin de développer des services de soutien plus adaptés aux intervenants travaillant en situation de crise. Entre la satisfaction par la compassion et la fatigue de compassion, les intervenants ont le défi de préserver leur santé biopsychosociale, d'assurer les services d'urgence et d'ajuster leurs attentes en fonction des réalités de ce type d'intervention.

BIBLIOGRAPHIE

Ackerley, G.D. Burnell, J. Holder, D.C. & Kurdek, L.A. (1988). Burnout among licensed psychologists, *Professional Psychology: Research and Practice*, 79, 624-631.

Adams, K.B. Matto, H.C. & Harrington, D. (2001). The traumatic stress institute belief scale as a measure of vicarious trauma in a national sample of clinical social workers. *Families in Society*, 82(4), 363-371.

Agaibi, C.E. & Wilson, J.P. (2005). Trauma, PTSD, and resilience: A review of the literature. *Trauma Violence & Abuse*, 6(3), 195-216.

Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, (ASSS) (2011). *Plan d'action régional en planification de la main-d'oeuvre (PMO) 2011-2014*.

http://www.santesaglac.gouv.qc.ca/6816_fr.html

Aldwin, C.M. (1999). *Stress, coping, and development: An integrative approach*. New York: Guilford.

Alexander, D.A. (1990). Psychological Intervention for victims and helpers after Disasters, *British Journal of General Practice*, 345-348.

Alexander, D.A. (2005). Early mental health intervention after disasters. *Alexander Advances in Psychiatric Treatment*, 11, 12-18.

Alkema, K. Linton, J.M. & Davies, R. (2008). A study of the relationship between self-care, compassion satisfaction, compassion fatigue and burnout among hospice professionals, *Journal of Social Work in End-of-Life et Palliative Care*, 4(2), 101-119.

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, Capella University, 118 p.

Allen, B. Brymer, M.J. Steinberg, A.M. Vernberg, E.M. Jacobs, A. Speier, A.H. & Pynoos, R.S. (2010). Perceptions of Psychological First Aid Among Providers Responding to Hurricanes Gustav and Ike, *Journal of Traumatic Stress*, 23(4), 509-513.

Alridge, M. (1990). Social work and the news media: a hopeless case?, *British Journal of Social Work*, 20, pp. 611-625.

Altman, N. & Davies, J.M. (2002). Out of the blue: Reflections on a shared trauma. *Psychoanalytic Dialogues*, 12(3), 359-360.

Armstrong, K.R. O'Callahan, W. & Marmar, C.R. (1991). Debriefing red cross disaster personnel : the multiple stressor debriefing model, *Journal of traumatic stress*, 4(4), 581-593.

Andreoli, A. Lalive, J. & Garrone, G. (1986). *Crise et intervention de crise en psychiatrie*. Paris: SIMEP.

Argent, (2012). Fermeture de l'usine Novelis : aucune explication.

<http://argent.canoe.ca/nouvelles/affaires/fermeture-usine-novelis-aucune-explication-13042012>

Arnold, D. Calhoun, L.G. Tedeschi, R. & Cann, A. (2005). Vicarious posttraumatic growth in psychotherapy. *The Journal of Humanistic Psychology*, 45(2), 239.

Arvay, M.J. (2001). Secondary traumatic stress among trauma counsellors: What does the research say? *International Journal for the Advancement of Counselling*, 23, 283–293.

Arvay, M.J. & Uhlemann, M.R. (1996). Counsellor stress in the field of trauma: A preliminary study. *Canadian Journal of Counselling*, 30, 193–210.

Astin, M. (1997). Traumatic therapy: How helping rape victims affects me as a therapist. *Women et Therapy*, 20, 101–109.

Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux, (2006). Les travailleurs sociaux du secteur de la santé, les conditions de travail et autres sujets connexes, *Une revue de littérature*.

Bacchetta, J.-P. Zanello, A. Varnier, M. Stebler, E. Safran, E., Bertschy, G. & Merlo, M.C.G. (2009). Développement des centres de crise à Genève: Impact sur les hospitalisations, *Schweizer Archiv Fürneurologie psychiatrie*, 160 (3), p.116-121.

Badger, K. Royse, D. & Craig, C. (2008). Hospital social workers and indirect trauma exposure: An exploratory study of contributing factors. *Journal of Health and Social Work*, 33 (1), 63-71.

Baker, G. (1993). The implications of program management for professionals and managerial roles. *Physiotherapy Canada*, 43(4), 221-224.

Balon, R. (2007). Encountering patient suicide: The need for guidelines. *Academic Psychiatry*, 31, 336–337.

Bandura, A. (1997). *Sel-efficacy: The Exercise of Control*, New York, Freeman.

Baldwin, J. (1963). *The fire next time*. New York: Dial Press.

Baranowsky, A.B. (2002). The silencing response in clinical practice: On the road to dialogue. In C. R. Figley (Ed.), *Treating compassion fatigue* (pp. 155–170). New York: Brunner-Routledge.

Barnett, R.C. & Shen, Y.C. (1997). Gender, high and low schedule control housework tasks, and psychological distress: A study of dual-earner couples. *Journal of Family Issues*, 18, 403-428.

- Bartone, P.T. Ursano, R.J. Wright, K.W. & Ingraham, L.H. (1989). The impact of a military air disaster on the health of assistance workers: A prospective study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 317-328.
- Batten, V. & Orsillo, M. (2002). Psychotherapist reactions in the context of collective trauma. *Behavioural Psychotherapist*, 25, 36–40.
- Baum, N. (2012). Trap of Conflicting Needs: Helping Professionals in the Wake of a Shared traumatic reality. *Clinical Social Work Journal*, 40, 37-45.
- Baum, A. Solomon, R.J. & Ursano, R.S. (1993). Emergency/Disaster Studies-Practical, Conceptual and Methodological Issues. In J. P. W. e. B. Raphael (Eds.), *International Handbook of traumatic stress syndromes*, (pp.125-133). New York and London: Plenum Press.
- Bauwens, J. (2012). *Clinicians' posttraumatic growth following Hurricane Katrina: The influence of life events, professional quality of life and primary and secondary traumatic stress*, Dissertation, New York University School of Social Work, 181p.
- Beaton, R.D. & Murphy, S.A. (1995). Working with people in crisis: Research implications. In C.R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp.51-81). New York: Brunner/Mazel.
- Belter, R.W. & Shannon, M.P. (1993). Impact of natural disasters on children and families In F.S. Conway (Eds.), *Children and Disasters*, 85-103. South California, Charleston.
- Ben-Zur, H. & Michael, K. (2007). Burnout, Social Support, and Coping at Work Among Social Workers, Psychologists, and Nurses, *Social Work in Health Care*, 45:4, 63-82
- Berah, E.H.J. & Valent, P. (1984). The experience of a mental health team involved in the early phase of a disaster, *Australia New Zealand Journal of Psychiatry*, 18, 354-358p.
- Berger, H. (2001). Trauma and the therapist. In T. Spiers (Ed.), *Trauma: A practitioner's guide to counseling* (pp. 189–212). New York: Brunner/Routledge.
- Bertaux, D. (1997). *Les récits de vie : perspective ethnosociologique*. Paris : Masson.
- Berteaux, R. (2002). Défense de la qualification et de la compétence. Dans M. Chauvière et D. Tronche (Eds.), *Qualifier le travail social: Dynamique professionnelle et qualité de service* (pp.79-85). Paris: Dunod.
- Bertaux-Wiame, I. (1992). Analyse du récit de vie et paradigme indiciaire. Dans C. Leomant. (Éd.), *L'histoire de vie*. Vaucresson: Centre de recherches interdisciplinaires.
- Berzoff, J. & Kita, E. (2010). Compassion Fatigue and Countertransference: Two Different Concepts, *Clinical Social Work Journal*, 38, 341-349.

- Beyea, S. (2000). Collecting, analysing, and interpreting focus group data. *AORN Journal*, 71(6), 1278-1283.
- Bhushan, B. & Hussain, D. (2007). Posttraumatic growth: Theory, research, and issues. *Psychological Studies*, 52, 45–53.
- Bhushan, B. & Kumar, J.S. (2012). A Study of Posttraumatic Stress and Growth in Tsunami Relief Volunteers, *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress & Coping*, 17(2), 113-124.
- Bilal, M.S. Rana, M.H. Rahim, S. & Ali, S. (2007). Psychological trauma in a relief worker- A case report from earthquake-struck areas of north Pakistan, *Prehospital and Disaster Medicine*, 458-461.
- Birck, A. (2001). Secondary traumatization and burnout in professionals working with torture survivors. *Traumatology*, 7(2), 87-91.
- Blaikie, P. Wisner, B. Cannon, T. & Davis, I. (2004). *At risk: natural hazards, people's vulnerability and disasters*. 2nd eds. London: Routledge.
- Bober, T. & Regehr, C. (2006). Strategies for reducing secondary or vicarious trauma: Do they work? *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 6(1), 1–9.
- Bober, T. Regehr, C. & Zhou, Y.R. (2006). Development of the coping strategies inventory for trauma counselors, *Journal of Loss and Trauma*: Routledge.
- Boscarino, J.A. Figley, C.R. & Adams, R.E. (2004). Compassion fatigue following the september 11 terrorist attacks: A study of secondary trauma among New York City social workers. *International Journal of emergency mental health*, 6 (2), 57-66.
- Boss, P. (1999). *Ambiguous Loss*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Boucher, G. (1995). L'approche par compétence: Au-delà de la compétence, quelque chose comme une synergie. *L'accueil*, 22(4), 7-9.
- Bourassa, D.B. (2009). Compassion Fatigue and the Adult Protective Services Social Worker. *Journal of Gerontological Social Work*, 52, 215-229.
- Boutin, G. (1997). *L'entretien de recherche qualitatif*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Bradford, R. & John, A.M. (1991). The psychological effects of disaster work: Implications for disaster planning. *Journal of the Royal Society of Health*, 111, 107-110.

- Brady, J.L. Guy, J.D. Polestra, P.L. & Brokaw, B.F. (1999). Vicarious traumatization, spirituality, and the treatment of sexual abuse survivors: A national survey of women psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30, 386–393.
- Brahimi, C. Farley, C. Joubert, P. Jobin, L. & Vézina, M. (2011). *L'approche par compétences Un levier de changement des pratiques en santé publique au Québec*, Institut national de la santé publique, Gouvernement du Québec, 110p. <http://www.inspq.qc.ca>
- Brasset, D. (1999). *Comprendre le passé pour mieux vivre le présent; les réactions des intervenants psychosociaux à la suite de l'application des mesures d'urgence*. Université du Québec à Chicoutimi, Chicoutimi
- Bride, B.E. (2004). The impact of providing psychosocial services to traumatized populations. *Stress, Trauma, and Crisis*, 1, 29-46.
- Bride, B.E. (2007). Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Social Work*, 52, 63–70.
- Brissette, L. (2008). Échec au burn-out dix ans plus tard. *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, 14(1), p. 193-199.
- Britt, T.W. Adler, A.B. & Bartone, P.T. (2001). Deriving benefits from stressful events: the role of engagement in meaningful work and hardiness. *Journal of Occupational Health Psychology*. 6(1). p.53–63.
- Browner, C.H. Ellis, K.A. Ford, T. Selsby, J. Tampoya, J. & Yee, C, (1987). Stress, social support, and health of psychiatric technicians in a state facility, *Mental Retardation*, 25, 31-38.
- Brotheridge, C.M. & Grandey, A.A. (2002). Emotional labor and burnout: Comparing two perspectives of 'people work'. *Journal of Vocational Behavior*, 60, 17-39.
- Brown, S.L. Nesse, R.M. Vinokur, A.D. & Smith, D.M. (2003). Providing social support may be more beneficial than receiving it: results from a prospective study of mortality. *Psychological Science*, 14(4), 320-7.
- Bush, N.J. (2009). Compassion fatigue: Are you at risk? *Oncology Nursing Forum*, 36, 24–28.
- Cacciatore, J. Carlson, B. Michaelis, E. Klimek, B. & Steffan, S. (2011). Crisis Intervention by Social Workers in Fire Departments: An Innovative Role for Social Workers, *Social Work*, 56 (1), 81-88.
- Calhoun, L.G. & Tedeschi, R.G. (1998). Posttraumatic growth: Future directions. In R.G. Tedeschi, C.L. Park, and L.G. Calhoun, (Eds.), *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis* (p. 215–238). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Calhoun, L.G. & Tedeschi, R.G. (1999). *Facilitating posttraumatic growth: A clinician's guide*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Campbell, C. & Fahy, T. (2002). The role of the doctor when a patient commits suicide. *Psychiatric Bulletin*, 26, 44 – 49.

Canoe, (2011). Drame familial: triple noyade dans les eaux d'une rivière.
<http://fr.canoe.ca/archives/infos/societe/2011/09/20110924-220208.html>

Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.

Catherall, D.R. (1999). *Coping with secondary traumatic stress: The importance of the therapist's professional peer group*. In B.H. Stamm, Ph.D. (Eds.), *Secondary traumatic stress self-care issues for clinicians, researchers and educators* (2nd eds). (pp.80–94). Baltimore: The Sidran Press.

Cavanaugh, A. (2010). *Ability of clinicians in training to recognize vicarious traumatization : a multiple case study*. Dissertation, Western Michigan University, 284p.

Cardeña, E. Dennis, J.M. Winkel, M. & Skitka, L.J. (2005). A snapshot of terror: Acute posttraumatic responses to the September 11 attack. *Journal of Trauma and Dissociation*, 6, 69-84.

Carver, C.S. (1998). Resilience and thriving: Issues, models, and linkages. *Journal of Social Issues*, 54, 245–266.

Cartwright, D. (1953). Analysis of qualitative materiel. In L. Festinger and D. Katz (Eds), *Research, methods in the behavioral sciences* (pp.421-470). New York : Holt, Rinehart and Winston.

Centre de santé et des services sociaux (CSSS) Cléophas-Claveau, (2012). Rapport annuel 2011-2012. http://www.cssscleophasclaveau.qc.ca/rapport_annuel.html

Centre de santé et des services sociaux (CSSS) de Chicoutimi, (2012). Rapport annuel 2011-2012.
<http://www.csss-chicoutimi.qc.ca/LinkClick.aspx?fileticket=M80c2nLlkPc%3d&tabid=6559&language=fr-CA>

Centre de santé et des services sociaux (CSSS) de Jonquière, (2012). Planification stratégique 2011-2015. <http://www.csssjonquiere.qc.ca/web/document/U477/Plan%20strategique%2011-15.pdf>

Centre de santé et des services sociaux (CSSS) Lac-Saint-Jean-Est, (2012). Planification stratégique 2012-2015.
http://www.santealma.qc.ca/donnees/documents_importants/1/planificationstrategique_2012-2015_version_finale_issn.pdf

- Chemtob, C. M. Hamada, R.S. Bauer, G. Torigoe, R.Y. & Kinney, B. (1988). Patient suicide: Frequency and impact on psychologists. *Professional, Psychology: Research and Practice*, 19, 416–420.
- Cherniss, C. (1980). *Staff Burnout*, Beverly Hills, Sage Publication.
- Chevrier, N. & Renon-Chevrier, S. (2004). L'épuisement professionnel: vers des interventions organisationnelles, *Psychologie Québec*, 39-40.
- Choi, G.A.Y. (2011). Organizational Impacts on the Secondary Traumatic Stress of Social Workers Assisting Family Violence or Sexual Assault Survivors, *Administration in Social Work*, 35(3), 225-242.
- Chrestman, K.R. (1995). Secondary exposure to trauma and selfreported distress among therapists. In: *Secondary Traumatic Stress: Self-Care Issues for Clinicians, Researchers and Educators* (ed Stamm, B.H.). Sidran Press, Lutherville, MD.
- Chrestman, K.R. (1999). Secondary exposure to trauma and self reported distress among therapists. In B.H. Stamm (Eds.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (2nd eds). (pp. 29-36). Lutherville, MD: Sidran.
- Clark M.L. & Gioro S. (1998). Nurses, indirect trauma and prevention. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 30, 85–87.
- Clegg, F. (1988). Disasters: Can helper help the survivors? *Re Psychologist*. 1(4), 134-135.
- Cohen, M. Gagin, R. & Peled-Avram, M. (2006). Multiple terrorist attacks: Compassion fatigue in Israeli social workers, *Traumatology*, 12(4), pp. 293–301.
- Cohen, S. & Wills, T.A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol. Bull.* 98, 310-357.
- Colaizzi, P.F. (1978). Psychological research as the phenomenologist sees it. In R.S. Valle et M. King (Eds.), *Existential-phenomenological alternatives for psychology* (pp. 48-71). New York : Oxford University Press.
- Colarossi, L. Heyman, J. & Phillips, M. (2005). Social workers experiences of the World Trade Center disaster: Stressors and their relationship to symptom types. *Community Mental Health Journal*, 41(2), 185-198.
- Collins, S. & Long, A. (2003a). Too tired to care? The psychological effects of working with trauma. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(1), 17-27.

- Collins, S. & Long, A. (2003b). Working with the psychological effects of trauma: consequences for mental health-care workers – a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(4), 417-424.
- Connelly, S. (1996). Work spirit. *The Family Therapy Networker*, 20(2), 37– 43.
- Connor, K.M. (2006). Assessment of resilience in the aftermath of trauma. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 46-49.
- Conrad, D. & Kellar-Guenther, Y. (2006). Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among Colorado child protection workers, *Child abuse and Neglect*, 30, 1071-1080.
- Coombs, A. (2001). *The living workplace*. Toronto: Warwick Publishing, Inc.
- Cornille, T.A. & Meyers, T.W. (1999). Secondary traumatic stress among child protective service workers: Prevalence, severity and predictive factors. *Traumatology*, 5(1), 3-16.
- Coster, J.S. & Schwebel, M. (1997). Well-functioning in professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28(1), 5-13.
- Courrier du Saguenay, (2013). Incendie majeur sur le boulevard Saint-Paul à Chicoutimi. <http://www.courrierdusaguenay.com/Actualites/Faits-divers/2013-04-28/article-3229157/Incendie-majeur-sur-le-boulevard-Saint-Paul-a-Chicoutimi/1>
- Coverdale, J.H. Roberts, L.W. & Louie, A.K. (2007). Encountering patient suicide: Emotional responses, ethics, and implications for training. *Academic Psychiatry*, 31, 329–332.
- Craig, C.D. & Sprang, G. (2010). Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists, *Anxiety, Stress and Coping*, 23(3), 319-339.
- Creamer, T.L. (2002). *Secondary trauma and coping processes among disaster mental health workers responding to the September 11th attacks*. Unpublished doctoral dissertation, Auburn University, Auburn, Alabama.
- Creamer, T.L. & Liddle, B.J. (2005). Secondary Traumatic Stress Among Disaster Mental Health Workers Responding to the September 11 Attacks, *Journal of Traumatic Stress: John Wiley et Sons, Inc.*
- Crocq, L. (1999). *Les traumatismes psychiques de guerre*. Odile Jacob. Paris.
- Cronin, M.S. Ryan, D.M. & Brier, D. (2007). Support staff working in disaster situation; a social work perspective. *International social work*, 50(3), 370-382.
- Culver, L. McKinney, B. & Paradise, L. (2011). Mental Health Professionals Experiences of Vicarious Traumatization in Post-Hurricane Katrina New Orleans, *Journal of Loss and Trauma*, 16(1), 33-42.

- Cunningham, M. (2003). Impact of trauma work on social work clinicians: Empirical findings. *Social Work, 48*, 451–459.
- Dalton, J.H. (2013). *Environmental Work Factors and psychotherapists' perceived stress level*, Dissertation, Regent University, 113p.
- Daly, E.S. Gulliver, S.B. Zimering, R.T. Knight, J. Kamholz, B.W. & Morissette, S.B. (2008). Disaster Mental Health Workers Responding to Ground Zero: One Year Later, *Journal of Traumatic Stress, 227–230*.
- Dane, B. & Chachkes, E. (2001). The cost of caring for patients with an illness: Contagion to the social worker. *Social Work in Health Care, 33*(2), 31–51.
- Darrow, R. (2008). Therapists' experience of secondary trauma: Influence of trauma type and social support. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 69*(3-B), 1948.
- Davis, J.A. (1996). Sadness, tragedy and mass disaster in Oklahoma City: providing critical incident stress debriefing to a community in crisis. *Accident and Emergency Nursing, 4*, 59–64.
- De Beauvoir, S. (1947). Dans : *Pour une morale de l'ambiguïté*, (2003). Ed. Gallimard, France, 316p.
- De Coulon, N. & Von Oberbeck Ottino, S. (1999). *La crise: stratégies d'intervention thérapeutique en psychiatrie*. Paris: Morin.
- Deighton, R.M. Gurriss, N. & Traue, H. (2007). Factors affecting burnout and compassion fatigue in psychotherapists treating torture survivors: Is the therapist's attitude to working through trauma relevant? *Journal of Traumatic Stress, 20*, 63-75.
- Dekel, R. & Baum, N. (2010). Intervention in shared traumatic reality: A new challenge for social workers, *British Journal of Social Work, 40*, 1927–1944.
- Deschenaux, F. & Bourdon, S. (2005). *Introduction à l'analyse informatisée à l'aide du logiciel QSR NVivo 2.0*, Les cahiers pédagogiques de l'Association pour la recherche qualitative. Trois-Rivières : Association pour la recherche qualitative.
- DeSimone, C.L. (2009). Response of public health workers to various emergencies, *AAOHN, 57* (1), 17-23.
- Deslauriers, J.P. (1991). *Recherche qualitative : Guide de pratique*, McGraw-Hill, 142.
- Dickinson, L. (2009). *An examination of the factors affecting organizational citizenship behaviour*. Theses. University of Tennessee at Chattanooga.

Doman, M.M. (2010). *Compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction and subjective happiness in mental health providers*, Dissertation, University of La Verne.

Donovan, N. & Halpern, D. (2002). Life satisfaction: The state of knowledge and implications for government. <http://www.cabinetoffice.gov.uk/media/cabinetoffice/strategy/assets/paper.pdf>

Duchesne, S. & Haegel, F. (2013). *L'entretien collectif, L'enquête et les méthodes*, Armand Colin, France, 126p.

Dunkley, J. & Whelan, T.A. (2006). Vicarious traumatization: Current status and future directions. *British Journal of Guidance and Counseling*, 34(1), 107–116.

Dutton, M.A. & Rubinstein, F.L. (1995). Working with People with PTSD: Research Implications. In C.R. Figley (Eds.), *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those who Treat the Traumatized*. (pp. 82-100). New York : Brunner/Mazel Publishers.

Dyregrov, A. Kristoffersen, J.I. & Gjestad, R. (1996). Voluntary and professional disaster-workers. Similarities and differences in reactions. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 541–555.

Eidelson, R.J. D'Alessio, G.R. & Eidelson, J.I. (2003). The impact of September 11 on psychologists, *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(2), 144–50.

Eidt, D.W. (2006). Coping with stress during disaster response: Anecdotal evidence from EA professionals who helped victims of Hurricane Katrina suggests that paying more attention to job satisfaction may help reduce the impact of burnout and stress.

Eisenstat, R.A. & Felner, R.D. (1984). Toward a differentiated view of burnout: personal and organizational mediators of job satisfaction and stress, *American Journal of Community Psychology*, 12, 411-43.

Ell, K. (1996). Crisis theory and social work practice. In F.J.Turner (Ed.), *Social work treatment* (pp. 168—190). New York: Free Press.

Enzler, S.M. (2009). Caractéristiques, origine, applications et effets des combustibles fossiles; <http://www.lenntech.fr/effet-de-serre/combustible-fossile.htm>

Epstein, L. (1979). *Countertransference*. New York: Aronson.

Erickson, E. (1959). *Some considerations regarding theory and assessment relevant to attachment beyond infancy*. Chicago: University of Chicago Press.

Errington, G. (1989). Stress among disaster nurses and relief workers. *International Nursing Review*, 36(3), 90–92.

Evans, S. Huxley, P. Gately, C. Webber, M. Mears, A. Pajak, S. Medina, J. Kendall, T. & Katona, C. (2006). Mental health, burnout and job satisfaction among mental health social workers in England and Wales, *British Journal of Psychiatry*, 188, 75-80.

Everly, G.S. & Mitchell, J.T. (1997). *A primer on critical incident stress management*. Retrieved from http://www.icisf.org/inew_era.htm

Farber, B.A. & Heifetz, L.J. (1981). The satisfactions and stresses of psychotherapeutic work: a factor analytic study, *Professional Psychology*, 12, 621-630.

Farchi, M. Cohen, A. & Mosek, A. (2014). Developing Specific Self-Efficacy and Resilience as First Responders among Students of Social Work and Stress and Trauma Studies. *Journal Of Teaching In Social Work*, 34(2), 129-146.

Faucher, G. (2001). Les coûts économiques de catastrophes récentes subies par le Québec, *Revue trimestrielle*, 8-16.

Ferdinand, D. (2011). *Examining the risk and resiliency factors associated with the development of secondary traumatic stress in mental health practioners*, Dissertation. Boston University, 129p.

Ferris, D.L. Lian, H. Brown, D.J. Pang, X.J. & Keeping, L.M. (2010). Self-esteem and job performance: The moderating role of self-esteem contingencies. *Personnel Psychology*, 63, 561-593.

Figley, C.R. (1995a). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview, In C.Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp.1-20). New York: Brunner/Mazel.

Figley, C.R. (1995b). *Compassion fatigue; coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner/Mazel.

Figley, C.R. (1999). Police Compassion Fatigue (PCF): Theory, Research, Assessment, Treatment, and Prevention. In J. Violenti (Eds.), *Police Trauma : Psychological Aftermath of Civilian Combat*. Charles C. Thomas Publishing, Springfield, Illinois.

Figley, C.R. (2002a). Compassion fatigue: psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1433–1441.

Figley, C.R. (2002b). *Treating Compassion Fatigue*. In the Psychosocial Stress Book Series. New York : Brunner-Rutledge. Review in Journal of Trauma Practice.

Flûck, C.I. & Le Brun Choquet, C. (1992). *Développer les emplois et les compétences*, Paris, INSEP Editions.

- Flynn Saulnier, C. (2000). Group as data collection method and data analysis technique. *Small group research*, 31(5), 607-627.
- Folch-Lyon, E. & Troist, J.F. (1981). Conducting focus groups sessions. *Studies in Family Planning*, 12, 443-449.
- Follette, V.M. Polusny, M.M. & Milbeck, K. (1994). Mental health and law enforcement professionals: Trauma history, psychological symptoms, and impact of providing services to child sexual abuse survivors. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25, 275–282.
- Ford, D. (2009). *Junior clinical psychologists' experience of processing the death of a therapy client, from a cause other than suicide: A qualitative study*. Unpublished doctoral dissertation, University of Hertfordshire.
- Forest, J. (2005). *Vérification de l'effet de la passion et satisfaction des besoins de base sur la performance, le bien-être psychologique, la détresse psychologique, l'état de flow et la vitalité subjective au travail*. Thèse de doctorat, Département de Psychologie, Université de Montréal.
- Forest, J. (2008). Si le travail est plaisir, la vie sera joie. *Psychologie Québec*, 25, 25-28.
- Fortin, M.F. Côté, J. & Fillion, F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelières Éducation.
- Foscha, D. (2001). Trauma reveals the roots of resilience. *Constructivism in the Human Sciences*, 6(1/2), 7-15.
- Fox, R. & Cooper, M. (1998). The effects of suicide on the private practitioner: A professional and personal perspective. *Clinical Social Work Journal*, 26, 143–157.
- Fraidlin, N.J. & Rabin, B.J. (2006). Social workers confront terrorist victims: The interventions and the difficulties. *Social Work in Health Care*, 43(2), 115-130.
- Frankland, J. & Bloor, M. (1999). Some issues arising in the systematic analysis of focus group materials. In R.S. Barbour and Kitzinger, J. (Eds). *Developing group research* (pp.144-155). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Fredrickson, B.L. & Losada, M.F. (2005). Positive affect and the complex dynamics of human flourishing. *American Psychologist*, 60(7), 678-686.
- Freund, A. (2005). Commitment and job satisfaction as predictors of turnover intentions among welfare workers. *Administration in Social Work*, 29(2), 5-21.
- Friedman, R. (2002). The importance of helping the helper. National Child Welfare Resource Center for Family-Centered Practice. *Best Practice/Next Practice*, 3(1), 16–21.

- Friedman, M.J. Keane, T.M. & Resick, P.A. (2007). *Handbook of PTSD: Science and practice*. New York, NY: Guilford.
- Friesen, D. & Sarros, J.C. (1989). Sources of burnout among educators, *Journal of Organizational Behavior*, *10*, 179-188.
- Fryer, G.E.Jr. Miyoshi, T. & Thomas, P.J. (1989). The relationship of child protection worker attitudes to attrition from the field. *Child Abuse & Neglect*, *13*, 345–350.
- Fullerton, C.S. Mc. Carroll, J. Ursano, R. & Wright, K. (1992). Psychological responses of rescue workers; fire fighters and trauma, *American journal of orthopsychiatric*, *62*(3).
- Fullerton, C.S. Ursano, R.J. & Wang, L. (2004). Acute Stress Disorder, Posttraumatic Stress Disorder, and Depression in Disaster or Rescue Workers, *American journal psychiatry*, *161*, 1370-1376.
- Gangsei, (2011). *Vicarious Trauma, Vicarious Resilience and Self-Care*, Essay, Helping Torture Survivors Heal; <http://www.healtorture.org/content/vicarious-trauma-vicarious-resilience-and-self-care>.
- Gauthier, S. (2006). *Le processus de résilience sociale chez les jeunes adultes ayant vécu un traumatisme lors de leur adolescence*. Université du Québec à Chicoutimi, Saguenay.
- Geller, J. Madsen, L. & Ohrenstein, L. (2004). Secondary trauma: A team approach. *Clinical Social Work Journal*, *32*, 415–430.
- Gellis, Z. (2002). Coping with occupational stress in healthcare: A comparison of social workers and nurses. *Administration in Social Work*, *26*(3), 37-52.
- Gentry, J.E. Baggerly, J. & Baranowsky, A. (2004). Training-as-treatment: effectiveness of the certified compassion fatigue specialist training, *International Journal of Emergency Mental Health*, *6*(3), 147-155.
- Gentry, J. Baranowsky, A. & Dunning, K. (2002). The accelerated recovery program for compassion fatigue. In C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue II: Treating compassion fatigue*. New York: Brunner/Mazel.
- Ghahramanlou, M.A. & Brodbeck, C. (2000). Predictors of secondary trauma in sexual assault trauma counselors. *International Journal of Emergency Mental Health*, *2*, 229–240.
- Gibbons, S. Murphy, D. & Joseph, S. (2011). Countertransference and positive growth in social workers, *Journal of Social Work Practice: Psychotherapeutic Approaches in Health, Welfare and the Community*, *25*(1), 17-30.

- Gilbert, P. & Proctor, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13(6), 353-379.
- Gilboa, S. Shirom, A. Fried, Y. & Cooper, C. (2008). A meta-analysis of work demand stressors and job performance: Examining main and moderating effects. *Personnel Psychology*, 61, 227-271.
- Gitlin, M. (2007). Aftermath of a tragedy: Reaction of psychiatrists to patient suicides. *Psychiatric Annals*, 37, 684–687.
- Gladstein, G.A. (1983). Understanding empathy: Integrating counseling, developmental, and social psychology perspectives. *Journal of Counseling Psychology*, 30(4), 467-482.
- Gleason-Wynn, P. & Mindel, C. (1999). A proposed model for predicting job satisfaction among nursing home social workers. *Journal of Gerontological Social Work*, 32, 65-79.
- Golden, L.L. Jones, R.T. & Donlon, K. (2014). Delayed Treatment Seeking Following the April 16th Shootings at Virginia Tech: Impact on a First Responder. *Clinical Case Studies*, 13(5), 391-404.
- Gough, D.L. (2007). Empathizing or falling in the river? Avoiding and addressing compassion fatigue among service providers. *Journal of the American Deafness and Rehabilitation Association*, 40, 13–25.
- Grant, A.M. (2008). Does intrinsic motivation fuel the prosocial fire? Motivational synergy in predicting persistence, performance, and productivity. *Journal of applied psychology*, 93, 48-58.
- Gregorian, C. (2005). A career in hospital social work: Do you have what it takes?. *Social Work in Health Care*, 40(3), 1-14.
- Greenbaum, T. (1998). Ten tips for running successful focus groups. *Marketing News*, 25-26.
- Guat Tin, N.G. (2012). Disaster Work in China: Tasks and Competences for Social Workers, *Social Work Education: The International Journal*, 31(5), 538-556.
- Guha-Sapir, D. Hoyois, P. & Below, R. (2014). *Annual Disaster Statistical Review 2013, The numbers and trends*, Centre for Research on the Epidemiology of Disasters (CRED).
- Guha-Sapir, D. Vos, F. Rodriguez, J. Below, R. & Poserre, S. (2011). *Annual Disaster Statistical Review 2010, The numbers and trends*, Centre for Research on the Epidemiology of Disasters (CRED).
- Hacking, I. (1999). *The social construction of what?* Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Hanson, M. Phillips, M. Chazin, R. & Grishayeva, I. (2005). Cross-national teaching and learning: implications for social work, *Social Work Education, 24*(2), 157–168.
- Harbert, K. & Hunsinger, M. (1991). The impact of traumatic stress reactions on caregivers. *Journal of the American Academy of Physician Assistants, 4*, 384–394.
- Harley, L. (2012). Emergency preparedness: Are You Ready? *Exchange Magazine, march/april 2012*, 86-89.
- Harrington, D. Bean, N. Pintello, D. & Mathews, D. (2001). Job satisfaction and burnout: Predictors of intentions to leave a job in a military setting. *Administration in Social Work, 25*, 1–16.
- Harrison, W.D. (1980). Role strain and burnout in child protective service workers, *Social Science Review, 54*, 31-44.
- Harrison, R.L. & Westwood, M.J. (2009). Preventing vicarious traumatization of mental health therapists: identifying protective practices *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training, 46*, 203-219.
- Hartsough, D. & Myers, D. (1985). *Disaster work and mental health: Prevention and control of stress among workers*. Washington, D.C.: National Institute of Mental Health, Center for Mental Health Studies of Emergencies.
- Hasida, B. & Keren, M. (2008). Burnout, Social Support, and Coping at Work Among Social Workers, Psychologists, and Nurses. *Social Work in Health Care, 45*(4), 63-82.
- Hawkins, P. & Shohet, R. (1980). *Supervision in the helping professions*. Milton Keynes, UK: Open University Press.
- Hearns, A. & Deeny, P. (2007). The value of support for aid workers in complex emergencies: A phenomenological study. *Disaster Management and Response, 5*(2), 28-35.
- Hendin, H. Lipschitz, A. Maltzberger, J.T. Haas, A.P. & Wynecoop, S. (2000). Therapists' reactions to patients' suicides. *American Journal of Psychiatry, 157*, 2022–2027.
- Herman, J.L. (1992). *Chapter 7: A healing relationship. In Trauma and recovery: The aftermath of violence – from domestic abuse to political terror*. New York : Basic Books.
- Hernandez, P. Gangsei, D. & Engstrom, D. (2007). Vicarious resilience: A new concept in work with those who survive trauma. *Family Process, 46*, 229–241.
- Hernandez, P. Engstrom, D. & Gangsei, D. (2010). Exploring the impact of trauma on therapists: Vicarious resilience and related concepts in training. *Journal of Systemic Therapies, 29*(1), 67–83.

Hesse, A.R. (2002). Secondary Trauma: How Working with Trauma Survivors Affects Therapists. *Clinical Social Work Journal*, 30 (3), 293-309.

Himle, D.P. Jayaratne, S. & Thyness, P. (1991). Buffering effects of four social support types on burnout among social workers, *Social Work Research and Abstracts*, 27, 22-27.

Hiscott, R.D. & Connop, P.J. (1989). Job stress and occupational burnout: gender differences among mental health professionals, *Social Service Review*, 74, 10-15.

Ho, V.T. Wong, S.S. & Lee, C.H. (2011). A tale of passion: Linking job passion and cognitive engagement to employee work performance. *Journal of Management Studies*, 48, 26-47.

Hoare, J. Smyth, I. & Sweetman, C. (2012). Introduction: post-disaster humanitarian work. *Gender et Development*, 20(2), 205-217.

Hodgkinson, P.E. (1989). Technological disaster-Survival and bereavement. *Social Science and Medicine*, 29, 351-356.

Hodgkinson, P.E. & Shepherd, M.A. (1994). The impact of disaster support work. *Journal of Traumatic Stress*, 7, 587-600.

Hodgkinson, P.E. & Stewart, M. (1998). *Coping with catastrophe: A handbook of post-disaster psychosocial aftercare*. 2nd edition. Routledge. London. 209.

Horowitz, M.J. Wilner, N. & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale; a measure of subjective stress, *Psychosomatic in medicine*, 41(3), 209-218.

Hossain, F. (2011). Disaster management in Bangladesh: regulatory and social work perspectives, *Journal of Comparative Social Welfare*, 27(1), 91-101.

Houfort, N. Koestner, R. Vallerand, R.J. & Blanchard, C.B. (2003). *Passion at work: A look at psychological adjustment*. Document inédit, Université McGill.

Hourani, L.L. Williams, T.V. & Kress, A.M. (2006). Stress, mental health, and job performance among active duty military personnel: Findings from the 2002 Department of Defense health-related behaviors survey. *Military Medicine*, 171(9), 849-856.

Howe, E.G. (2012). What Legal Risks Should Mental Health Care Providers Take During Disasters? *Psychiatry*, 75(4), 323-330.

Hyatt-Burkhart, D. (2011). *The lived experience of mental health workers in a residential treatment facility who work with multiply traumatized children and self-identify as experiencing vicarious trauma and compassion satisfaction*, Dissertation, Duquesne University, 266p.

Hyman, O. (2004). Perceived Social Support and Secondary Traumatic Stress Symptoms in Emergency Responders, *Journal of Traumatic Stress*: John Wiley and Sons, Inc.

Ilfie, G. & Steed, L.G. (2000). Exploring the counselor's experience of working with perpetrators of domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 15, 393-412.

Jackson, P. (1998). Focus groups interviews as a methodology. *Nurse Researcher*, 6(1), 72-84.

Jackson, S.E. (1983). Participation in decision making as a strategy for reducing job-related strain, *Journal of Applied Psychology*, 68, 3-19.

Jackson, S.E. (2010). *Sleep, compassion fatigue, and health among psychological health providers*, Dissertation, California School of Professional Psychology, 249p.

Jackson, S.E. & Schuler, R.S. (1985). A meta-analysis and conceptual critique of research on role ambiguity and role conflict in work settings, *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 36, 16-78.

Jacobson, J.M. (2006). Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction, and Burnout, *Journal of Workplace Behavioral Health*, 21(3-4), 133-152.

Janoff-Bulman, R. (1985). The aftermath of victimization: Rebuilding shattered assumptions. In C.R. Figley (Ed.), *Trauma and its Wake: The study and treatment of posttraumatic stress disorder* (pp.15-35). New York: Brunner/Mazel.

Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press.

Jonnaert, P. (2009). *Compétences et socioconstructivisme : un cadre théorique*. Perspective en éducation et formation, De boeck, Bruxelles.

Johnson, B.W. Johnson, S.J. Sullivan, G.R. Bongar, B. Miller, L. & Sammons, M.T. (2011). Psychology in Extremis: Preventing Problems of Professional Competence in Dangerous Practice Settings, *Professional Psychology: Research and Practice In the public domain*, 42, (1), 94-10.

Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22(4), 116-122.

Joseph, S. & Linley, P.A. (2005). Positive adjustment to threatening events: An organismic valuing theory of growth through adversity. *Review of General Psychology*, 9, 262-280.

Joseph, S. Linley, A. Shevlin, M. Goodfellow, B. & Butler, L.D. (2006). Assessing positive and negative changes in the aftermath of adversity: A short form of the changes in outlook questionnaire, *Journal of Loss and Trauma: International perspectives on Stress and Coping*, 11, (1), 85-99.

Joseph, S. Williams, R. & Yule, W. (1993). Changes in outlook following disaster: The preliminary Development of a measure to assess positive and negative responses, *Journal of Traumatic Stress*, 6(2), 271-279.

- Jung, C.G. (1966). *Collected works of C.G. Jung*. Princeton University Press.
- Kadambi, M.A. & Truscott, D. (2004). Vicarious trauma among therapists working with sexual violence, cancer, and general practice. *Canadian Journal of Counselling*, 38(4), 260–276.
- Kanno, H. (2010). Supporting indirectly traumatized populations: the need to assess secondary traumatic stress for helping professionals in DSM-V. *Health and Social Work*, 35(3), 225-227.
- Karasek, R. & Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York : Basic Book.
- Kassam-Adams, N. (1999). The risks of treating sexual trauma: Stress and secondary trauma in psychotherapists. In B.H. Stamm (Eds.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (2nd eds., pp. 37–48). Baltimore: Sidran Press.
- Katz, C.L. Smith, R. Silverton, M. Holmes, A. Bravo, C. Jones, K. Kiliman, M. Lopez, N. Malkoff, L. Marrone, K. Neuman, A. Stephens, T. Tavaréz, W. Yarowsky, A. Levin, S. & Herbert, R. (2006). A Mental Health Program for Ground Zero Rescue and Recovery Workers: Cases and Observations. *Psychiatric Services*, 57(9), 1335-1338.
- Kessler, R. Price, R. & Wortman, C. (1985). Social Factors in Psychopathology: Stress, Social Support and Coping Processes. *Annual Review of Psychology*, 36, 351-372.
- Kidd, P. & Parshall, M. (2000). Getting the focus and the group: Enhancing analytical rigor in focus group research. *Qualitative Health Research*, 10, 293-308.
- Kitzinger, J. (1996). Introducing focus groups. In N. Mays, and C. Pope. (Eds), *Qualitative research in health care*. London: British Medical Journal Publishing Group.
- Koeske, G.R. & Koeske, R.D. (1989). Work load and burnout: can social support and perceived accomplishment help?, *Social Work*, 34, 243-248.
- Krause, V. (2005). Relationship between self-care and compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout among mental health professionals working with adolescent sex offenders. *Counseling and Clinical Psychology Journal*, 2(1), 81-88.
- Krueger, R. (1994). *Focus groups : A practical guide for applied research*. Thousand Oaks : Sage Publications.
- Krueger, R. (1998). *Developing questions for focus groups*. Thousand Oaks : Sage Publications.
- Laborit, H. (1972). L'illogisme de l'événement. *Communications*, 18, 107-115.

La Presse, (2009). Incendie mortel dans une résidence pour personnes âgées.
<http://www.lapresse.ca/actualites/justice-et-affaires-criminelles/200901/15/01-817900-incendie-mortel-dans-une-residence-pour-personnes-agees.php>

Lagadec, P. (1993). *Cellule de crise, Les conditions d'une conduite efficace*, Les éditions d'organisation, Paris, 122p.

Landa, H. & Gimenez, G. (2009). Le trauma et l'émotion : apports de la théorie janetienne et perspectives nouvelles, *Evolution Psychiatrique*, 74(4), 497-510.

Landry, L.P. (2001). Secondary traumatic stress disorder in the therapists from the Oklahoma City bombing. *Dissertation Abstracts International*, 61, 3849.

Landy, F. & Conte, J. (2004). *Work in the 21st century: An introduction to industrial and organizational psychology*. Boston: McGraw Hill.

Lane, P. McKenna, H. Ryan, A.A. & Fleming, P. (2001). Focus group methodology. *Nurse Researcher*, 8(3), 45-59.

Lareau, S. (1996). La formation selon l'approche par compétences, *Info Ressources Humaines*, 19(1), 18-21.

Larocco, J.M. House, J.S. & French, J R.P. (1980). Social support, occupational stress, and health, *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 202-218.

Litz, B. Orsillo, S.M. Friedman, M. Ehlich, P. & Batres, A. (1997). Posttraumatic stress disorder associated with peacekeeping duty in Somalia for U.S. military personnel. *American Journal of Psychiatry*. 154(2), 178–184.

Lawson, G. & Venart, B. (2009). Preventing counselor impairments: Vulnerability, wellness, and resilience. *Journal of Humanistic Counseling, Education, and Development*. (1), 1-9.

Le Boterf, G. (2006). *Construire les compétences individuelles et collectives*, Éditions d'Organisation, Paris.

Leblond, G. (1991). *Les services psychosociaux offerts par les C.L.S.C. dans le cadre des mesures d'urgence. Données cliniques biopsychosociales sur les réactions des sinistrés et des intervenants*. Direction générale de la prévention et des services communautaires. Gouvernement du Québec.

Lecroy, C.W. & Stinson, E. (2004). How the public view social work: is it what we think it is?, *Social Work*, 49, 164–174.

Legault Faucher, M. (2007). Traumatisme vicariant, Quand la compassion use. *Prévention au travail*, 7-14.

- Legault, L. (2007). La compassion: une médaille d'or à deux faces, *Objectif prévention*, 30(2), 26-27.
- Leitch, M.L. Vanslyke, J. & Allen, M. (2009). Somatic Experiencing Treatment with Social Service Workers Following Hurricanes Katrina and Rita, *Social Work*, 54(1), 9-18.
- Leiter, M.P. (1988). Burnout as a function of communication patterns: a study of a multidisciplinary mental health team, *Group and Organization Studies*, 13, 111-128.
- Leiter, M.P. (1991). Coping patterns as predictors of burnout: the function of control and escapist coping patterns, *Journal of Organizational Behaviour*, 12, 123-144.
- Leonard, L. (2008). *Trauma therapists quality of life: The impact of individual and workplace factors on compassion fatigue and compassion satisfaction*. Dissertation, University of Florida, 120p.
- Lepore, M. (2004). *Assessing the frequency and influences of secondary traumatic stress symptoms among crisis intervention workers*, Doctoral, Duquesne University, 113p.
- Lerias, D. & Byre, M.K. (2003). Vicarious traumatization: Symptoms and predictors. *Stress and Health*, 19, 129–138.
- Lev-Wiesel, R. Goldblatt, H. Eisikovits, Z. & Admi, H. (2009). Growth in the Shadow of War: The Case of Social Workers and Nurses Working in a Shared War Reality, *British Journal of Social Work*, 39, 1154–1174.
- Levin, R. Herbert, M. & Nutter, B. (1996). Preparing social work students for the new realities in health care practice: Innovative approaches in field education. *Exposé présenté dans le cadre de la Conférence on Field Education in Social work*, McMaster University, Ontario (2 au 4 juin).
- Lincoln, Y.S. & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park: Sage Publications.
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148.
- Lindy, J.D. Grace, M.C. & Green, B.L. (1981). Survivors: outreach to a reluctant population. *American Journal of Orthopsychiatry*, 51, 468–78.
- Linley, P.A. (2003). Positive Adaptation to trauma: Wisdom as Both Process and Outcome, *Journal of Traumatic Stress*, 16(6), 601–610.
- Linley, P.A. & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 11–21.
- Linley, P.A. & Joseph, S. (2005). Positive and negative changes following occupational death exposure. *Journal of Traumatic Stress*, 18(6), 751-758.

- Linley, P.A. & Joseph, S. (2006). The positive and negative effects of disaster work: A preliminary investigation. *Journal of loss and trauma*, 11(3), 229-245.
- Linley, P.A. & Joseph, S. (2007). Therapy work and therapists' positive and negative wellbeing. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26, 385-403.
- Linley, P.A. Joseph, S. Cooper, R. Harris, S. & Meyer, C. (2003). Positive and negative changes following vicarious exposure to the September 11 Terrorist Attacks, *Journal of traumatic stress*, 16(5), 481-485.
- Lloyd, C. Mckenna, K. & King, R. (2005). Sources of stress experienced by occupational therapists and social workers in mental health settings. *Occupational Therapy International*, 12(2), 81-94.
- Logue, J.N. Melick, M. & Struening, E.L. (1981). A study of health and mental health status following a major natural disaster. *Research in community and mental Health*, 2, 217-274.
- Loiselle, C. Profetto-McGrath, J. Polit, D. & Beck, C.T. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières, approches quantitatives et qualitatives*. Saint-Laurent: Éditions du Renouveau pédagogique Inc.
- Lowery, K. & Stokes, M.A. (2005). Role of Peer Support and Emotional Expression on Posttraumatic Stress Disorder in Student Paramedics, *Journal of Traumatic Stress: John Wiley et Sons, Inc*.
- Luce, A. Firth-Cozens, J. Midgley, S. & Burges, C. (2002). After the Omagh Bomb: Posttraumatic Stress Disorder in Health Service Staff, *Journal of Traumatic Stress*, 27-30.
- Luck, T.T. (2009). *The Effect of Personality Characteristics and Various Aspects of Genetic Counseling on Compassion Fatigue, Satisfaction, and Burnout*, Thesis, Howard University, 43p.
- Luthans, F. Vogelgesang, G.R. & Lester, P.B. (2006). Developing the Psychological Capital of Resiliency, *Human Resource Development Review*, 5(1), 25-44.
- Luthar, S.S. Cicchetti, D. & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562.
- Lyons, J.A. (1991). Strategies for assessing the potential for positive adjustment following trauma. *Journal trauma Stress*, 4, 93-111.
- Maltais, D. Lachance, L. & Gauthier, S. (2009). *Intervenants sociaux et intervention en situation de crise*. Demande de subvention adressée au CRSH, octobre 2009.
- Maltais, D. & Rheault, M-A. (2005). *L'intervention sociale en cas de catastrophe*. Presses de l'Université du Québec, 418p.

Maltais, D. Robichaud, S. Lalande, G. & Simard, A. (1998). De la stupeur à l'adaptation. Le long parcours des sinistrés, dans Marc-Urbain Proulx (dir.), *Une région dans la turbulence*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, p. 129-149.

Maltais, D. Robichaud, S. Moffat, G. & Simard, A. (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 : Groupe de recherche et d'intervention régionale GRIR, Université du Québec à Chicoutimi.

Maltais, D. Robichaud, S. & Simard, A. (2001). *Sinistres et intervenants*, Éditions JCL, 275p.

Maqueda, F. (1997). Le vécu du traumatisme chez des "soignants" (volontaires) en situations d'intervention "humanitaire". Dans Doray, B. Louzoun, C. *Les traumatismes dans le psychisme et la culture*. Edition Erès. France. 235-240.

Marmar, C.R. Weiss, D.S. Metzler, T.J. & Delucchi, K. (1996). Characteristics of emergency services personnel related to peritraumatic dissociation during critical incident exposure. *American Journal of Psychiatry*, 153, 94-101.

Maruca, F. & Mast, P. (1996). Compétences, où en sommes-nous? *Info ressources humaines*, (26), 2-3.

Martel, C. (2000). Qu'en est-il de l'intervention psychosociale en sécurité civile au Québec?, *Santé mentale au Québec*, 25(1), 45-73.

Maslach, C. (1978). Job burn-out: How people cope, *Public Welfare*, 36, 56-58.

Maslach, C. (1982). *Burnout: The cost of caring*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Maslach, C. & Jackson, S.E. (1982). *Burnout in health professions: A social psychological analysis*. In G. Sanders & J. Suls (Eds.), *Social psychology of health and illness*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Massé, R. Poulin, C. Dassa, C. Lambert, J. Bélair, S. & Battaglini, M.A. (1998). Élaboration et validation d'un outil de mesure de la détresse psychologique au Québec. *Revue Canadienne de Santé Publique*, 89, 183-189.

Mayer, R. & Ouellet, F. (1991). *Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux*, Boucherville, Gaétan Morin Éditeur.

Mayer, R. Ouellet, F. Saint-Jacques, M.C. & Turcotte, D. (2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Montréal : Gaétan Morin Éditeur.

McCarroll, J.E. Ursano, P.J. Fullerton, C.S. & Lundy, A. (1995). Anticipatory stress of handling human remains from the Persian Gulf War. *J New Ment Dis*, 183, 698-703.

McCammon, S. Durham, T. Jackson, A.E. & Williamson, J. (1988). Emergency workers cognitive appraisal and coping with traumatic events. *Journal of Traumatic Stress, 1*(3), 353-372.

McCann, I.L. & Pearlman, L.A. (1990). *Psychological trauma and the adult survivor: Theory, therapy, and transformation*. New York: Brunner/Mazel.

McMillen, J.C. & Fisher, R.H. (1998). The Perceived Benefit Scales: Measuring perceived positive life changes after negative events. *Social Work Research, 22*, 173–186.

McTighe, J.P. (2009). *Narrative, meaning and resilience: Towards a deeper understanding of social workers' experience of September 11, 2001*. Dissertation, New York University silver school of social work. 201p.

Meldrum, L. King, R. & Spooner, D. (2002). Secondary traumatic stress in case managers working in community mental health services. In C.R. Figley (Eds.). (pp.85-106). *Treating Compassion Fatigue*. New York : Brunner Mazel.

Menzies, H. (2005). *No time. Stress and the crisis of modern life*. Vancouver: Douglas and McIntyre.

Merton, R.K. Fiske, M. & Kendall, P.L. (1990). *The focused interview. A Manual of problems and procedures*, New York/Londres, The Free Press, First Ed. 1956.

Meyer, I.H. (2010). Identity, stress, and resilience in lesbians, gay men, and bisexuals of color. *The Counseling Psychologist, 38*, 442-454.

Meyers, T.W. & Cornille, T.Z. (2002). The trauma of working with traumatized children. In C.R. Figley (Ed.), *Treating compassion fatigue* (pp. 39–55). New York: Brunner-Routledge.

Miller, J. (2003). Critical incident debriefing and social work: expanding the frame, *Journal of Social Service Research, 30*(2), p. 7–25.

Ministère de l'Écologie, du développement durable, des transports et du logement, (2011). Effet de serre et changement climatique;
<http://www.developpement-durable.gouv.fr/-Effet-de-serre-et-changement-.html>

Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS), (2008). Sécurité civile;
http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/securite_coop.php

Mongeau, P. (2009). *Réaliser son mémoire ou sa thèse – Côté Jeans et Côté Tenue de soirée*, Québec : Presses de l'Université du Québec, 145 p.

- Moos, R.H. & Schaefer, J.A. (1993). Coping resources and processes: Current concepts and measures. In: L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (2nd ed., pp. 234-257). New York, NY: The Free Press.
- Moran, C.C. (1989). *Coping styles in volunteer rescue workers- A preliminary report*, working paper, no 2, Disaster management studies Centre, Cumberland College of health sciences, Lidcombe, Australia: University of Sidney.
- Moran, C. (2002). Humor as a moderator of compassion fatigue. In Figley (Ed) *Treating Compassion Fatigue* (pp.139-154) NY: Brunner-Routledge.
- Morgan, D. (1997). *Focus groups as qualitative research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Morgan, D. (1998). *The focus group guidebook*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Morgan, C.A. Hill, S. Fox, P. Kingham, P. & Southwick, S. (1999). Anniversary reactions in Gulf War veterans: A follow-up inquiry 6 years after war. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1075–1079.
- Morgan, C.A. Kingham, P. Nicolaou, A. & Southwick, S.M. (1998). Anniversary reactions in Gulf War veterans: A naturalistic inquiry 2 years after the gulf war. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 165–171.
- Morren, M. Dirkzwager, A.J.E. Kessels, F.J.M. & Yzermans, C.J. (2007). The influence of a disaster on the health of rescue workers: a longitudinal study. *CMAJ*, 176(9), 1279–1283.
- Morris, A.J.F. (2011). Psychic aftershocks: Crisis Counseling and Disaster Relief, *Policy History of Psychology*, 14(3), 264–286.
- Morrison-Beedy, D. Côté-Arseneault, D. & Fischbeck Feinstein, N. (2001). Maximising result with focus groups: Moderator and analysis issues. *Applied Nursing Research*, 14(1), 48-53.
- Moulden, H.M. & Firestone, P. (2007). The impact on therapists who work with sexual offenders. *Trauma, Violence and Abuse*, 8(1), 67-83.
- Munroe, J.F. (1999). Ethical issues associated with secondary trauma in therapists. In B. H. Stamm (Eds.) *Secondary traumatic stress self care issues for clinicians, researchers and educators* (2nd eds.). (pp. 211–230). Baltimore : Sidran Press.
- Munroe, V. & Brunette, N. (2001). L'épuisement professionnel (burn-out): un problème réel, *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, 7(1), 165-191.
- Murphy, S.A. (1988). Mediating effects of intrapersonal and social support on mental health 1 and 3 years after a natural disaster, *Journal of Traumatic Stress*, 1(2), 155-172.

Myers, D. & Wee, D. (2002). Strategies for managing disaster mental health worker stress. In C.R. Figley (Ed.), *Treating compassion fatigue* (pp.181-211). New York : Brunner-Routledge.

Nadeau, J.G. (1987). *Problématiser pour comprendre et agir*. Actes du colloque de l'Association pour la recherche qualitative, 99-120.

Naturale, A. (2007). Secondary Traumatic Stress in Social Workers Responding to Disasters: Reports from the Field. *Clinical Social Work Journal*, 35(3), 173-181.

Nave, R.L. (2008). Fostering despair: Lawmakers and advocates decry cuts to children's care agencies. *itOnline*. Retrieved on March 30, 2009 from : <http://illinoistimes.com/gyrobase/Content?oid=oid%3A8364>

Neff, K.D. Kirkpatrick, K.L. & Rude, S.S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41, 139-154.

Nelson-Gardell, D. & Harris, D. (2003). Childhood abuse history, secondary traumatic stress, and child welfare workers. *Child Welfare*, 82(1), 5-26.

Neuman, K. (2002). Understanding organizational reengineering in health care: Strategies for social work survival, *Social Work in Health Care*, 31(1), 19-33.

Neuman, K. (2003). The effect of organizational reengineering on job satisfaction for staff in hospital social work departments, *Social Work in Health Care*, 36(4), 19-33.

Neuman, D.A. & Gamble, S.J. (1995). Issues in the professional development of psychotherapists: countertransference and vicarious traumatization in the new trauma therapist. *Psychotherapy*, 32(2), 341-347.

North, C.S. Nixon, S.J. Shariat, S. Mallonee, S. McMillen, J.C. Spitznagel, E.L. & Smith, E.M. (1999). Psychiatric disorders among survivors of the Oklahoma City bombing. *Journal of the American Medical Association*, 282, 755-762.

North, C.S. Tivis, L. McMillen, J.C. Pfefferbaum, B. Spitznagel, E.L. Cox, J. & Smith, E.M. (2002). Psychiatric disorders in rescue workers after the Oklahoma City bombing. *American Journal of Psychiatry*, 159, 857-859.

Ntetu, A.L. Fortin, J.D. Bergeron, H. & Gagnon, A. (1999). Les agressions en milieu psychiatrique. Vécu et perceptions des intervenants du Pavillon Roland-Saucier du Complexe hospitalier de la Sagamie, *Santé mentale au Québec*, 24(2), p. 217-228.

O'Brien, P.J. (2006). Creating compassion and connection in the work place, *Journal of Systemic Therapies*, 25(1), 16-36.

Oberlander, L.B. (1990). Work satisfaction among community-based mental health service providers: the association between work environment and work satisfaction, *Community Mental Health Journal*, 26, 517-532.

O'Driscoll, M.P. & Schubert, T. (1988). Organizational climate and burnout in a New Zealand social service agency, *Work and Stress*, 2, 199-204.

O'Halloran, T. & Linton, J. (2000). Stress on the job: Self-care resources for counselors. *Journal of Mental Health Counseling*, 22(4), 354-364.

O'Leary, V.E. & Ickovics, J.R. (1995). Resilience and thriving in response to challenge: An opportunity for a paradigm shift in women's health. *Women's Health: Research on Gender, Behavior, and Policy*, 1, 121-142.

Ortlepp, K. & Friedman, M. (2002). Prevalence and Correlates of Secondary Traumatic Stress in Workplace Lay Trauma Counselors, *Journal of Traumatic Stress*: John Wiley and Sons, Inc.

Oswald, R.M. (1991). *Clergy self care: Finding a balance for effective ministry*. Bethesda, MD: Alban Institute.

Paillé, P. & Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Colin.

Palmer, V.M. (1928). *Field studies in sociology: A Student's Manual*, Chicago, University of Chicago Press.

Park, C.L. Cohen, L.H. & Murch, R.L. (1996). Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of Personality*, 64, 71-105.

Pasupuleti, S. Allen, R.I. Lambert E.G. & Cluse-Tolar, T. (2009). The Impact of Work Stressors on the Life Satisfaction of Social Service Workers: A Preliminary Study, *Administration in Social Work*, 33(3), 319-339.

Patel, S.R. Malhotra, A. White, D.P. Gottlieb, D.J. & Hu, F.B. (2006). Association between reduced sleep and weight gain in women. *American Journal of Epidemiology*, 164, 947-954.

Paton, D. (1994). Disaster relief work; An assessment of training effectiveness. *Journal of Traumatic Stress*, 7(2), 275-288.

Paton, D. (1997). Post-event support for disaster workers: integrating recovery resources and the recovery environment. *Disaster prevention and management*, 6(1), 43-49.

Paton, D. (2003). Stress in disaster response: A risk management approach. *Disaster prevention and management*, 12(3), 203-209.

- Paton, D. & Stephens, C. (1996). Training and support for emergency responders, In D. Paton and J.M. Violanti, *Traumatic stress in critical occupations, recognition, consequences and treatment*, Charles C. Thomas Publisher, Springfield, Illinois, 173-200.
- Patrick, P.K.S. (2007). Stress-induced challenges to the counselor role: Burnout, compassion fatigue, and vicarious traumatization. In P.K.S. Patrick (Ed.), *Contemporary issues in counseling* (pp. 210-250). Boston: Pearson Education.
- Pawlukewicz, J. (2003). World Trade Center trauma interventions: A clinical model for affected workers. *Psychoanalytic Social Work*, 10(1), 79-88.
- Pearlman, L.A. (1995). Self-care for trauma therapists: Ameliorating vicarious traumatization. In C.R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorders in those who treat the traumatized* (pp.51-64). New York: Brunner/Mazel.
- Pearlman, L.A. & Mac Ian, P.S. (1995). Vicarious Traumatization: An Empirical Study of the Effects of Trauma Work on Trauma Therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26(6), 558-565.
- Pearlman, L.A. & Saakvitne, K.W. (1995a). *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. New York: W. W. Norton.
- Pearlman, L.A. & Saakvitne, K.W. (1995b). Treating therapists with vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorders. In C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 150-177). New York: Brunner/Mazel.
- Pechacek, M.A. (2009). Provider resilience training. *Medical Soldiers Outlook*. 6, 1-57.
- Pekevski, J. (2013). First responders and psychological first aid. *Journal Of Emergency Management (Weston, Mass.)*, 11(1), 39-48.
- Perrons, D. (1999). Flexible working patterns and equal opportunities in the European Union. *The European Journal of Women's Studies*, 6, 391-418.
- Pfifferling, J.H. & Gilley, K. (2000). Overcoming compassion fatigue. *Family Practice Management*, 7(4), 39-44.
- Pines, A.M. & Maslach, C. (1978). Characteristics of staff burnout in a mental health setting. *Hospital and Community Psychiatry*, 29, 233-237.
- Plummer, C.A. Ai, A.L. Lemieux, C.M. Richardson, R. Dey, S. Taylor, P. Spence, S. & Kim, H-J. (2008). Volunteerism among social work students during hurricanes Katrina and Rita: A report from the disaster area. *Journal of Social Service Research*, 34(3), 55-71.

Pockett, R. (2003). Staying in hospital social work. *Social Work in Health Care*, 36(3), 1-23.

Poirier, M. (2006). Enjeux cliniques et éthiques de la supervision externe des équipes en santé mentale, *Santé mentale au Québec*, 31(1), p.107-124.

Prati, G. & Pietrantonio, L. (2010). The relation of perceived and received social support to mental health among first responders: A meta-analytic review. *Journal of community psychology*, 38(3), 403-417.

Proulx, M-U. (1997). *Planification et gestion de la reconstruction post-diluvienne et de la relance économique*, Groupe de recherche et d'intervention régionales, Les premiers résultats de recherche du programme de recherche du GRIR à l'UQAC, Chicoutimi, p.59-87.

Putman, K.M. Lantz, J.I. Townsend, C.L. Gallegos, A.M. Potts, A.A. Roberts, R.C. Cree, E.R. Villagra'n, M.D. Eriksson, C.B. & Foy, D.W. (2009). Exposure to Violence, Support Needs, Adjustment, and Motivators Among Guatemalan Humanitarian Aid Workers. *Am J Community Psychol*, 44, 109-115.

Qin, X. & Jiang, Y. (2011). The impact of natural on absenteeism, job satisfaction, and job performance of survival employees: An empirical study of the survivors in Wenchuan Earthquake, *Frontiers of business research in China*, 5(2), 219-242.

Qureshi, K. Gershon, R.R.M. Sherman, M.F. Straub, T. Gebbie, E. McCollum, M. Erwin, M.J. & Morse, S.S. (2005). Health Care Workers Ability and Willingness to Report to Duty During Catastrophic Disasters, *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 10, 1-11.

Radey, M. & Figley, C. (2007). The social psychology of compassion. *Clinical Social Work Journal*, 35, 207-214.

Raphael, B. (1986). *When disaster strikes-Handbook for caring professions*. London: Hutchinson.

Rector, N.A. & Roger, D. (1997). The stress buffering effects of self-esteem. *Personal and Individual Differences*, 23, 799-808.

Redburn, B.G. (1992). *Disaster and rescue: Worker effect and coping strategies*. University of Missouri Kansas City.

Regehr, C. Hemsworth, D. Leslie, B. Howe, P. & Chau, S. (2004). Predictors of posttraumatic distress in child welfare workers: A linear structural model equation. *Children and Youth Services Review*, 26, 331-346.

Ringenbach, R. (2009). *A comparison between counselors who practice meditation and those who do not on compassion fatigue, compassion satisfaction, burnout and self-compassion*, Dissertation, Faculty of the University of Akron.

- Rinpoché, S. (1992). *Le livre tibétain de la vie et de la mort*, Paris, Le livre de Poche.
- Robbins, I. (1999). The psychological impact of working in emergencies and the role of debriefing. *Journal of Clinical Nursing*, 8, 263-268.
- Robbins, S.P. & Judge, T.A. (2007). *Organisational behavior* (12TH edition). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Roberts, P. (1997). Planning and running a focus group. *Nurse Researcher*, 4(4), 78-82.
- Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103.
- Rogers, C.R. (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science. Study 1. Conceptual and systematic: Vol. 3. Formulations of the person and the social context* (pp.184-256). New York: McGraw-Hill.
- Ross, R.R. Altmaier, E.M. & Russell, D.W. (1989). Job stress, social support, and burnout among counseling center staff, *Journal of Counseling Psychology*, 36, 464-470.
- Rossi, A. Cetrano, G. Pertile, R. Rabbi, L. Donisi, V. Grigoletti, L. Curtolo, C. Tansella, M. Thornicroft, G. & Amaddeo, F. (2012). Burnout, compassion fatigue, and compassion satisfaction among staff in community-based mental health services, *Psychiatry Research*, 200, 933-938.
- Rothschild, B. & Rand, M. (2006). Help for the Helper: The psychophysiology of compassion fatigue and vicarious trauma, *Contemporary Hypnosis*, 23(4), 181-183.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of orthopsychiatry*, 57(3), 316-331.
- Ryff, C. & Singer, B. (1998). The role of purpose in life and personal growth in positive human health. In P.T.P. Wong and P.S. Fry (Eds.), *The human quest for meaning: A handbook of psychological research and clinical applications* (pp.213–235). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Saakvitne, K. (2002). Shared trauma: The therapist's increased vulnerability, *Psychoanalytic Dialogues*, 12, 443–50.
- Saakvitne, K.W. & Pearlman, L.A. (1996). *Transforming the pain: A workbook on vicarious traumatization*. New York: W. W. Norton.
- Saakvitne, K.W. & Stamm, H. (2003). *Fostering Resilience in Response to Terrorism Among Mental Health Workers*, APA Task Force on Resilience in Response to Terrorism, www.APAHelpCenter.org/resilience

- Saakvitne, K.W. Tennen, H. & Affleck, G. (1998). Exploring thriving in the context of clinical trauma theory: Constructivist self development theory. *Journal of Social Issues*, 54, 279-299.
- Sanders, S. Jacobson, J. & Ting, L. (2005). Reactions of mental health social workers following a client suicide completion: A qualitative investigation. *Omega*, 51, 197–216.
- Sansone, R.A. & Roman, E.J. (1996). The experience of psychiatric residents with disaster support, A descriptive report, *Journal of Oklahoma State Medical association*, 89, 238-241.
- Savicki, V. & Cooley, E. (1987). The relationship of work environment and client contact to burnout in mental health professionals, *Journal of Counseling and Development*, 65, 249-252.
- Sawyer, C.M. (2001). A survey of team members who participate in traumatic event group psychological debriefings. *Dissertation Abstracts International : Section B : The Sciences and Engineering*, 61(11-B), p.6148. US : University Microfilms International.
- Scaer, R. (2007). *The body bears the burden: Trauma, dissociation, and disease* (2nd ed.). New York: Haworth Press.
- Schauben, L. & Frazier, P. (1995). Vicarious trauma: The effects on female counselors of working with sexual violence survivors. *Psychology of Women Quarterly*, 19, 49-64.
- Schell, B.H. & Zinger, J.T. (1985). An investigation of selfactualization, job satisfaction, and job commitment for Ontario funeral directors. *Psychological Reports*, 57, 455–464.
- Scott, J.C. (2007). Importance of Cultural Competency in Disaster Management. *CCDPCR Consensus Building Meeting Concept Paper*. Bethesda, MD.
- Seeley, K. (2003). *The psychotherapy of trauma and the trauma of psychotherapy: Talking to therapist about 9–11*, available online at www.coi.columbia.edu/pdf/seeley_pot.pdf.
- Segal, J. (1999). *Graceful simplicity: Toward a philosophy and politics of simple living*. New York: Henry Holt & Co.
- Segerstrom, S.C. & Miller, G.E. (2004). Psychological stress and the human immune system: A meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychological Bulletin*, 130, 601-630.
- Séguin, M. Brunet, A. & LeBlanc, L. (2006). *Intervention en situation de crise et en contexte traumatique*. Montréal : Gaetan Morin éditeur. 202p.
- Séguin, M. Brunet, A. & LeBlanc, L. (2012). *Intervention en situation de crise et en contexte traumatique*. 2^e édition. Montréal : Gaetan Morin éditeur. 227p.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York : McGraw-Hill.
- Sennett, R. (2003). *Respect in a world of inequality*. New York: W. W. Norton and Co.

Serani, D. (2004). Expanding the frame: Psychoanalysis after September 11. *Bulletin of the Menninger Clinica*, 68(1), 1-8.

Serniclaes, O. (2003). Intervenants psychosociaux face aux victims-Processus psychodynamique de la traumatisation indirecte, *Journal international de victimologie*, 1(2), <http://www.jidv.com/njidv/index.php/jidv02/108-jidv-2/227-intervenants-psychosociaux-face-aux-victimes-processus-psychodynamique-de-la-traumatisation-indirecte>

Sexton, L. (1999). Vicarious traumatization of counselors and effects on their workplaces, *British Journal of Guidance & Counselling*, 27, 393–403.

Shalvi, S. & Shenkman, G. (2011). The danger of unrealistic optimism : Linking caregivers' perceived ability to help victims of terror with their own secondary traumatic stress, *Journal of applied social psychology*, 41(11), 2656-2672.

Shamai, M. & Ron, P. (2009). Helping direct and indirect victims of national terror: Experiences of Israeli social workers, *Qualitative Health Research*, 19(1), 42–54.

Shapiro, C.H. (1982). Creative supervision: an underutilized antidote, In Paine, W. S., éd., *Job Stress and Burnout: Research, Theory, and Intervention Perspectives*, Sage Publications, Beverly Hills, 213-228.

Shaw, J.D. & Gupta, N. (2004). Job complexity performance, and well-being: When does supplies-values fot matter? *Personnel psychology*, 57, 847-879.

Shew, A.M. (2010). *The Effects of Resilience Training on Secondary Traumatic Stress Reactions: An Empirical Study*, Thesis, University of the Rockies, 120p.

Sim, J. (1998). Collecting and analyzing qualitative data: Issues raised by the focus group. *Journal of advanced Nursing*, 28(2), 345-352.

Sim, J. & Snell, J. (1996). Focus groups in physiotherapy evaluation and research. *Physiotherapy*, 82, 189-198.

Simard, G. (1989). *La méthode du «Focus Group»: animer, planifier et évaluer l'action*, Laval, Mondia, 102 p.

Simon, J. (1999). How to conduct focus groups. *Nonprofit World*, 17, 40-43.

Skovholt, T.M. (2001). *The resilient practitioner: Burnout prevention and self-care strategies for counselors, therapists, teachers, and health professionals*. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.

Slattery, S.M. & Goodman, L.A. (2009). Secondary traumatic stress among domestic violence advocates: Workplace risk and protective factors. *Violence Against Women*, 15, 1358–1379.

Sommer, C.A. (2011). Vicarious Traumatization, Trauma-Sensitive Supervision, and Counselor Preparation, *Counselor Education and Supervision*, 48, 61-71.

Sommer, C. & Cox, J. (2005). Elements of supervision in sexual violence counselors' narratives: A qualitative analysis. *Counselor Education and Supervision*, 45, 119–134.

Spector, P.E. (1997). *Job satisfaction: Application, assessment, cause and consequences*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Spiegel, K. Tasali, E. Penev, P. & Van Cauter, E. (2004). Sleep curtailment in healthy young men is associated with decreased leptin levels, elevated ghrelin levels, and increased hunger and appetite. *Annals of Internal Medicine*, 141, 846-850.

Spinhoven, P. & Verschuur, M. (2006). Predictors of fatigue in rescue workers and residents in the aftermath of an aviation disaster. A longitudinal study. *Psychosomatic Medicine*, 68, 605-612.

Sprang, G. Clark, J.J. & Whitt-Woosley, A. (2007). Compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout: Factors impacting a professional's quality of life. *Journal of Loss and Trauma*, 12, 259–280.

Spreitzer, G.M. (1995). An empirical test of a comprehensive model of intrapersonal empowerment in the workplace. *American Journal of Community Psychology*, 23(5), 601–629.

Spreitzer, G.M. (1996). Social structural characteristics of psychological empowerment. *Academy of Management Journal*, 39(2), 483–504.

Stamm, B.H. (1998). Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: developmental history of compassion fatigue and satisfaction test. In: *Treating Compassion Fatigue* (ed Figley, C.R.), pp. 1–20. Taylor & Francis, Ltd, London.

Stamm, B.H. (1999). *Secondary Traumatic Stress; Self-Care Issues for Clinicians, Researchers, and Educators*. Maryland : Sidran Press.

Stamm, B.H. (2002). Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: Developmental history of the Compassion Satisfaction and Fatigue Test. In C.R. Figley (Ed.), *Treating Compassion Fatigue* (pp. 107-122). New York: Brunner-Routledge.

Stamm, B.H. (2005). *The ProQol Manual: The professional quality of life scale compassion satisfaction, burnout and compassion fatigue/secondary trauma scales*. www.isu.edu/irh/documents/proqol/ProQOL_Manual.pdf.

Stamm, B.H. (2010). *The Concise ProQOL Manual*, 2nd Ed. Pocatello, ID: ProQOL.org.

- Stamm, B.H. & Pearce, F.W. (1995). Creating virtual community: telemedicine applications for self-care. In: *Secondary Traumatic Stress: Self-Care Issues for Clinicians, Researchers and Educators* (ed Stamm, B.H.), pp. 179–210. Sidran Press, Lutherville, MD.
- Steed, L.G. & Downing, R. (1998). Vicarious traumatization amongst psychologists and professional counselors working in the field of sexual abuse/assault. *The Australian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 8(2), 1-9.
- St-Arnaud, Y. (2008). *Les petits groupes 3^{ième} édition*, Gaétan Morin Éditeur, 192p.
- Stewart, W. & Shamdasani, P.N. (1990). *Focus Group. Theory and practice*, Londres, Sage.
- Stoltenberg, C.D. & McNeill, B.W. (2010). *IDM Supervision: An integrative developmental model for supervision counselors and therapists*. New York: Routledge.
- Stone, S.B. (2011). *A phenomenological study of the work experiences of foster care caseworkers with indications of secondary traumatic stress disorder*. Dissertation, Cappel University. 110p.
- Strom-Gottfried, K. & Mowbray, N.D. (2006). Who heals the helper? Facilitating the social worker's grief. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 87, 9–15.
- Sulit, L. Storfer-Isser, A. Kirchner, L. & Redline, S. (2006). Differences in polysomnography predictors for hypertension and impaired glucose tolerance. *Sleep*, 29, 777-783.
- Tak, S.W. Driscoll, R. Bernard, B. & West, C. (2007). Depressive symptoms among firefighters and related factors after the response to Hurricane Katrina, *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 84(2), 153-161.
- Talbot, A. Dutton, M. & Dunn, P. (1995). Debriefing the debriefers: An intervention strategy to assist psychologists after a crisis. In G.S. Everly and J.M. Lating (Eds.), *Psychotraumatology: Key papers and core concepts in posttraumatic stress* (pp. 281-298). New York: Plenum.
- Tam, C.W.C. Pang, E.P.F. Lam, L.C.W. & Chiu, H.F.K. (2004). Severe acute respiratory syndrome (SARS) in Hong Kong in 2003: Stress and psychological impact among frontline healthcare workers. *Psychological Medicine*, 34, 1197-1204.
- Tatterall, M. & Maclaran, P. (1997). Focus group data and qualitative analysis programs: Coding and moving picture as well as the snapshots. *Sociological Research Online*, 2(1), 1.
- Tedeschi, R.G. & Calhoun, L.G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455–471.
- Tedeschi, R.G. & Calhoun, L.G. (2004). *A clinical approach to posttraumatic growth*, in Positive Psychology in Practice, Eds P.A. Linley & S. Joseph, Wiley, Hoboken, NJ, pp. 405–419.

Tedeschi, R. Park, C. & Calhoun, L. (1998). *Posttraumatic Growth: Positive Changes in the Aftermath of Crisis*, Erlbaum, Mahwah, NJ.

Tehrani, N. (2007). The cost of caring: The impact of secondary trauma on assumptions, values, and beliefs. *Counselling Psychology Quarterly*, 20, 325–339.

Tehrani, N. (2010). Compassion fatigue: experiences in occupational health, human resources, counselling and police. *Occupational Medicine*, 60, 133–138.

Thieleman, K.K. & Cacciatore, J.J. (2014). Witness to suffering: Mindfulness and compassion fatigue among traumatic bereavement volunteers and professionals. *Social Work*, 59(1), 34-41.

Ting, L. Jacobson, J.M. & Sanders, S. (2008). Available supports and coping behaviors of mental health social workers following fatal and non-fatal client suicidal behavior. *Social Work*, 53, 211-221.

Ting, L. Sanders, S. Jacobson, J.M. & Power, J.R. (2006). Dealing with the aftermath: A qualitative analysis of mental health social workers' reactions after a client suicide. *Social Work*, 51, 329–341.

Tjaden, P. & Thoennes, N. (2000). *Extent, nature, and consequences of intimate partner violence: Findings from the national violence against women survey* (Publication No. NC 181867). Washington, DC: U.S. Department of Justice. Retrieved from www.ojp.usdoj.gov/nij/pubs-sum/181867.htm

Toker, S. Shirom, A. Shapira, I. Berliner, S. & Melamed, S. (2005). The association between burnout, depression, anxiety, and inflammation biomarkers: C-reactive protein and fibrinogen in men and women. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10, 344-362.

Tosone, C. Bialkin, L. Campbell, M. Charters, M. Gieri, K. Gross, S. Rosenblatta, L. Groundsa, C. Sandlera, J. Johnsona, K. Scalia, M. Kitsona, D. Spiroa, M. Lanza, S. & Stefana, A. (2003). Shared trauma: Group reflections in the September 11th disaster. *Psychoanalytic Social Work*, 10(1), 57-77.

Tosone, C. & Bialkin, L. (2004). Mass trauma and secondary trauma: Issues for the clinicians, In Straussner, S.L. and Kolko Phillips, N. (eds), *Understanding Mass Violence: A Social Work Perspective*, Boston, Pearson.

Tosone, C. Bettman, J.E. Minami, T. & Jaspersen, R.A. (2010). New York City social workers after 9/11: their attachment, resiliency, and compassion fatigue. *Intervention Journal Emergency Mental Health*, 12(2), 103-116.

Tousignant, M. (1992). *Les origines sociales et culturelles des troubles psychologiques*, Presses Universitaires de France, Paris.

Tower, K. (2000). In our own image: shaping attitudes about social work through television production, *Journal of Social Work Education*, 36(3), 575–585.

Townsend, S.M. (2005). Organizational correlates of secondary traumatic stress and burnout among sexual assault nurse examiners. *Dissertation Abstracts International*, 66(12), 6961.

Tracy, S. (2006). *How cumulative stress affected the lived experience of emergency medical service workers after a horrific natural disaster: implications for professional counsellors*, California University, Pennsylvania.

TVA, (2008). Carambolage à Saguenay 14 véhicules se percutent sur l'autoroute 70. <http://tvanouvelles.ca/lcn/infos/faitsdivers/archives/2008/01/20080129-110853.html>

Ursano, R.S. & Fullerton, C.S. (1990). Cognitive and behavioral responses to trauma. *Journal of applied social psychology*, 20, 1766-1775.

Valent, P. (2002). Diagnosis and treatment of helper stresses, traumas, and illnesses. In C.R. Figley (Ed.), *Treating compassion fatigue* (pp.17-37). New York: Brunner-Routledge.

Vallerand, R.J. Paquet, Y. Philippe, F.L. & Charest, J. (2010). On the role of passion for work in burnout : A process model. *Journal of Personality*, 78, 289-312.

Vallerand, R.J. Salvy, S.J. Mageau, G.A. Elliot, A.J. Denis, P.L. Grouzet, F.M.E. & Blanchard, C. (2007). On the role of passion in performance. *Journal of Personality*, 75, 505-534.

Vanier, C. & Fortin, D. (1996). Une étude exploratoire des sources de stress et de soutien social chez les intervenantes communautaires en santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 21(2)200-23.

Veilleux, J.C. (2011). Coping with client death: Using a case study to discuss the effects of accidental, undetermined, and suicidal deaths on therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42(3), 222-228.

Viau, M-E. (2012). *Santé psychologique et performance des employés : L'influence du travail émotionnel et de la passion du travail*. Doctorat. Université de Sherbrooke. 139p.

Violet, J. (2010). *La fatigue de compassion et les besoins en gestion des ressources humaines; Les perceptions de quelques intervenants en soins du syndrome de stress post-traumatique*, Mémoire, Université du Québec à Montréal.

Voss Horrell, S.C. Holohan, D.R. Didion, L.M. & Vance, G.T. (2011). Treating Traumatized OEF/OIF Veterans: How Does Trauma Treatment Affect the Clinician?, *Professional Psychology: Research and Practice*, 42(1), 79–86.

Walsh, D.S. (2009). Interventions to reduce psychosocial disturbance following humanitarian relief efforts involving natural disasters: An integrative review. *International Journal of Nursing Practice*, 15(4), 231-240.

Walter Bowles, V. (2009). *Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue, and Burnout: A Survey of CACREP Counseling Interns' Perceptions of Wellness*, Dissertation, Virginia Polytechnic Institute, 137p.

Waters, D. & Saunders, J.T. (1996). I gave at the office. *The Family Therapy Networker*, 20(2), 44–50.

Warren, J. Morgan, M.M. Blue Morris, L-N. & Morris, T.N. (2010). Breating words slowly: Creative Writing and counselor self-care-The writing workout, *Journal of Creativity in Mental Health*, 5, 109–124.

Weaver, J.D. (1984). Work-related stressors and means of coping among crisis intervention workers and their spouses, *Emotional First Aid*, 7, 14-24.

Wee, D.F. & Myers, D. (2002). Stress responses of mental health workers following disaster: The Oklahoma City bombing. In C.R. Figley (Eds.), *Treating compassion fatigue* (pp. 57–83). New York : Brunner-Routledge.

Whittington, R. & Wykes, T. (1992). Staff strain and social support in a psychiatric hospital following assault by a patient, *Journal of Advanced Nursing*, 17, 480-486.

Winchester, R. (2003) ‘Stay or go?’, *Community Care*, p. 1494.

Winnubst, J.A.M. Marcelissen, F.H.G. & Kleber, R.J. (1982). Effects of social support in the stressor-strain relationship: A Dutch sample, *Social Science and Medicine*, 16, 475-482.

Woodard Meyers, T. & Cornille, T. (2002). The trauma of working with traumatized children. In C. R. Figley (Ed.), *Treating compassion fatigue* (pp. 39–55). New York: Brunner-Routledge.

Worthen, V. & Mcneill, B.W. (1996). A phenomenological investigation of “good” supervision events, *Journal of Counseling Psychology*, 43, 25-34.

Yassen, J. (1995). Preventing secondary traumatic stress disorder. In C. Figley (Eds.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 178–208). New York: Brunner/Mazel.

Yule, W. Hodgkinson. P. Joseph, S. Parkes, C.M. & Williams, R. (1990). The Herald of Free Enterprise: 30 months lollow up. Paper presented at the second European Conference on Traumatic Stress, Ntherlnnds, 23-27 September 1990.

Zastrow, C. & Kirst-Ashman, K. (2004). *Human behavior in the social environment*. 6thed. Belmont, CA: Brooks/Cole.

Zimmerman, G. & Weber, W. (2000). Care for the caregivers: A program for Canadian military chaplains after serving in NATO and United Nations peacekeeping missions in the 1990s. *Military Medicine*, 165(9), 687–690.

ANNEXES

ANNEXE 1 : CERTIFICATS D'ETHIQUE

Comité d'éthique de la recherche

Le 14 octobre 2010

Madame Danielle Maltais
Professeure
Département des sciences humaines

**OBJET : Décision – Approbation éthique
Intervenants sociaux et intervention en situation de crise.
N/Dossier : 602.21.10**

Madame,

Lors de sa réunion tenue le **17 septembre 2010**, le Comité d'éthique de la recherche a étudié votre demande d'approbation éthique concernant le projet de recherche cité en rubrique.

Il a alors été décidé à l'unanimité de vous demander de remplir certaines conditions préalablement à la délivrance de votre approbation éthique.

Ayant satisfait les conditions demandées, vous trouverez ci-joint votre approbation éthique valide jusqu'au **31 décembre 2014**.

Nous vous rappelons qu'il est de la responsabilité du chercheur de toujours détenir une approbation éthique **valide**, et ce, tout au long de la recherche. De plus, toute modification au protocole d'expérience et/ou aux formulaires joints à ce protocole d'expérience doit être approuvée par le Comité d'éthique de la recherche.

En vous souhaitant la meilleure des chances dans la poursuite de vos travaux, veuillez accepter, Madame, nos salutations distinguées.



Marie-Julie Potvin
Coordonnatrice CÉR
UQAC

APPROBATION ÉTHIQUE

Dans le cadre de l'Énoncé de politique des trois conseils : éthique de la recherche avec des êtres humains et conformément au mandat qui lui a été confié par la résolution CAD-7163 du Conseil d'administration de l'Université du Québec à Chicoutimi, approuvant la *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains* de l'UQAC, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Chicoutimi, à l'unanimité, délivre la présente approbation éthique puisque le projet de recherche mentionné ci-dessous rencontre les exigences en matière éthique et remplit les conditions d'approbation dudit Comité.

La présente est délivrée pour la période du 14 octobre 2010 au 31 décembre 2014

Pour le projet de recherche intitulé : *Intervenants sociaux et intervention en situation de crise.*

Responsable du projet de recherche : *Madame Danielle Maltais*

Fait à Ville de Saguenay, le 14 octobre 2010



François Guérard
Président
Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains

Le 19 juin 2012

Madame Danielle Maltais
Département des sciences humaines
Université du Québec à Chicoutimi
Local H4-1130
555, boulevard Université
Chicoutimi (Québec) G7H 2B1

Centre administratif
305, rue Saint-Vallier
Chicoutimi (Québec)
G7H 5H6
Tél. : (418) 541-1000

150, rue Pinel
Chicoutimi (Québec)
G7G 3W4
Tél. : (418) 549-5474

411, rue Hôtel-Dieu
Chicoutimi (Québec)
G7H 7Z5
Tél. : (418) 543-2221

222, rue Saint-Éphrem
Chicoutimi (Québec)
G7G 2W5
Tél. : (418) 690-3924

904, rue Jacques-Cartier Est
Chicoutimi (Québec)
G7H 2A9
Tél. : (418) 698-3900

257, rue Saint-Armand
Chicoutimi (Québec)
G7G 1S4
Tél. : (418) 698-3914

1236, rue d'Angoulême
Chicoutimi (Québec)
G7H 6P9
Tél. : (418) 698-3907

Objet : Décision finale positive (Lettre P6)

MP-CSSS-CHIC-11-024 - Intervenants sociaux et intervention sociale en situation de crise

Chercheure principale coordonnatrice : Danielle Maltais, Ph. D., Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)

Co-investigateurs : Lise Lachance, Université du Québec à Montréal (UQAM) et Simon Gauthier, Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale (CRAIP)

Madame Maltais,

Nous avons le plaisir de vous informer que la décision préliminaire prise le 4 juin 2012 par notre CÉR, qui agit à titre d'instance principale dans le présent dossier, a été **endossée** par une partie des CÉR locaux et des établissements en cause. Le projet en titre est donc définitivement approuvé, sur le plan éthique, pour les établissements suivants :

Saguenay-Lac-St-Jean (02)

- CSSS de Chicoutimi
- CSSS de Jonquière
- CSSS Cléophas-Claveau

Montréal (06)

- CSSS de la Montagne
- CSSS Jeanne-Mance

Chaudière-Appalaches (12)

- CSSS de Beauce

Lanaudière (14)

- CSSS du Sud de Lanaudière

Laurentides (15)

- CSSS d'Argenteuil
- CSSS des Pays-d'en-Haut

Montérégie (16)

- CSSS Haut-Richelieu–Rouville
- CSSS Richelieu-Yamaska
- CSSS Vaudreuil-Soulanges

Par ailleurs, vous voudrez bien noter que les établissements suivants n'ont pas endossé notre décision, pour des raisons relevant de la convenance institutionnelle :

Bas-St-Laurent (01)

- CSSS de la Mitis
- CSSS des Basques
- CSSS de Kamouraska
- CSSS de la Matapédia
- CSSS de Matane

Saguenay–Lac-St-Jean (02)

- CSSS de Lac-St-Jean-Est
- CSSS Maria-Chapdelaine
- CSSS Domaine-du-Roy

Estrie (05)

- CSSS du Haut-Saint-François
- CSSS des Sources
- CSSS du Val-Saint-François
- CSSS de Memphrémagog
- CSSS du Granit

Montréal (06)

- CSSS de l'Ouest-de-l'Île

Abitibi-Témiscamingue (08)

- CSSS des Aurores-Boréales
- CSSS les Eskers de l'Abitibi
- CSSS de la Vallée-de-l'Or
- CSSS du Témiscamingue

Côte-Nord (09)

- CSSS de la Minganie
- CSSS de Port-Cartier
- CLSC Naskapi
- CSSS de Manicouagan
- CSSS de Sept-Îles
- CSSS de la Basse-Côte-Nord
- CSSS de l'Hématite

Nord-Du-Québec (10)

- CRSSS de la Baie-James

Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (11)

- CSSS de la Haute-Gaspésie
- CSSS du Rocher-Percé
- CSSS des Îles
- CSSS de la Baie-des-Chaleurs
- CSSS de la Côte-de-Gaspé

Chaudière-Appalaches (12)

- CSSS de la région de Thetford
- CSSS de Montmagny-l'Islet
- CSSS Alphonse-Desjardins
- Laurentides (15)**
- CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes
- CSSS d'Antoine-Labelle
- Montérégie (16)**
- CSSS Champlain–Charles Lemoyne
- CSSS Pommeraie
- CSSS Pierre-De-Saurel
- CSSS du Suroît
- CSSS du Haut-Saint-Laurent

D'autre part, veuillez noter que les établissements suivants réservent encore leur décision :

- Estrie (05)**
- CSSS de l'UUGS
- Montréal (06)**
- CSSS Cavendish
- CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent
- CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord
- CSSS Lucille-Teasdale
- CSSS de la Pointe-de-l'Île
- Laurentides (15)**
- CSSS de Saint-Jérôme
- Montérégie (16)**
- CSSS Haute-Yamaska

Finalement, nous avons été informés que les établissements suivants ne participeront pas au projet pour des raisons relevant de la convenance institutionnelle :

- Bas-St-Laurent (01)**
- CSSS de Rivière-du-Loup
- CSSS de Témiscouata
- Estrie (05)**
- CSSS de la MRC-de-Coaticook
- Montréal (06)**
- CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle
- CSSS du Sud-Ouest–Verdun
- CSSS du Cœur-de-l'Île
- CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel
- Abitibi-Témiscamingue (08)**
- CSSS de Rouyn-Noranda
- Côte-Nord (09)**
- CSSS de la Haute-Côte-Nord
- Chaudière-Appalaches (12)**
- CSSS des Etchemins
- Laurentides (15)**

- CSSS Thérèse-De Blainville
- CSSS des Sommets

Montérégie (16)

- CSSS Pierre-Boucher
- CSSS Jardins-Roussillon

Nous tenons à vous rappeler que la décision préliminaire qui est confirmée par la présente avait été rendue alors que le quorum était atteint.

Cette approbation suppose également que vous vous engagez :

- 1) à **respecter la décision du CÉR principal** et, le cas échéant, les **conditions propres à chacun des établissements en cause**;
- 2) à rendre compte, au CÉR principal et aux établissements en cause, du **déroulement du projet, des actes des chercheurs locaux et de l'équipe de recherche** ainsi que du **respect des normes de l'éthique** s'appliquant au projet;
- 3) à respecter les moyens relatifs au **suivi continu** prévus à l'article 11.5 du mécanisme multicentrique et à utiliser les formulaires préparés à cette fin, soit :
 - de s'assurer que les modalités arrêtées au regard du mécanisme d'identification des sujets de recherche sont respectées;
 - de lui soumettre, aux fins d'approbation préalable, toute modification autre qu'administrative apportée au projet de recherche;
 - de lui notifier, dans les meilleurs délais, tout accident lié à une procédure du projet ainsi que de lui signaler expressément les événements qui concernent l'un des établissements en cause et d'en aviser le CÉR local ou, à défaut, l'établissement en cause;
 - de lui notifier, dans les meilleurs délais, tout nouveau renseignement susceptible d'affecter l'éthicité du projet de recherche ou, encore, d'influer sur la décision d'un sujet de recherche quant à sa participation au projet;
 - de lui communiquer, dans les meilleurs délais, toute suspension ou annulation d'autorisation relative au projet qu'aura formulé un organisme subventionnaire ou de réglementation;
 - de lui communiquer, dans les meilleurs délais, toute modification constatée au chapitre de l'équilibre clinique à la lumière des données recueillies;
 - de lui communiquer, dans les meilleurs délais, tout problème constaté par un tiers au cours d'une activité de surveillance ou de vérification, interne ou externe, qui est susceptible de remettre en question soit l'éthicité du projet, soit sa décision;
 - de lui remettre, dans les meilleurs délais, un rapport concernant l'interruption prématurée, temporaire ou définitive, du projet dans un site ou dans tous les sites, rapport dans lequel il indiquera la nature et les motifs de cette interruption ainsi que les répercussions que celle-ci aura sur les sujets de recherche, le cas échéant;
 - de lui remettre un rapport annuel faisant état de l'avancement de ses travaux de recherche;

- de lui remettre, dans les meilleurs délais, un rapport final faisant état des résultats de sa recherche ;
 - de conserver de façon adéquate et pour une durée déterminée, aux fins du suivi continu, les documents se rapportant à la recherche.
- 4) à **conserver les dossiers de recherche** pendant au moins deux ans (ou une période plus longue, selon le cas ou l'exigence particulière d'un CÉR local) après la fin du projet afin de permettre leur éventuelle vérification par une instance déléguée par le comité :

Laurentides (15)

- CSSS d'Argenteuil : La durée de conservation des dossiers avant archivage est de trois ans.

- 5) à respecter les modalités arrêtées au regard du **mécanisme d'identification des sujets de recherche** de chacun des établissements en cause, à savoir :

- la tenue à jour et la conservation de la liste à jour des sujets de recherche recrutés ou du nombre de sujets recrutés, ventilés par établissement, pour les établissements suivants qui pourront l'obtenir sur demande :

Saguenay–Lac-St-Jean (02)

- CSSS de Chicoutimi

Montréal (06)

- CSSS de la Montagne
- CSSS Jeanne-Mance

Lanaudière (14)

- CSSS du Sud de Lanaudière

Laurentides (15)

- CSSS d'Argenteuil

Montérégie (16)

- CSSS Richelieu-Yamaska
- CSSS Vaudreuil-Soulanges

- la transmission de la liste des sujets de recherche recrutés dans un établissement, aux fins du répertoire centralisé des établissements suivants :

S.O.

Les documents que vous pouvez utiliser pour la réalisation de votre projet sont les suivants :

- Protocole de recherche, version datée du 24 mai 2012
- Résumé du projet, version soumise au CRSH, version datée du 24 mai 2012
- Tableau comprenant les étapes de la recherche, sites à l'étude, population cible, outil de collecte de données et attentes des sites participant à l'étude, version datée du 24 mai 2012
- Formulaire d'information et de consentement pour les responsables locaux du volet psychosocial en mesure d'urgence des CSSS (entrevue semi-dirigée), version datée du 1^{er} juin 2012
- Formulaire d'information et de consentement pour les directrices et les directeurs des services Info-Santé et Info-Social (entrevue semi-dirigée), version datée du 1^{er} juin 2012

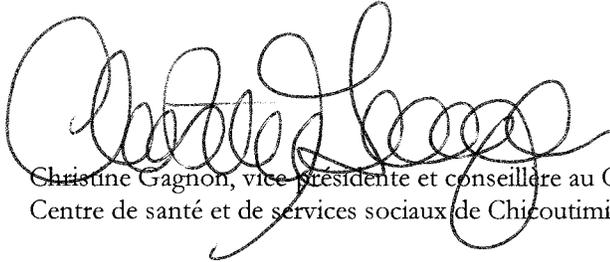
- Formulaire d'information et de consentement pour rencontre de groupe Info-Santé et Info-Social, version datée du 1^{er} juin 2012
- Formulaire d'information et de consentement pour intervenants psychosociaux des CSSS (rencontre de groupe), version datée du 1^{er} juin 2012
- Formulaire d'information et de consentement pour professionnels en intervention psychosociale des services Info-Santé et Info-Social (questionnaire autoadministré), version datée du 1^{er} juin 2012
- Formulaire d'information et de consentement pour intervenants psychosociaux des CSSS (questionnaire autoadministré), version datée du 1^{er} juin 2012
- Liste des Programmes d'aide aux employés, des commissaires aux plaintes et des CÉR ayant évalué le projet, version datée du 19 juin 2012
- Lettre d'invitation à participer à l'étude, destinée aux professionnels en intervention psychosociale au sein du volet social du Service Info-Santé et Info-Social, version datée du 1^{er} juin 2012
- Lettre d'invitation à participer à l'étude, destinée aux intervenants psychosociaux des CSSS du Québec qui sont intervenus au cours des sept dernières années auprès de victimes de désastre, de sinistre ou de tragédie majeure, version datée du 1^{er} juin 2012
- Fiche signalétique des intervenants sociaux étant intervenus lors de sinistre ou de tragédie majeure, version datée du 24 mai 2012
- Fiche signalétique responsable local des mesures d'urgence au sein des CSSS, version datée du 24 mai 2012
- Fiche signalétique directrice-directeur du service Info-Santé et Info-Social des CSSS, version datée du 24 mai 2012
- Fiche signalétique professionnels en intervention psychosociale du volet social du service Info-Santé et Info-Social, version datée du 24 mai 2012
- Guide d'entrevue destiné aux directrices-directeurs du service Info-Santé et Info-Social des CSSS, version datée du 24 mai 2012
- Guide d'entrevue destiné aux responsables locaux du volet « sécurité civile » des CSSS, version datée du 24 mai 2012
- Guide d'entrevue destiné aux intervenants sociaux étant intervenus en situation de catastrophe ou de tragédie majeures, version datée du 24 mai 2012
- Guide d'entrevue (rencontre de groupe) destiné aux professionnels en intervention psychosociale du volet du service Info-Santé et Info-Social, version datée du 24 mai 2012
- Questionnaire destiné aux professionnels en intervention psychosociale du volet du service Info-Santé et Info-Social, version datée du 24 mai 2012
- Questionnaire destiné aux intervenants psychosociaux œuvrant dans les CSSS lors de sinistres ou de tragédies majeures, version datée du 24 mai 2012

La présente décision vaut pour **une année, soit du 19 juin 2012 au 19 juin 2012**, et peut être suspendue ou révoquée en cas de non-respect de ces conditions.

En terminant, je vous demanderais de bien vouloir mentionner, dans votre correspondance, le numéro MP-CSSS-CHIC-11-024 attribué à votre demande par notre institution.

Nous vous prions de recevoir, Madame Maltais, l'expression de nos sentiments les meilleurs et nous vous souhaitons le meilleur des succès dans la réalisation de votre projet.

Clicours.COM



Christine Gagnon, vice-présidente et conseillère au Comité d'éthique de la recherche
Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi

CG/ah

- p. j. (6) Formulaire d'information et de consentement, version datée du 1^{er} juin 2012
Liste des Programmes d'aide aux employés, des commissaires aux plaintes et des CÉR ayant évalué le projet, version datée du 19 juin 2012 approuvée par le CÉR
(2) Lettres d'invitation à participer à l'étude, version datée du 1^{er} juin 2012
(4) Fiches signalétiques, version datée du 24 mai 2012
(4) Guides d'entrevue, version datée du 24 mai 2012
(2) Questionnaires autoadministrés, version datée du 24 mai 2012
Lettres de chaque établissement relativement à l'acceptation ou au refus de participer au projet (transmises à la chercheuse uniquement)
- c. c. Véronique Gauthier, assistante de recherche UQAC (par courriel uniquement : veronique.gauthier2010@hotmail.com)

CÉR locaux (par courriel uniquement) :**Bas-St-Laurent (01)**

CÉR du KRTB (Kamouraska – Rivière-du-Loup – Témiscouata – Les Basques) (Cyr B. Dumas cyr.dumas.csssrdl@ssss.gouv.qc.ca)

Estrie (05)

CÉR des CSSS de l'Estrie (Line Turcotte lturcotte.csss-iugs@ssss.gouv.qc.ca)

Montréal (06)

CÉR du CSSS de l'Ouest-de-l'Île (Judith Oke okej.lgh@ssss.gouv.qc.ca et Gisèle Laforest glaforest.lgh@ssss.gouv.qc.ca)

CÉR du CSSS Cavendish (Jean-Pierre Lavoie jean-pierre.lavoie.cvd@ssss.gouv.qc.ca)

CÉR du CSSS Jeanne-Mance (Christine Brassard christine.brassard@ssss.gouv.qc.ca)

CÉR du CSSS de la Montagne (Andréanne Boisjoli andreanne.boisjoli.cdn@ssss.gouv.qc.ca et Françoise Vityé ethique.recherche.dlm@ssss.gouv.qc.ca)

CÉR de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (Isabelle Mondou imondou@santepub-mtl.qc.ca) pour les CSSS Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent, d'Ahuntsic et Montréal-Nord, Lucille-Teasdale et de la Pointe-de-l'Île

Chaudière-Appalaches (12)

CÉR du CSSS de Beauce (Marc Daigneault marc.daigneault.csssbeauce@ssss.gouv.qc.ca et Brigitte Turgeon brigitte.turgeon.csssbeauce@ssss.gouv.qc.ca)

CÉR du CSSS de la région de Thetford (Sylvie Argouin sylvie_argouin@ssss.gouv.qc.ca)

CÉR du CSSS Alphonse-Desjardins (Jenny Kaeding jenny_kaeding@ssss.gouv.qc.ca, Guylaine Martineau guylaine_martineau@ssss.gouv.qc.ca et Martin Gagné martin.gagne@ssss.gouv.qc.ca) et aussi pour le CSSS de Montmagny-l'Islet)

Lanaudière (14)

CÉR du CSSS du Sud de Lanaudière (Julie Gagnon comiteethiquerecherche@cssssl.ca et Bernard Deschênes bernard.deschenes.reg14@ssss.gouv.qc.ca)

Laurentides (15)

CÉR du CSSS de Saint-Jérôme (Marie-Josée Bernardi marie-josée.bernardi@cdsj.org) pour les CSSS de Saint-Jérôme et d'Argenteuil

Montérégie (16)

CÉR du CSSS Richelieu-Yamaska (Isabelle Duclos isabelle.duclos@rrsss16.gouv.qc.ca, Geneviève Capistran genevieve.capistran@rrsss16.gouv.qc.ca et Yolande Godbout yolande.godbout@rrsss16.gouv.qc.ca)

CÉR du CSSS Champlain-Charles Lemoyne (Geneviève Coeur-Laguerre genevieve.coeur-laguerre@rrsss16.gouv.qc.ca et Marielle Faubert 16_ch_cl_cer-irb@rrsss16.gouv.qc.ca)

CER du CSSS Haute-Yamaska (Brigitte Dionne brigitte.dionne@rrsss16.gouv.qc.ca)

Établissements en cause avec CÉR pour la convenance (par courriel uniquement) :

Bas-St-Laurent (01)

CSSS des Basques (Luce Lepage luce.lepage.csssbasques@ssss.gouv.qc.ca)

CSSS de Kamouraska (Gilles Tremblay gilles.tremblay.dgi.csssk@ssss.gouv.qc.ca)

Saguenay-Lac-Saint-Jean (02)

CSSS de Chicoutimi (Céline Bélanger celine.belanger@recherche-caurc.org)

CSSS de Jonquière (Line Bergeron line.bergeron@ssss.gouv.qc.ca)

CSSS de Lac-St-Jean-Est (Annie Poirier annie.poirier@ssss.gouv.qc.ca et Marie-Karlynn Laflamme mariekarlynn.laflamme@ssss.gouv.qc.ca)

CSSS Maria-Chapdelaine (Céline Benoit celine.benoit@ssss.gouv.qc.ca et Sonia Boivin sonia.boivin.cmc@ssss.gouv.qc.ca)

Montréal (06)

CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent (Lyne Chayer lyne.chayer.bcstl@ssss.gouv.qc.ca)

CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord (Isabelle Gagné isabelle.gagne.csssamn@ssss.gouv.qc.ca)

CSSS Lucille-Teasdale (Daniel Corbeil daniel.corbeil.lteas@ssss.gouv.qc.ca)

CSSS de la Pointe-de-l'Île (Ginette Turcot ginette.turcot.pdi@ssss.gouv.qc.ca)

Chaudière-Appalaches (12)

CSSS de Montmagny-l'Islet (Ginette Bernier ginette.bernier@ssss.gouv.qc.ca)

Laurentides (15)

CSSS d'Argenteuil (Christiane Lemay christiane.lemay@ssss.gouv.qc.ca)

Établissements en cause sans CÉR (par courriel uniquement) :

Bas-St-Laurent (01)

CSSS de La Mitis (Alma Leblanc alma.leblanc.rsmit@ssss.gouv.qc.ca)

CSSS de la Matapédia (Alain Paquet alain.paquet.csssmatapedia@ssss.gouv.qc.ca)

CSSS de Matane (Nicole Morin nicole.morin.csssmatane@ssss.gouv.qc.ca)

Saguenay-Lac-St-Jean (02)

CSSS Cléophas-Claveau (Josée Roy-Gagnon josee.roygagnon@ssss.gouv.qc.ca)

CSSS Domaine-du-Roy (Jacques Dubois jacques.dubois@ssss.gouv.qc.ca)

Estrie (05)

CSSS du Haut-Saint-François (Anne Simard asimard.hsf@ssss.gouv.qc.ca)

CSSS des Sources (Mario Morand mmorand.dessources@ssss.gouv.qc.ca)

CSSS du Val-Saint-François (Pierre Lalande plalande.vsf@ssss.gouv.qc.ca)

CSSS de Memphrémagog (Monique Corbeil mcorbeil.mm@ssss.gouv.qc.ca)

CSSS du Granit (Pierre Latulippe platulippe.granit@ssss.gouv.qc.ca)

Abitibi-Témiscamingue (08)

CSSS des Aurores-Boréales (Paul Fortin paul.fortin@ssss.gouv.qc.ca)

CSSS les Eskers de l'Abitibi (Michel Michaud michel.michaud@ssss.gouv.qc.ca)

CSSS de la Vallée-de-l'Or (Jérôme Lamont jerome.lamont@ssss.gouv.qc.ca)

CSSS du Témiscamingue (Carole Lahaie carole_lahaie1@ssss.gouv.qc.ca)

Côte-Nord (09)

CSSS de la Minganie (Danièle Limoges danièle_limoges@ssss.gouv.qc.ca)

CSSS de Port-Cartier (Daniel Camiré daniel_camire@ssss.gouv.qc.ca)

CLSC Naskapi (Keith Leclaire keith.leclaire.09naskp@ssss.gouv.qc.ca)

CSSS de Manicouagan (Daniel Côté dan_cote@ssss.gouv.qc.ca)

CSSS de Sept-Îles (Martin Beaumont martin.beaumont.09siles@ssss.gouv.qc.ca)

CSSS de la Basse-Côte-Nord (Martin Beaumont martin.beaumont.09siles@ssss.gouv.qc.ca)

CSSS de l'Hématite (Normand Ducharme normand_ducharme@ssss.gouv.qc.ca)

Nord-Du-Québec (10)

CRSSS de la Baie-James (Nathalie-Boisvert nathalie_boisvert_crsssbj@ssss.gouv.qc.ca)

Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (11)

CSSS de la Haute-Gaspésie (Hélène Laprise helene.laprise.cssshg@ssss.gouv.qc.ca)

CSSS du Rocher-Percé (Chantal Duguay chantal.duguay.chchandler@ssss.gouv.qc.ca)

CSSS des Îles (Marie Gibeault marie.gibeault.archipel@ssss.gouv.qc.ca)

CSSS de la Baie-des-Chaleurs (Jean-Philippe Legault jean-philippe.legault.csssbc@ssss.gouv.qc.ca)

CSSS de la Côte-de-Gaspé (Lise Pouliot lise.pouliot.chgaspe@ssss.gouv.qc.ca)

Laurentides (15)

CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes (Danielle Beaudry danielle.beaudry.clscjoc@ssss.gouv.qc.ca)

CSSS des Pays-d'en-Haut (Sylvie Laganière sylvie_laganiere@ssss.gouv.qc.ca)

CSSS d'Antoine-Labelle (Jean-Pierre Urbain jean-pierre.urbain@ssss.gouv.qc.ca)

Montérégie (16)

CSSS Haut-Richelieu-Rouville (Christine Lessard christine.lessard@rrsss16.gouv.qc.ca)

CSSS Pommerai (Christine Tougas christine.tougas@rrsss16.gouv.qc.ca)

CSSS Vaudreuil-Soulanges (Nicole Delorme nicole.delorme@rrsss16.gouv.qc.ca)

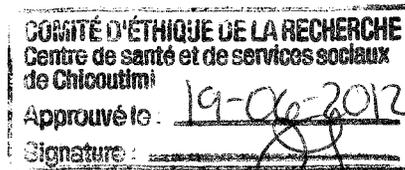
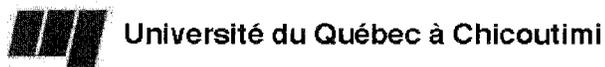
CSSS Pierre-De-Saurel (Benoît Marchessault benoit.marchessault@rrsss16.gouv.qc.ca)

CSSS du Suroît (François Rabeau francois.rabeau@rrsss16.gouv.qc.ca)

CSSS du Haut-Saint-Laurent (Sophie Doucet sophie.doucet@rrsss16.gouv.qc.ca)

Ref: MP-CSSS-CHIC-11-024 Lettre P6_Approbation projet_CÉR princ_19-06-2012.doc

ANNEXE 2 : LETTRE D'INVITATION A LA RECHERCHE



De : Danielle Maltais, Professeure
Département des sciences humaines (DSH)
Unité d'enseignement en travail social
555, boulevard de l'Université
Chicoutimi (Québec) G7H 2B1

Objet : Participation à l'étude « *Intervenants sociaux et intervention en situation de crise* ».

Lettre adressé aux : Intervenants psychosociaux des CSSS du Québec étant intervenus au cours des sept dernières années auprès de victimes de sinistres ou de tragédies majeures

Date :

Madame, Monsieur,

Une vaste étude est réalisée dans l'ensemble du Québec visant à documenter le vécu des intervenants psychosociaux des CSSS appelés à intervenir lors de l'application de mesures d'urgence lors de sinistres ou de tragédies majeures. La participation à cette étude est volontaire. Cette étude consiste, entre autres, à demander à l'ensemble des intervenants de compléter le questionnaire autoadministré d'une durée approximative de 45 à 60 minutes. Votre participation est importante, car elle contribuera à l'avancement des connaissances dans ce domaine et les résultats de cette étude permettront de suggérer la mise en place de moyens ou de stratégies permettant de faciliter le travail des intervenants psychosociaux qui ont à intervenir lors d'un sinistre ou d'une tragédie majeure. Vous trouverez ci-joint le questionnaire auquel nous vous demandons de répondre en toute sincérité. Rappelez-vous qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, il y a seulement votre opinion qui compte.

Dans le cadre de cette étude, nous considérons que les termes « sinistre », « désastre » ou « catastrophe » sont des synonymes. Selon le Gouvernement du Québec, il existe deux types de sinistres;

Sinistre majeur :

Un événement dû à un phénomène naturel, une défaillance technologique ou un accident découlant ou non de l'intervention humaine, qui cause de graves préjudices aux personnes ou d'importants dommages aux biens et exige des mesures inhabituelles de la collectivité affectée, notamment une inondation, une secousse sismique, un mouvement de sol, une explosion, une émission toxique ou une pandémie. De plus, dans le cadre de la présente étude, l'arrivée massive de ressortissants étrangers figure dans cette catégorie de sinistres.

Sinistre mineur :

Un événement de même nature qu'un sinistre majeur, mais qui ne porte atteinte qu'à la sécurité d'une ou de quelques personnes.

Pour sa part le terme **tragédie** correspond à un accident, un malheur ou un événement qui perturbe la vie de quelques individus simultanément. Le nombre de personnes affectées est relativement restreint en comparaison d'un sinistre. Voici des exemples de tragédies considérées dans cette étude:

carambolage de plusieurs voitures, incendie dans un immeuble à logements multiples, décès soudain d'un enfant fréquentant un établissement d'enseignement, la fermeture d'une usine.

Nous profitons aussi de cette occasion pour **vous inviter à participer à l'entrevue de groupe**, d'une durée approximative de 90 à 120 minutes, où nous espérons qu'entre 8 et 15 personnes y participent. Cette entrevue de groupe aura lieu au sein du territoire de votre Agence de santé et des services sociaux le _____ à l'adresse suivante : _____. Cette entrevue de groupe vous permettra d'exprimer davantage vos perceptions concernant la réalité des intervenants psychosociaux appelés à intervenir en cas d'urgence et de partager vos observations avec vos collègues. Lors de l'entrevue de groupe, les thèmes abordés seront les suivants; types de sinistres les plus fréquents dans votre région, caractéristiques du plus récent sinistre, responsabilités attribuées généralement aux intervenants psychosociaux, formations reçues et qualités requises, supervision et soutien offerts aux intervenants pendant et après la période de crise, types de relation/partenariat entre les différents intervenants, principales sources de satisfaction/insatisfaction rencontrées, principales difficultés ou préoccupations rencontrées lors de la gestion des différentes phases des récents sinistres, principales difficultés vécues en intervention de crise en lien avec les différents types de clientèles, contraintes/événements qui facilitent ou nuisent au travail des intervenants psychosociaux durant une catastrophe, impacts positifs et négatifs de l'intervention en situation de crise sur les différents aspects de vie, facteurs contribuant ou non à la résilience des intervenants psychosociaux.

Pour confirmer votre présence à cette entrevue de groupe, nous vous prions de communiquer soit par téléphone avec la chercheuse principale de l'étude Madame Danielle Maltais au 418-545-5011 poste 5284 (ou sans frais au 1 800-463-9880 poste 5284) ou avec l'assistante de recherche Véronique Gauthier au 418-545-5011 poste 4252 (ou sans frais au 1 800-463-9880 poste 4252) **avant le** : _____. De plus, vous pouvez aussi confirmer votre présence en envoyant un message électronique à l'adresse suivante : veronique.gauthier2@uqac.ca avant la même date mentionnée ci-haut.

Nous espérons que vous pourrez compléter le questionnaire autoadministré ci-joint et que nous aurons le plaisir de vous rencontrer lors de la tenue de l'entrevue de groupe.

Veillez accepter nos plus sincères remerciements.

Si vous avez des questions sur cette étude (contenu du questionnaire autoadministré, objectifs de cette étude ou de son déroulement, etc.), n'hésitez pas à communiquer avec nous.

Bien à vous!

Danielle Maltais, Ph.D.
Chercheuse principale
Unité d'enseignement en travail social (DSH/UETS)
418-545-5011 poste 5284
1-800-463-9880 poste 5284
Danielle_Maltais@uqac.ca

Véronique Gauthier
Assistante de recherche
Maitrise en travail social (DSH/UETS)
418-545-5011 poste 4252
1-800-463-9880 poste 4252
veronique.gauthier2@uqac.ca

ANNEXE 3 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

**FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT POUR LES INTERVENANTS
PSYCHOSOCIAUX DES CSSS (ENTREVUE DE GROUPE)**

Titre du projet :	Intervenants sociaux et intervention en situation de crise
Chercheure responsable :	Danielle Maltais, Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)
Cochercheurs :	Lise Lachance, Université du Québec à Montréal (UQAM) Simon Gauthier, Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale (CRAIP)
Assistante de recherche :	Véronique Gauthier (UQAC)
Organisme subventionnaire :	Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH)

Préambule

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la chercheure responsable du projet ou aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout renseignement qui n'est pas clair.

Nature et objectifs du projet de recherche

Nous demandons votre participation pour une étude visant à mieux comprendre le vécu des intervenants psychosociaux qui ont eu à intervenir ou qui interviennent auprès des individus en situation de sinistres ou de tragédies majeures ou qui travaillent au sein du volet social du Service Info-Santé et Info-Social.

Ce projet vise quatre objectifs spécifiques : 1) recenser les principales sources de satisfaction et les difficultés rencontrées par les intervenants psychosociaux du Québec qui travaillent en situation de crise au volet social du Service Info-Santé et Info-Social ou lors de sinistres ou de tragédies majeures 2) recueillir le point de vue de ces intervenants sur les impacts positifs et négatifs de l'intervention en situation de crise au volet social du Service Info-Santé et Info-Social ou lors de sinistres ou de tragédies majeures sur leur santé biopsychosociale et leur performance au travail; 3) identifier les facteurs de risque et de protection personnels, familiaux, contextuels, sociaux, organisationnels, environnementaux qui contribuent, chez ces intervenants, au maintien

d'un état de satisfaction et à leur résilience, ou au développement de problèmes et 4) comparer les résultats en fonction de l'intervention en situation de crise au volet social du Service Info-Santé et Info-Social ou lors de sinistres ou de tragédies majeures.

Ce projet de recherche multicentrique vise le recrutement de 4 à 6 gestionnaires du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), de l'ensemble des gestionnaires des différentes Agences de santé et des services sociaux (ASSS) du Québec, des responsables au volet social du Service Info-Santé et Info-Social ainsi que des directeurs ou directrices au volet social du Service Info-Santé et Info-Social des CSSS pour la tenue d'entrevues semi-dirigées.

Des entrevues semi-dirigées seront également réalisées auprès des responsables locaux du volet psychosocial en mesure d'urgence au sein des différents Centres de santé et de services sociaux (CSSS) participant à cette étude.

Ensuite, un questionnaire autoadministré sera envoyé à l'ensemble des intervenants psychosociaux travaillant dans les différents CSSS du Québec, ayant accepté de participer à cette étude, qui ont travaillé au moins une fois lors d'un sinistre ou d'une tragédie majeure au cours des sept dernières années et auprès de l'ensemble des professionnels en intervention psychosociale au volet social du Service Info-Santé et Info-Social des CSSS.

Enfin, cette étude se poursuivra avec la tenue de groupes focalisés (entrevue de groupe) dans certaines régions sociosanitaires du Québec, auprès d'une dizaine d'intervenants psychosociaux étant intervenus au moins une fois au cours des sept dernières années, auprès de sinistrés lors de sinistres ou de tragédies majeures et auprès du même nombre de professionnels en intervention psychosociale oeuvrant au volet social du Service Info-Santé et Info-Social des CSSS.

Déroulement du projet de recherche

Votre participation à cette recherche se fera par le biais d'une entrevue de groupe dans laquelle vous aurez à répondre à des questions ouvertes concernant votre point de vue sur les différents thèmes de la recherche, en tant qu'intervenant psychosocial étant déjà intervenu en situation de crise lors de sinistres ou de tragédies majeures où des mesures d'urgence ont dû être appliquées par les autorités civiles. Votre participation à cette recherche ne nécessite aucune préparation de votre part.

Lors de cette entrevue de groupe, les thèmes abordés seront les suivants :

- ⇒ Types de sinistres les plus fréquents dans leur région
- ⇒ Caractéristiques du plus récent sinistre
- ⇒ Responsabilités généralement attribuées aux intervenants psychosociaux
- ⇒ Formations reçues et qualités requises
- ⇒ Supervision et soutien offerts aux intervenants pendant et après la période de crise
- ⇒ Types de relation/partenariat entre les différents intervenants
- ⇒ Principales sources de satisfaction/insatisfaction rencontrées
- ⇒ Principales difficultés ou préoccupations rencontrées lors de la gestion des différentes phases de sinistres récents

Formulaire d'information et de consentement approuvé le 20 août 2012 par le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi.

- ⇒ Principales difficultés vécues en intervention de crise par rapport à la clientèle
- ⇒ Contraintes/événements qui facilitent ou nuisent au travail des intervenants psychosociaux durant une catastrophe
- ⇒ Impacts positifs et négatifs de l'intervention en situation de crise sur les différents aspects de vie
- ⇒ Facteurs contribuant ou non à la résilience des intervenants psychosociaux

L'entrevue de groupe sera enregistrée sur support audio et son contenu sera, par la suite, retranscrit intégralement et de façon confidentielle. L'enregistrement ainsi que le matériel relié à l'entrevue de groupe seront détruits une fois que toutes les étapes de la collecte des données qualitatives (entrevues semi-dirigées et entrevues de groupe) sur le terrain seront complétées.

Au début de cette entrevue de groupe, vous serez appelé à compléter une fiche signalétique, qui est un court questionnaire composé de questions fermées qui permettent de recueillir des renseignements sur les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles telles que l'âge, le sexe, l'occupation, le titre de l'emploi, etc. des répondants. Par la suite, vous aurez à répondre à une série de questions ouvertes du guide d'entrevue de groupe. Cette entrevue de groupe sera d'une durée maximale de 120 minutes et entre 8 à 15 personnes y participeront. Une seule séance sera nécessaire afin de recueillir les renseignements pertinents à la présente étude. Votre participation à cette recherche s'effectuera sur vos heures de travail.

Avantages associés au projet de recherche

Vous ne retirerez aucun avantage direct pour votre participation à cette recherche. Par ailleurs, les résultats obtenus pourraient contribuer à l'accroissement des connaissances concernant les rôles et les fonctions des intervenants psychosociaux et des professionnels en intervention psychosociale lorsqu'ils ont à intervenir en situation de crise.

Risques et inconvénients

Votre participation à cette recherche ne devrait pas vous occasionner de préjudice. Les inconvénients qui peuvent survenir lors de votre participation à cette étude sont le temps alloué à l'entrevue de groupe (120 minutes) et la fatigue pouvant en découler.

De plus, il est possible que le fait de livrer votre point de vue sur l'application des mesures d'urgence suscite en vous des réflexions ou des souvenirs émouvants ou encore désagréables. Livrer votre point de vue peut également vous rendre mal à l'aise si vos expériences ou si votre opinion diffère de celle du groupe ou encore si vous sentez de la pression de la part des autres participants à vous rallier à la majorité.

Si vous vivez une de ces expériences et que vous souhaitez mettre fin à votre participation à l'entrevue de groupe, vous pourrez le faire sans encourir d'inconvénient, mais l'entrevue se poursuivra avec les autres participants. Si un tel inconfort était ressenti de votre part, nous vous suggérons de contacter votre Service d'aide aux employés (la liste des coordonnées du Service d'aide aux employés de tous les CSSS participants est jointe à l'annexe A et fait partie intégrante du formulaire de consentement).

Participation volontaire et possibilité de retrait

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Lors de la tenue de l'entrevue de groupe, vous pouvez également refuser de répondre à certaines questions ou vous retirer de ce projet à n'importe quel moment pendant l'entrevue de groupe, sans avoir à donner de raison, en faisant connaître votre décision à la chercheuse responsable du projet ou à l'un des membres du personnel affecté au projet.

Vous devez toutefois être conscient que si vous vous retirez en cours de route, nous ne pourrons pas mettre fin à l'entrevue de groupe et à son enregistrement. Notez également que lors de la transcription intégrale de cette entrevue de groupe sous forme de verbatim, il nous sera impossible de ne pas transcrire ce que vous avez dit, étant donné que les gens n'auront pas à s'identifier lorsqu'ils prendront la parole lors de cette entrevue de groupe.

Confidentialité

Durant votre participation à ce projet, la chercheuse responsable ainsi que son personnel recueilleront et conserveront des renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis.

Ces renseignements peuvent comprendre les réponses que l'ensemble des participants auront fournies lors de l'entrevue de groupe, celles contenues dans la fiche signalétique ainsi que les données enregistrées sur support audio. Le dossier de chaque entrevue de groupe peut aussi comprendre d'autres renseignements tels que votre nom, votre sexe, votre niveau de scolarité, votre formation et des informations sur votre emploi actuel. Veuillez noter que les fiches signalétiques seront placées dans un dossier distinct et qu'il sera impossible de faire le lien entre les formulaires de consentement et les fiches. Nous ne tiendrons pas de dossier de recherche pour chaque participant. Tous les documents seront conservés dans un classeur verrouillé dans un des bureaux de recherche de la chercheuse principale. Les documents de l'entrevue de groupe seront identifiés uniquement par le code de la région sociosanitaire où est situé votre CSSS. Vos renseignements personnels, tels que votre nom ou vos coordonnées, seront détruits une fois la transcription des verbatims complétée.

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Toutes les mesures appropriées seront prises pour protéger la confidentialité des données. Cependant, l'équipe de recherche ne peut pas entièrement garantir la confidentialité des paroles prononcées par les participants lors de l'entrevue de groupe. Toutefois à la fin de ce document, tous les participants s'engageront à respecter la confidentialité des propos émis par les autres participants. La confidentialité des propos tenus par vos collègues lors de l'entrevue de groupe est primordiale.

La chercheuse responsable du projet utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques de ce projet.

À des fins de surveillance et de contrôle, les dossiers de recherche conservés par la chercheuse pourront être consultés par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche

Formulaire d'information et de consentement approuvé le 20 août 2012 par le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi.

(CÉR) du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi, par le CÉR de votre établissement ou par une personne mandatée par des organismes publics autorisés, dont l'organisme subventionnaire. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos noms et prénoms, votre établissement d'appartenance et la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire à part maintenu par le chercheur responsable ou par l'établissement, selon ce qui est en vigueur dans votre CSSS.

Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de communications scientifiques dans des colloques nationaux ou internationaux, mais il ne sera pas possible de vous identifier. Également, les données du projet pourraient servir pour d'autres analyses de données reliées au projet ou pour l'élaboration de projets de recherches futurs.

Utilisation secondaire des données

Il se peut que les renseignements que vous fournirez soient utilisés, avant la date prévue de destruction, dans le cadre de quelques projets de recherche d'étudiants à la maîtrise en travail social qui porteront sur les différentes facettes du thème pour lequel vous êtes approché aujourd'hui. Ces projets éventuels seront sous la responsabilité de la chercheuse responsable du projet et seront autorisés par un comité d'éthique de la recherche. L'équipe de recherche s'engage à maintenir et à protéger la confidentialité de vos données aux mêmes conditions que pour le présent projet. En participant à ce projet, vous acceptez cette utilisation secondaire des données.

Financement du projet de recherche

La chercheuse responsable du projet a reçu un financement du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH), un organisme subventionnaire fédéral, pour mener à bien ce projet de recherche.

Compensation

Vous ne recevrez aucune compensation pour votre participation au projet de recherche. Toutefois, des frais de déplacement pour votre participation à cette entrevue de groupe vous seront remboursés selon le barème établi par votre établissement en fonction de la distance parcourue entre votre CSSS et le lieu de la rencontre.

Indemnisation en cas de préjudice et droits du participant

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, l'organisme subventionnaire ou l'établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

Diffusion des résultats

Formulaire d'information et de consentement approuvé le 20 août 2012 par le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi.

Les résultats de ce projet de recherche seront transmis aux CSSS ayant participé à cette étude.

Identification des personnes-ressources

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec la chercheuse responsable du projet de recherche ou avec son assistante de recherche :

Chercheuse principale : Danielle Maltais au 418 545-5011 poste 5284
ou au numéro sans frais 1 800-463-9880 poste 5284
(les jours ouvrables)

Assistante de recherche : Véronique Gauthier au 418 545-5011 poste 4252
ou au numéro sans frais 1 800-463-9880 poste 4252
(les jours ouvrables)

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi, au 418 541-7026, avec le commissaire aux plaintes et à la qualité des services de votre établissement ou avec la personne responsable du CÉR (la liste des coordonnées des commissaires aux plaintes et à la qualité des services des CSSS participants ou des CÉR à contacter, selon les établissements est jointe à l'annexe A et fait partie intégrante du formulaire de consentement).

Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche

Le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche. Cependant, les Comités d'éthique de la recherche suivants ont également approuvé ce projet de recherche et assureront le suivi local de cette étude : CÉR des CSSS de l'Estrie, CÉR de l'Agence de santé et des services sociaux de Montréal, CÉR du CSSS Cavendish, CÉR du CSSS Jeanne-Mance, CÉR du CSSS de la Montagne, CÉR du CSSS Alphonse-Desjardins, CÉR du CSSS de Beauce, CÉR du CSSS de la région de Thetford, CÉR du CSSS du Sud de Lanaudière, CÉR du CSSS de Saint-Jérôme, CÉR du CSSS Haute-Yamaska, CÉR du CSSS Richelieu-Yamaska, CÉR du CSSS Champlain-Charles-Le Moyne.

Pour toutes les questions reliées à l'éthique, concernant vos droits ou concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez communiquer avec la coordonnatrice du comité d'éthique principal, Madame Christine Gagnon au 418 541-1234 poste 3294. Vous pouvez aussi communiquer avec votre comité d'éthique local dont vous trouverez les coordonnées à l'annexe B qui fait partie intégrante du formulaire de consentement.

Consentement

Titre du projet : Intervenants sociaux et intervention en situation de crise

I. Signature et engagement de la chercheure responsable du projet

Je certifie qu'on a expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions que le participant avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au participant.

Danielle Mellet Ph.D.

20 août 2012

Nom et signature de la chercheure responsable du projet de recherche

Date

II. Consentement du participant

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement m'a été remise. De plus, je m'engage à respecter la confidentialité des propos et des paroles prononcées par l'ensemble des participants à cette entrevue de groupe.

Nom et signature du participant

Date

III. Signature de l'assistante de recherche qui a obtenu le consentement si différent de la chercheure responsable du projet de recherche

J'ai expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom et signature de la personne qui obtient le consentement

Date

Formulaire d'information et de consentement approuvé le 20 août 2012 par le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi.

ANNEXE 4 : COORDONNEES DES COMMISSAIRES LOCAUX AUX PLAINTES ET A LA QUALITE DES SERVICES ET AUX SERVICES D'AIDE AUX EMPLOYES (PAE) ET LISTE DES COMITES D'ETHIQUE AYANT EVALUE LE PROJET

Annexe A

Annexe A

⇒ **Coordonnées des Commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services et aux services d'aide aux employés (PAE)**

⇒ **Références Web**

Annexe B

⇒ **Liste des Comités d'éthique ayant évalué le projet**

Coordonnées des Commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services et aux services d'aide aux employés (PAE)

Bas-St-Laurent (01)		
CSSS	Coordonnées des commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services	Coordonnées des services d'aide aux employés
CSSS de La Mitis	Par courriel au : cmssc_dg@centremitissien.net	Groupe Renaud Par téléphone : 1-888-687-9197
CSSS des Basques	Par courrier ou en personne : 125, boulevard René-Lepage Est, bureau 311 Rimouski (Québec) G5L 1N9 Par téléphone : 418 724-6501 ou 1-877-767-2227 Par courriel : soutien@caapbsl.org	Groupe Renaud Par téléphone : 1-888-687-9197
CSSS de Kamouraska	Commissaire locale : Mme Alice Bélanger Téléphone : 418 856-7000 poste 3260 Courriel : alice.belanger.csssk@ssss.gouv.qc.ca	Groupe Renaud Par téléphone : 1-888-687-9197

Annexes A et B approuvées le 20 aout 2012 par le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi.

CSSS de Rimouski-Neigette	Commissaire locale : Mme Suzanne Bérubé Téléphone : 418 724-3000 poste 8412 Courriel : suzanne.berube.crsssr@ssss.gouv.qc.ca	Groupe Renaud Par téléphone : 418 687-9192 ou 1-888-687-9197
CSSS de la Matapédia	Commissaire locale: Mme Suzanne Bérubé Téléphone: 1 877 732-5004 Courriel : plaintes.csssmatapedia@ssss.gouv.qc.ca	Groupe Renaud Par téléphone : 1-888-687-9197
Saguenay-Lac-St-Jean (02)		
CSSS	Coordonnées des commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services	Coordonnées des services d'aide aux employés
CSSS de Chicoutimi	Commissaire locale : Mme Sylvie Bélanger Téléphone : 418 541-7026 Sans frais: 1-877-662-3963 Courriel: sylvie.belanger@ssss.gouv.qc.ca	Programme T'aide Téléphone: 418 690-2186 Sans frais : 1-800-363-3534 Par Internet : www.taide.qc.ca
CSSS de Jonquière	Commissaire locale : Mme Francine Tremblay Téléphone : 418 695-7700 poste 2664 Courriel : francine.tremblay.csj@ssss.gouv.qc.ca	Programme T'aide Téléphone: 418 690-2186 Sans frais : 1-800-363-3534 Par Internet : www.taide.qc.ca
CSSS de Lac-St-Jean-Est	Commissaire locale : Mme Manon Doucet Téléphone : 418 669-2000 poste 3352 Courriel : manon.doucet.cmc@ssss.gouv.qc.ca	Programme T'aide Téléphone: 418 690-2186 Sans frais : 1-800-363-3534 Par Internet : www.taide.qc.ca
CSSS Maria-Chapdelaine	Commissaire locale : Mme Manon Doucet Téléphone : 418 276-1234 poste 4390 Courriel : manon.doucet.cmc@ssss.gouv.qc.ca	Programme T'aide Téléphone: 418 690-2186 Sans frais : 1-800-363-3534 Par Internet : www.taide.qc.ca

Annexes A et B approuvées le 20 aout 2012 par le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi.

CSSS Cléophas-Claveau	Commissaire locale : Mme Hélène Lavoie Téléphone : 418 544-3381 poste 260 Courriel : helene.lavoie.ccc@ssss.gouv.qc.ca	Programme T'aide Téléphone: 418 690-2186 Sans frais : 1-800-363-3534 Par Internet : www.taide.qc.ca
CSSS Domaine-du-Roy	Commissaire locale : Mme Manon Doucet Téléphone : 418 275-0110 poste 5500 Courriel : manon.doucet.cmc@ssss.gouv.qc.ca	Programme d'aide aux employés Par téléphone : 418 275-7958
Estrie (05)		
CSSS	Coordonnées des commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services	Coordonnées des services d'aide aux employés
CSSS-IUGS	Commissaire local : M. Germain Lambert Téléphone : 819 780-2220 poste 40204 Télec. : 819 780-1301 Courriel : glambert.csss-iugs@ssss.gouv.qc.ca	Programme d'aide aux employés Par téléphone : 1-800-567-2433
CSSS du Val-Saint-François	Commissaire local : M. Claude Lavoie Téléphone : 819 845-2792 poste 118 Télécopieur : 819 845-5521 Courriel : clavoie.vsf@ssss.gouv.qc.ca	Programme d'aide aux employés (PAE) Par téléphone : 1-800-361-4858
CSSS de Memphrémagog	Commissaire local : M. Rémi Lavigne Téléphone : 819 347-5097 Télécopieur : 819 868-3253 Courriel : rlavigne.coaticook@ssss.gouv.qc.ca	Programme d'aide aux employés Par téléphone : 1-800-567-2433
CSSS du Granit	Commissaire local: M. André Veilleux Téléphone : 819 583-2209 Télécopieur : 819 583-5192 Courriel : andreveilleux@axion.ca	Programme d'aide aux employés Par téléphone : 1-800-361-2433

Annexes A et B approuvées le 20 août 2012 par le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi.

Montréal (06)		
CSSS	Coordonnées des commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services	Coordonnées des services d'aide aux employés
CSSS de l'Ouest-de-l'Île	Commissaire locale : Mme Manon Fabi Téléphone : 514 630-2225 poste 5277	Programme d'aide aux employés Par téléphone : 1-800-667-2683
CSSS Cavendish	Commissaire locale: Mme Marie Amzallag Téléphone : 514 488-3673 poste 1383	Programme d'aide aux employés Par téléphone : 514 843-7009 ou 1-800-567-2433
CSSS de la Montagne	Commissaire locale : Mme Pauline Grunberg Téléphone : 514 934-0505 poste 7525	Programme d'aide aux employés Par téléphone : 514 843-7009
CSSS Jeanne-Mance	Commissaire locale : Mme Nadine Mailloux Téléphone : 514 525-1900 poste 6207	Programme d'aide aux employés Par téléphone : 514 343-9921 ou le 1-800-567-2580
CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent	Commissaire locale : Mme France Desroches Téléphone : 514 331-3025 poste 1003	Programme d'aide aux employés Par téléphone : 514 257-7393
CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord	Commissaire locale : Mme France Dumont Téléphone : 514 384-2000 poste 3316	Programme d'aide aux employés Par téléphone : 514 257-7393
CSSS Lucille-Teasdale	Commissaire locale : Mme Germaine Ouellet Téléphone : 514 523-1173 poste 25205	Programme d'aide aux employés Par téléphone : 514 843-7009
CSSS de la Pointe-de-l'Île	Comité d'éthique de la recherche de l'Agence de Montréal Téléphone : 514 528-2400 poste 3262 Courriel : ethique@santepub-mtl.qc.ca	Programme d'aide aux employés Par téléphone : 514 843-7009

Annexes A et B approuvées le 20 aout 2012 par le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi.

Côte-Nord (09)		
CSSS	Coordonnées des commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services	Coordonnées des services d'aide aux employés
CSSS de la Minganie	Commissaire locale : Mme Luce Boudreau Téléphone : 418 538-6751	Programme d'aide aux employés (Groupe Renaud) Par téléphone : 1-888-687-9197
CSSS de Port-Cartier	Commissaire locale : Mme Manon Bourgeois Téléphone : 418 766-2572 poste 3207 Courriel : manon.bourgeois.09pcartier@ssss.gouv.qc.ca	Programme d'aide aux employés Par téléphone : 1-888-687-9197
CSSS de Manicouagan	Rejoindre par téléphone au : 418 589-7448	Programme d'aide aux employés Par téléphone : 1-888-687-9197
CSSS de Sept-Îles	Commissaire locale : Mme Manon Bourgeois Tél. : 1 877 962-9761 poste 2910 ou 418 461-2144 poste 520 Télécopieur. : 418 962-2701 Courriel : manon.bourgeois.09siles@ssss.gouv.qc.ca	Programme d'aide aux employés Par téléphone : 1-888-687-9197
CSSS de la Basse-Côte-Nord	Commissaire locale : Mme Manon Bourgeois Tél. : 1 877 962-9761 poste 2910 ou 418 461-2144 poste 520 Télécopieur. : 418 962-2701 Courriel : manon.bourgeois.09siles@ssss.gouv.qc.ca	Programme d'aide aux employés Par téléphone : 1-888-687-9197 ou 418 687-9197
Nord-Du-Québec (10)		
CSSS	Coordonnées des commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services	Coordonnées des services d'aide aux employés

CRSSS de la Baie-James	Commissaire locale : Mme Chantal LeBlanc Téléphone : 418 748-3575 poste 5139 Sans frais: 1-866-748-2676 Courriel : chantal_leblanc_crsssbj@ssss.gouv.qc.ca	Programme d'aide aux employés Par téléphone : 1-888-687-9197
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (11)		
CSSS	Coordonnées des commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services	Coordonnées des services d'aide aux employés
CSSS du Rocher-Percé	Commissaire locale : Mme Marlène Nicolas Téléphone : 418 689-2261 poste 2016	Programme d'aide aux employés Par téléphone : 1-866-369-3939
CSSS de la Baie-des-Chaleurs	Commissaire local : M. Pierre Provost Téléphone : 418 752-2572 poste 207	Programme d'aide aux employés Par téléphone : 1-866-369-3939
CSSS de la Côte-de-Gaspé	Commissaire locale : Mme Caroline Plourde Téléphone : 418 368-3301 poste 3604	Programme d'aide aux employés Par téléphone : 1-866-369-3939
Chaudière-Appalaches (12)		
CSSS	Coordonnées des commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services	Coordonnées des services d'aide aux employés
CSSS de Beauce	Commissaire local : M. Steve Gagné Téléphone : 418 228-2031 poste 7006 Courriel : steve.gagne@ssss.gouv.qc.ca	Programme d'aide aux employés Par téléphone : 1-888-687-9197
CSSS de Montmagny-l'Islet	Commissaire local : M. Serge St-Pierre Téléphone : 418 248-0639 poste 5199	Programme d'aide aux employés Par téléphone : 1-888-687-9197
CSSS Alphonse-Desjardins	Commissaire local : M. Mario Cloutier Téléphone : 418 380-8110 Sans frais 1 866 380-8110 Courriel : mario_cloutier@ssss.gouv.qc.ca	Programme d'aide aux employés Par téléphone : 418 623-8215

Annexes A et B approuvées le 20 août 2012 par le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi.

Lanaudière (14)		
CSSS	Coordonnées des commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services	Coordonnées des services d'aide aux employés
CSSS du Nord de Lanaudière	Par téléphone : 450 759-8222 poste 2525	Programme d'aide aux employés Téléphone : 1-800-361-4858 Site Internet: www.homewoodsolutions humaines.com
CSSS du Sud de Lanaudière	Commissaire locale: Mme Isabelle Durocher Par téléphone : 450 654-7525 poste 42244	Programme d'aide aux employés Téléphone : 514 875-0720 ou 1-800-361-4858
Laurentides (15)		
CSSS	Coordonnées des commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services	Coordonnées des services d'aide aux employés
CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes	Commissaire local : M. Jacques Lareau Par téléphone : 450 473-6811 poste 4744	Programme d'aide aux employés Téléphone : 450 435-1092
CSSS de Saint-Jérôme	Commissaire locale: Mme Élisabeth Allard Par téléphone : 450 431-8444	Programme d'aide aux employés Téléphone : 450 435-1092
CSSS d'Argenteuil	Commissaire local : M. Jacques Lamontagne Par téléphone : 450 562-3761 poste 8308	Programme d'aide aux employés Téléphone : 1-888-687-9197
CSSS des Pays-d'en-Haut	Commissaire locale: Mme Mona Lahaise Par téléphone : 450 229-6605 poste 2715	Programme d'aide aux employés (PAE) Par téléphone : 1-800-361-2433 ou 514 257-7393
CSSS d'Antoine-Labelle	Commissaire locale: Mme Monique Brun Par téléphone : 819 275-2118 poste 3535	Programme d'aide aux employés Téléphone : 1-888-687-9197
CSSS Thérèse de Blainville	Commissaire locale: Mme Dominique Demers Par téléphone : 450 430-4400 poste 5140	Programme d'aide aux employés Téléphone : 1-800-667-2683
Montérégie (16)		
CSSS	Coordonnées des commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services	Coordonnées des services d'aide aux employés

Annexes A et B approuvées le 20 aout 2012 par le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi.

CSSS Haut -Richelieu-Rouville	Commissaire locale: Mme Sylvie Presseault Téléphone : 450 358-2578 poste 8837 Télécopieur : 450 349-0724 Courriel : sylvie.presseault@rrsss16.gouv.qc.ca	Programme d'aide aux employés (PAE) Par téléphone : 514 257-7393
CSSS Richelieu-Yamaska	Commissaire locale: Madame Danielle Théorêt Téléphone : 450 771-3333 poste 3434 Courriel : gestion.plaintes.csssry@rrsss16.gouv.qc.ca	Programme d'aide aux employés (PAE) Par téléphone : 1-800 361-2433
CSSS Pommerai	Commissaire local: M. Denis Chaput Tél. 450 266-4342, option 5, poste 5572 ou 450 266-4342, option 5, poste 5287 Télécopieur. 450 263-8669 Courriel : denis.chaput@rrsss16.gouv.qc.ca Site Internet : www.santemonteregie.qc.ca	Service d'aide aux employés : Entente du CSSS avec trois psychologues de leur région; Katrine Courchesne : 450 263-1222 Thérèse Leclair : 450 531-6096 Daniel Sirois : 450 405-4577
CSSS Vaudreuil-Soulanges	Commissaire local: M. Michael Bury Téléphone : 450 455-6171 poste 148 Courriel : michael.bury@rrsss16.gouv.qc.ca	Programme d'aide aux employés (PAE) Par téléphone : 1-800-361-2433
CSSS Champlain – Charles Lemoyne	Commissaire locale: Mme Louise Hardy Téléphone : 450 466-5434 Télécopieur : 450 466-5010 Courriel : louise.hardy@rrsss16.gouv.qc.ca	Programme d'aide Montérégie (PAM) 450 443-6373 poste 2 1-800-363-9434 poste 2 Site : http://prog-aide.org/
CSSS Haute Yamaska	Commissaire local: M. Yves Bélanger Téléphone : 450 375-8000 poste 2570 Télécopieur : 450 375-8010 Courriel : yves.belanger@rrsss16.gouv.qc.ca	Programme d'aide Montérégie (PAM) 450 443-6373 poste 2 1-800-363-9434 poste 2 Site : http://prog-aide.org/
CSSS Pierre-De-Saurel	Commissaire local: M. Martin Roy Téléphone : 450 746-6122 Télécopieur : 450 746-6063 Courriel : martin.roy@rrsss16.gouv.qc.ca	Programme d'aide aux employés (PAE) Par téléphone : 1-800-361-4858

Annexes A et B approuvées le 20 aout 2012 par le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi.

CSSS du Suroît	Commissaire locale: Mme Gisèle Lacoste Téléphone : 450 371-9920 poste 2280 Télécopieur : 450 377-1372 Courriel : gisele.lacoste@rrsss16.gouv.qc.ca	Programme d'aide aux employés (PAE) Par téléphone : 1-800-567-2433 ou 514 843-7009
CSSS du Haut-Saint-Laurent	Commissaire local: M. Michael Bury Téléphone : 450 829-2321 poste 3400 Télécopieur : 450 829-3582 Courriel : michael.bury@rrsss16.gouv.qc.ca	Programme d'aide aux employés (PAE) Par téléphone : 1-800-361-5676

Références Web :

Les ressources web :

- www.infotrauma.org
- www.stresshumain.ca

Annexe B

Liste des CÉR ayant évalué le projet

Saguenay-Lac-St-Jean (02)

⇒ CÉR du CSSS de Chicoutimi
305, avenue Saint-Vallier
bureau F-2-040
Chicoutimi (Québec) G7H 5H6

Personne-ressource : Christine Gagnon
Tél. 418 541-1234 poste 3294
Courriel :
christine.gagnon@ssss.gouv.qc.ca

Estrie (05)

⇒ CÉR des CSSS de l'Estrie
1036, rue Belvédère Sud
Sherbrooke (Québec) J1H 4C4

Personne-ressource : Lyne Turcotte
Tél. 819 780-2220 poste 47101
Courriel : lturcotte.csss-iugs@ssss.gouv.qc.ca

Montréal (06)

⇒ CÉR de l'ASSS de Montréal
Direction de la santé publique de Montréal
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3

Personne-ressource : Isabelle Mondou
Tél. 514 528-2400 poste 3262
Courriel : imondou@santepub-mtl.qc.ca

Montréal (06) (suite)

⇒ CÉR du CSSS de la Montagne
1801, boulevard de Maisonneuve Ouest,
bureau 600
Montréal (Québec) H3H 1J9

Personne-ressource : Josée Peat
Tél. 514 934-0505 poste 7512
Courriel : josepeat@ssss.gouv.qc.ca

⇒ CÉR du CSSS Jeanne-Mance
1250, rue Sanguinet
Montréal (Québec) H2X 3E7

Personne-ressource : Christine Brassard
Tél. 514 527-9565 poste 3789
Courriel :
christine.brassard@ssss.gouv.qc.ca

⇒ CER du CSSS Cavendish
5800, boul. Cavendish, bureau 600
Côte-Saint-Luc (Québec) H4W 2T5

Personne-ressource : Jean-Pierre Lavoie
Tél. 514 484-7878 poste 1471
Courriel : jean-pierre.lavoie.cvd@ssss.gouv.qc.ca

Chaudière#-Appalaches (12)

⇒ CÉR du CSSS Alphonse-Desjardins
143, rue Wolfe
Lévis (Québec) G6V 3Z1

Personne-ressource : Jenny Kaeding
Tél. 418 835-7121 poste 1256
Courriel : jenny_kaeding@ssss.gouv.qc.ca

⇒ CÉR du CSSS de Beauce
1515, 17e rue
Saint-Georges (Québec) G5Y 4T8

Personne-ressource : Marc Daigneault
Tél. 418 228-2031 poste 7449
Courriel :
marc.daigneault.csssbeauce@ssss.gouv.qc.ca

⇒ CÉR du CSSS de la région de Thetford
1717, rue Notre-Dame Est
Thetford Mines (Québec) G6G 2V4

Personne-ressource : Sylvie Argouin
Tél. 418 338-2427 poste 240
Courriel : sylvie_argouin@ssss.gouv.qc.ca

Lanaudière (14)

⇒ CÉR du CSSS du Sud de Lanaudière
911, montée des Pionniers
bureau B0-222-2
Terrebonne (Québec) J6V 2H2

Personne-ressource : Julie Gagnon
Tél. 450 654-7525 poste 22227
Courriel :
comiteethiquerecherche@cssssl.ca

Laurentides (15)

⇒ CÉR du CSSS de Saint-Jérôme
290, rue Montigny, bureau BlocD,
Saint-Jérôme (Québec) J7Z 5T3

Personne-ressource : Marie-Josée Bernardi
Tél. 450 430-4290 poste 2445
Courriel : marie-josee.bernardi@cdsj.org

Montérégie (16)

⇒ CÉR du CSSS Richelieu–Yamaska
2750, boulevard Laframboise
Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 4Y8

Personne-ressource : Yolande Godbout
Tél. 450 771-3333 poste 4389
Courriel :
yolande.godbout@rrsss16.gouv.qc.ca

Montérégie (16) (suite)

⇒ CÉR du CSSS Champlain–Charles
LeMoine
3120, boulevard Taschereau, bureau E-
302 Greenfield Park (Québec) J4V 2H1

Personne-ressource : Marielle Faubert
Tél. 450 466-5000 poste 2564
Courriel : [16_ch_cl_cer-
irb@rrsss16.gouv.qc.ca](mailto:16_ch_cl_cer-irb@rrsss16.gouv.qc.ca)

⇒ CÉR du CSSS de la Haute-Yamaska
205, boulevard Leclerc Ouest
Granby (Québec) J2G 1T7

Personne-ressource : Brigitte Dionne
Tél. 450 375-8000 poste 2571
Courriel :
brigitte.dionne@rrsss16.gouv.qc.ca

ANNEXE 5 : FICHE SIGNALÉTIQUE

5. Fonctions professionnelles actuelles :

A. Titre de votre emploi actuel :

B. Principales fonctions :

C. Depuis combien de temps occupez-vous votre poste actuel?

- Moins d'un an
- Entre 1 à 3 ans
- Entre 4 ans et 6 ans
- Entre 7 ans et 9 ans
- Plus de 10 ans

D. Combien d'heures par semaine travaillez-vous pour votre employeur actuel?

E. Quel est votre horaire habituel de travail (jours de la semaine ou de la fin de semaine où vous travaillez et moments de la journée (matin, après-midi, soir ou nuit)?

F. Dans quel(s) programme(s) ou secteurs d'activités intervenez-vous actuellement au sein de votre CSSS (par exemple, Programme Perte d'Autonomie liée au vieillissement)?

6. Depuis combien d'années travaillez-vous au sein du CSSS actuel?

- Moins d'un an
- Entre 1 à 3 ans
- Entre 4 ans et 6 ans
- Entre 7 ans et 9 ans
- Plus de 10 ans

7. Avant que vous occupiez votre emploi en tant qu'intervenant psychosocial au sein du CSSS actuel, avez-vous occupé un autre emploi dans le domaine de l'intervention psychosociale au sein d'autres organismes du réseau de la santé et des services sociaux ou ailleurs (y compris dans un organisme communautaire)?

- oui
- non → passez à la question 9

8. Pendant combien d'années avez-vous occupé un emploi dans le domaine de l'intervention psychosociale avant d'occuper votre poste actuel au sein de votre CSSS?

9. À quand remonte votre dernière implication dans le domaine de l'intervention en situation de sinistres ou de tragédies majeures?

- Moins d'un an
- Entre 1 à 3 ans
- Entre 4 ans et 6 ans
- Entre 7 ans et 9 ans
- Plus de 10 ans

10. En général, quel est votre degré de satisfaction à l'égard votre travail actuel?

- Très satisfait
- Plutôt satisfait
- Ni satisfait/ni insatisfait
- Plutôt insatisfait
- Très insatisfait

11. En général, est-ce que vous considérez votre travail actuel stressant?

- Extrêmement stressant
- Très stressant
- Assez stressant
- Peu stressant
- Pas du tout stressant

12. En général, lorsque vous avez à intervenir en situation de sinistres ou de tragédies majeures, est-ce que vous trouvez ce type d'intervention stressant?

- Extrêmement stressant
- Très stressant
- Assez stressant
- Peu stressant
- Pas du tout stressant

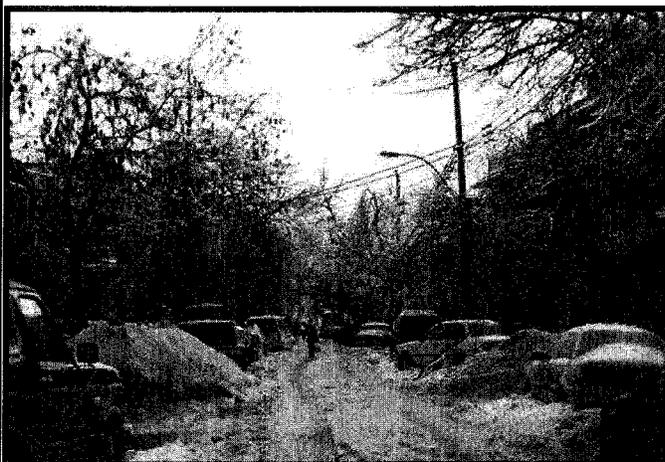
Merci beaucoup de votre collaboration!

ANNEXE 6 : GUIDE D'ENTREVUE DES FOCUS GROUPS

RECHERCHE INTERVENANTS SOCIAUX ET INTERVENTION EN SITUATION DE CRISE

(POINTS DE VUE DES INTERVENANTS SOCIAUX ÉTANT INTERVENUS EN SITUATION DE
SINISTRES OU DE TRAGÉDIES MAJEURES)

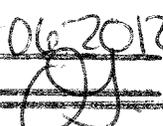
GUIDE D'ENTREVUE POUR ENTREVUE DE GROUPE



CODE : _____

DATE : _____

Version du 24 mai 2012

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE	
Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi	
Approuvé le :	19-06-2012
Signature :	

Guide d'entrevue

Tout d'abord, je vous remercie grandement d'avoir accepté de participer à cette entrevue de groupe. Celle-ci a pour objectif principal de recueillir les perceptions des intervenants psychosociaux sur ce qu'ils vivent lorsqu'ils sont appelés à appliquer les mesures d'urgence en période de désastre. Pour ce faire, la présente entrevue de groupe abordera différents thèmes. En premier lieu, cette entrevue de groupe vise à identifier vos perceptions quant aux principales sources de satisfaction et d'insatisfaction associées à votre travail ainsi qu'aux principales difficultés que vous rencontrez dans l'exercice de vos fonctions. En deuxième lieu, cette entrevue de groupe vise également à recueillir votre point de vue sur les impacts positifs et négatifs de vos interventions en situation de crise sur votre santé biopsychosociale et votre performance au travail. La présente entrevue de groupe permettra d'identifier votre point de vue sur les principaux facteurs de risque et de protection qui contribuent à surmonter ou non les impacts négatifs associés à l'exercice de vos fonctions. Enfin, nous terminerons cette entrevue de groupe par des recommandations que vous aimeriez faire à différents acteurs afin de faciliter votre travail.

La confidentialité de l'ensemble des propos tenus par vos collègues lors de l'entrevue de groupe est primordiale.

Il est important de spécifier qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous pouvez également refuser de répondre à certaines questions ou vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à la chercheuse responsable du projet ou à l'un des membres du personnel affecté au projet. Cependant, si vous vous retirez une fois la collecte des données terminée, les données déjà recueillies vous concernant ne pourront être détruites puisqu'elles seront introuvables.

Si vous ressentez un malaise et que vous souhaitez mettre fin à votre participation à l'entrevue de groupe, vous pourrez le faire sans encourir d'inconvénient. Si un tel inconfort était ressenti de votre part, nous vous suggérons de contacter votre Service d'aide aux employés. La liste des coordonnées du Service d'aide aux employés de tous les CSSS participants est jointe à l'annexe A du formulaire de consentement. Avant de commencer, avez-vous des questions en ce qui concerne l'entrevue de groupe?

Dans le cadre de cette étude, nous considérons que les termes sinistre, désastre ou catastrophe sont des synonymes. Selon le Gouvernement du Québec, il existe deux types de sinistres ;

Sinistre majeur : Un évènement dû à un phénomène naturel, une défaillance technologique ou un accident découlant ou non de l'intervention humaine, qui cause de graves préjudices aux personnes ou d'importants dommages aux biens et exige des mesures inhabituelles de la collectivité affectée, notamment une inondation, une secousse sismique, un mouvement de sol, une explosion, une émission toxique ou une pandémie. De plus, dans le cadre de la présente étude, l'arrivée massive de ressortissants étrangers figure dans cette catégorie de sinistre.

Sinistre mineur : Un évènement de même nature qu'un sinistre majeur, mais qui ne porte atteinte qu'à la sécurité d'une ou de quelques personnes.

Pour sa part le terme **tragédie** correspond à un accident, un malheur ou un évènement qui perturbe la vie de quelques individus simultanément. Le nombre de personnes affectées est relativement restreint en comparaison d'un sinistre. Des exemples de tragédies considérées dans cette étude: carambolage de plusieurs voitures, incendie dans un immeuble à logements multiples, décès soudain d'un enfant fréquentant un établissement d'enseignement, la fermeture d'une usine.

SECTION 1

TYPES DE SINISTRES LES PLUS FRÉQUENTS DANS VOTRE RÉGION

1.1 Pouvez-vous me parler des principaux types de sinistres les plus fréquents sur le territoire de votre CSSS au cours des sept dernières années?

- De causes naturelles (ex.; mouvement de terrain, inondation, verglas, séisme, incendie).
- De causes anthropiques reliées au développement technologique (ex.; accident de transport, industriel, nucléaire, contamination d'eau potable ou d'aliments).
- Relié à l'activité humaine (ex.; attentat, fusillade, guerre, désordre social, émeute).

SECTION 2

CARACTÉRISTIQUES DU PLUS RÉCENT SINISTRE

2.1 Pouvez-vous me parler du plus récent sinistre que votre communauté a vécu et où vous êtes intervenu?

- Moment (Quand)
- Types de sinistres
- Gravité (ex.; nombre de semaines nécessaires à l'évacuation, nombre de personnes évacuées, menace sur l'intégrité physique et psychologique, exposition à des sources de stress multiples, familiarité avec les personnes et les lieux affectés par la crise, pertes humaines, matérielles et économiques).
- Durée de l'application des mesures d'urgence (ex.; période de temps à l'intérieur de laquelle les sinistrés ont été rencontrés par les intervenants psychosociaux).
- Évènements ou incidents que vous avez trouvé les plus stressants dans les phases d'intervention ou de rétablissement.

<p style="text-align: center;">SECTION 3</p> <p style="text-align: center;">RESPONSABILITÉS ATTRIBUÉES GÉNÉRALEMENT AUX INTERVENANTS PSYCHOSOCIAUX</p>
--

- 3.1 Dans votre communauté, quelles sont les responsabilités principalement attribuées aux intervenants psychosociaux avant la venue d'un sinistre, soit aux étapes de la prévention et de la préparation? (Ex.; phases de la planification, la prévention, les formations, les exercices).
- Tâches effectuées
 - Répartition de la charge de travail entre les intervenants psychosociaux
 - Degré de flexibilité du leadership accordé aux intervenants
 - Autonomie décisionnelle des intervenants
- 3.2 Quelles sont les responsabilités principalement attribuées aux intervenants psychosociaux pendant un sinistre, soit pendant l'intervention psychosociale immédiate et transitoire? (Ex.; phases de l'impact, l'alerte, l'évacuation, le triage, le confinement, la relocalisation).
- Tâches effectuées
 - Répartition de la charge de travail entre les intervenants psychosociaux
 - Degré de flexibilité du leadership accordé aux intervenants
 - Alternance entre les heures de travail et de repos
 - Autonomie décisionnelle des intervenants
- 3.3 Quelles sont les responsabilités principalement attribuées aux intervenants psychosociaux lors de la phase de rétablissement? (Ex.; lors du retour à la vie normale).
- Tâches effectuées
 - Répartition de la charge de travail entre les intervenants psychosociaux
 - Degré de flexibilité du leadership accordé aux intervenants
 - Alternance entre les heures de travail et de repos
 - Autonomie décisionnelle des intervenants

SECTION 4

FORMATIONS RECUES ET QUALITÉS REQUISES

- 4.1 Quelles formations avez-vous reçues afin d'être apte à appliquer les mesures d'urgence et en quoi ont-elles été nécessaires à l'exercice de vos fonctions?
- Formation scolaire
 - Formation spécifique (ex.; formation intitulée : *L'intervention sociosanitaire en contexte de sécurité civile offerte par le MSSS*).
 - Formation continue pendant l'application des mesures d'urgence
 - Autres
 - Aucun
- 4.2 À votre avis, quelles sont les principales qualités requises chez un intervenant pour bien fonctionner au sein d'un CSSS dans le contexte des mesures d'urgence?

SECTION 5

SUPERVISION ET SOUTIEN OFFERTS AUX INTERVENANTS PENDANT ET APRÈS LA PÉRIODE DE CRISE

- 5.1 Quels types de supervision ou de soutien vous sont offerts pendant et après un sinistre?
- Disponibilité des ressources de soutien socioémotionnel et instrumental
 - Reconnaissance ou non des responsabilités acquittées (ex.; récompenses monétaires, sociales et organisationnelles).
 - Libre choix de continuer le travail ou de le quitter
 - Attention particulière aux intervenants susceptibles de vivre des difficultés d'adaptation
 - Sessions de débriefing pendant et après le désastre
 - Mesures individuelles de soutien aux intervenants et aux membres de leurs familles
 - Autres
 - Aucun

SECTION 6
TYPES DE RELATION/PARTENARIAT ENTRE LES DIFFÉRENTS
INTERVENANTS

6.1 Comment décririez-vous les relations et les interactions que vous avez avec les différents intervenants de votre propre organisation et lorsque vous devez travailler en partenariat avec d'autres personnes provenant d'autres organismes appelés à intervenir en cas de désastres?

Avec les intervenants de leur propre organisme et avec d'autres intervenants :

- Responsabilités spécifiques
- Communications entre les intervenants
- Complémentarités/support dans les actions
- Défis et difficultés rencontrés (ex.; compréhension des missions/mandats respectifs).

SECTION 7
PRINCIPALES SOURCES
DE SATISFACTION/INSATISFACTION RENCONTRÉES

7.1 Quelles sont les images qui vous viennent à l'esprit lorsque vous pensez aux interventions que vous avez faites lors de l'application des mesures d'urgence? Quels sont vos sentiments face à ces images?

7.2 Quelles sont les principales sources de satisfaction associées à vos interventions réalisées en situation de sinistres?

- Contextuelles
- Administratives/Organisationnelles
- Personnelles/Familiales/Conjugales
- En lien avec les différents types de clientèles
- Autres
- Aucune

7.3 Quelles sont les principales sources d'insatisfaction associées à vos interventions réalisées en situation de sinistres?

- Contextuelles
- Administratives/Organisationnelles
- Personnelles/Familiales/Conjugales
- En lien avec les différents types de clientèles
- Autres
- Aucune

SECTION 8
PRINCIPALES DIFFICULTÉS OU PRÉOCCUPATIONS RENCONTRÉES
LORS DE LA GESTION DES DIFFÉRENTES PHASES DES RÉCENTS
SINISTRES

8.1 Quelles sont les principales difficultés ou préoccupations que vous avez rencontrées lors de vos interventions effectuées en contexte de situation de sinistre pour chacune des phases de prévention, de préparation, d'intervention et de rétablissement?

- Contextuelles
- Administratives/Organisationnelles
- Personnelles/Familiales/Conjugales
- En lien avec les différents types de clientèles
- Autres
- Aucune

SECTION 9
PRINCIPALES DIFFICULTÉS VÉCUES EN INTERVENTION DE CRISE
EN LIEN AVEC LES DIFFÉRENTS TYPES DE CLIENTÈLES

9.1 À partir de vos expériences d'intervention en situation de sinistres, quelles sont les principales difficultés que vous avez vécues à l'égard des différents types de clientèles rencontrées?

- Enfants
- Adolescents
- Adultes
- Personnes âgées
- Personnes fragilisées au plan physique
- Personnes fragilisées au plan mental
- Minorités culturelles
- Autres
- Aucune

SECTION 10

CONTRAINTES/ÉVÈNEMENTS QUI FACILITENT OU NUISENT AU TRAVAIL DES INTERVENANTS PSYCHOSOCIAUX DURANT UNE CATASTROPHE

10.1 Selon vous, quels sont les principaux facteurs (ex.: évènements), qui facilitent votre travail?

- Contextuels
- Administratifs/Organisationnels
- Personnels/Familiaux/Conjugaux
- En lien avec les différents types de clientèles
- Autres
- Aucun

10.2 Selon vous, quelles sont les conditions gagnantes tant administratives que contextuelles pour que l'application des mesures d'urgence fonctionne bien dans une communauté?

10.3 Selon vous, quels sont les principaux facteurs (ex.: contraintes ou évènements), qui semblent nuire à votre travail?

- Contextuels
- Administratifs/Organisationnels
- Personnels/Familiaux/Conjugaux
- En lien avec les différents types de clientèles
- Autres
- Aucun

SECTION 11

IMPACTS POSITIFS ET NÉGATIFS DE L'INTERVENTION EN SITUATION DE CRISE SUR LES DIFFÉRENTS ASPECTS DE VIE

11.1 Selon vous, quels sont les impacts positifs de l'intervention en situation de crise que vous avez vécus pendant un sinistre ou une tragédie majeure lors de la phase d'intervention et de rétablissement, à l'intérieur des différents aspects de votre vie?

- Santé biopsychosociale
- Vie personnelle
- Performances au travail/vie professionnelle
- Vie familiale
- Vie conjugale
- Vie sociale/loisirs
- Autres
- Aucun

11.2 Selon vous, quels sont les impacts positifs de l'intervention en situation de crise que vous avez vécus après un sinistre ou une tragédie majeure dans les jours, les semaines ou les mois qui ont suivi l'évènement, à l'intérieur des différents aspects de votre vie?

- Santé biopsychosociale
- Vie personnelle
- Performances au travail/vie professionnelle
- Vie familiale
- Vie conjugale
- Vie sociale/loisirs
- Autres
- Aucun

11.3 Selon vous, quels sont les impacts négatifs de l'intervention en situation de crise que vous avez vécus pendant un sinistre ou une tragédie majeure lors de la phase d'intervention et de rétablissement, à l'intérieur des différents aspects de votre vie?

- Santé biopsychosociale
- Vie personnelle
- Performances au travail/vie professionnelle
- Vie familiale
- Vie conjugale
- Vie sociale/loisirs
- Autres
- Aucun

11.4 Selon vous, quels sont les impacts négatifs de l'intervention en situation de crise que vous avez vécus après un sinistre ou une tragédie majeure dans les jours, les semaines ou les mois qui ont suivi l'évènement, à l'intérieur des différents aspects de votre vie?

- Santé biopsychosociale
- Vie personnelle
- Performances au travail/vie professionnelle
- Vie familiale
- Vie conjugale
- Vie sociale/loisirs
- Autres
- Aucun

SECTION 12

FACTEURS CONTRIBUANT OU NON À LA RÉSILIENCE DES INTERVENANTS PSYCHOSOCIAUX

12.1 Selon vous, quels sont les principaux facteurs de risque préexistants au sinistre (ex.: phase de prévention et de préparation), qui contribuent à augmenter chez les intervenants psychosociaux la probabilité de développer des problèmes de santé biopsychosociaux pendant et après un sinistre?

- Contextuel
- Organisationnel (ex.: absence d'une banque de personnes-ressources offrant de la supervision clinique, du leadership, des mécanismes de communication et de gestion de l'information, d'ententes de collaborations/partenariat, d'outils de repérage des clientèles vulnérables, de tâches attribuées, de soutien apporté par l'organisme dans l'exercice des fonctions).
- Vie Personnelle/Familiale/Conjugale
- Stratégies d'adaptation utilisées
- Autres
- Aucun

12.2 Quels sont les principaux facteurs de risque présent pendant un sinistre (ex.; phase d'intervention), qui contribuent à augmenter chez les intervenants psychosociaux la probabilité de développer des problèmes de santé biopsychosociaux pendant et après un sinistre?

- Contextuel
- Organisationnel (ex.; du leadership, des mécanismes de communication et de gestion de l'information, d'ententes de collaborations/parteneriat, d'outils de repérage des clientèles vulnérables, de tâches attribuées, de soutien apporté par l'organisme dans l'exercice des fonctions).
- Vie Personnelle/Familiale/Conjugale
- Stratégies d'adaptation utilisées
- Autres
- Aucun

12.3 Quels sont les principaux facteurs de risque post-désastre (ex.; phase de rétablissement), qui contribuent à augmenter chez les intervenants psychosociaux la probabilité de développer des problèmes de santé biopsychosociaux post-désastre?

- Contextuel
- Organisationnel (ex.; de tâches attribuées et soutien apporté par l'organisme).
- Vie Personnelle/Familiale/Conjugale
- Stratégies d'adaptation utilisées
- Autres
- Aucun

12.4 Quels sont les principaux facteurs de protection pré-désastre (ex.; phase de prévention et de préparation), qui contribuent à diminuer chez les intervenants psychosociaux la probabilité de vivre des impacts négatifs pendant et après un sinistre? (Ex.; facteurs qui favorisent la résilience des intervenants).

- Contextuel
- Organisationnel (ex.; présence d'une banque de personnes-ressources offrant de la supervision clinique, du leadership, des mécanismes de communication et de gestion de l'information, d'ententes de collaborations/parteneriat, d'outils de repérage des clientèles vulnérables, de tâches attribuées, de soutien apporté par l'organisme dans l'exercice des fonctions).
- Vie Personnelle/Familiale/Conjugale
- Stratégies d'adaptation utilisées
- Autres
- Aucun

12.5 Quels sont selon vous, les principaux facteurs de protection présents pendant le désastre (ex.; phase d'intervention), qui contribuent à diminuer chez les intervenants psychosociaux la probabilité de vivre des impacts négatifs pendant et après un sinistre? (Ex.; facteurs qui facilitent la résilience des intervenants).

- Contextuel
- Organisationnel (ex.; de tâches attribuées et de soutien apporté par l'organisme).
- Vie Personnelle/Familiale/Conjugale
- Stratégies d'adaptation utilisées
- Autres
- Aucun

12.6 Quels sont les principaux facteurs de protection post-désastre (ex.; phase de rétablissement), qui contribuent à diminuer chez les intervenants psychosociaux la probabilité de vivre des impacts négatifs après un sinistre? (Ex.; facteurs qui facilitent la résilience des intervenants).

- Contextuel
- Organisationnel (ex.; de tâches attribuées et de soutien apporté par l'organisme).
- Vie Personnelle/Familiale/Conjugale
- Stratégies d'adaptation utilisées
- Autres
- Aucun

SECTION 13

COMMENTAIRES ÉMIS PAR LES INTERVENANTS

13.1 Lors de suivis post-crise ou de rencontres d'équipe, quels sont les commentaires les plus souvent émis par les intervenants en ce qui a trait aux éléments qui facilitent ou nuisent à votre travail ou ce qui contribue à l'apparition de problèmes de santé biopsychosociaux en lien avec le genre de travail que vous effectuez?

- Commentaires positifs
- Commentaires négatifs
- Autres
- Aucun

<p style="text-align: center;">SECTION 14</p> <p style="text-align: center;">TRUCS ET RECOMMANDATIONS</p>

- 14.1 Quels sont les moyens que vous utilisez lorsque vous vivez du stress dans le cadre de votre travail lors de l'application des mesures d'urgence (ex.; phase d'intervention et de rétablissement)? Quels sont les moyens qui vous aident le plus?
- 14.2 Qu'est ce que vous faites dans votre vie professionnelle ou personnelle qui vous permet de continuer de travailler avec des personnes qui souffrent?
- 14.3 Pour terminer cette entrevue de groupe, nous aimerions connaître les recommandations que vous souhaitez faire à divers acteurs susceptibles d'être impliqués lors de l'application des mesures d'urgence quant aux éléments qui peuvent vous protéger contre l'apparition de problèmes de santé biopsychosociaux ainsi que faciliter votre travail pendant et après les sinistres.
- Les intervenants psychosociaux
 - Les membres de la famille
 - La clientèle
 - Les employeurs (ex.; les gestionnaires)
 - Le gouvernement (ex.; les décideurs)
 - Autres
 - Aucun

Je vous remercie beaucoup de votre précieuse collaboration!

ANNEXE 7 : GRILLE D'OBSERVATION DES FOCUS GROUPS

Code:

Date:

Observation: Entrevue de groupe

Nom de l'animatrice :	
Nom de l'observatrice :	
Nombre et description des participants :	
Localisation du groupe :	
Bruits dérangements ou calme et harmonieux	
Climat du groupe : Apathie : Insensibilité aux éléments l'entourant Réserve : Prudence et retenu envers les éléments l'entourant Dispersion : Éparpillement envers tous les éléments l'entourant Efficacité : Climat ayant du rendement avec le maximum de résultats et le minimum d'effort Solidarité : Intérêt commun envers les éléments l'entourant Harmonie : Climat où il y a concordance envers les éléments qui l'entourent Fébrilité : Climat ayant de l'agitation intense entre les éléments entourant. Euphorie : Climat ayant le bien-être général entre les éléments entourant. Laborieux : Climat ayant des importants efforts entre les éléments entourant.	
Axe de participation : Position centre (solution globale (ni pour, ni contre)	
Axe de participation : Position de l'émetteur (émet son opinion)	
Axe de participation : Position du récepteur (clarifie, reformule, écoute)	
Axe de participation : Position de satellite : (hors sujet)	
Axe de participation : Position de l'absent : (retard, démission, absence)	
Bref résumé des points clés :	
Indications non-verbale :	

Autres détails : Intensité des réponses Silence Hésitation Dynamisme Divergences d'opinions Signe d'accord (renforcer) Respect Tour de parole Spontanéité Chimie Humour Sollicitation de l'animatrice Redondance des propos	
---	--

Note concernant le climat et l'axe de participation, voir :
St-Arnaud, Y. (2008). Les petits groupes 3^{ième} édition, *Gaétan Morin Éditeur*, 192p.