

# *Intervenir en situation d'urgence sociale: les sources de précarité et de satisfaction des intervenants sociaux<sup>1</sup>*

Par Danielle Maltais, Ph.D.<sup>1</sup>, Lise Lachance, Ph.D.<sup>2</sup> et Vanessa Bolduc, M.Sc.<sup>3</sup>

1 et 3 : Unité d'enseignement en travail social, Département des sciences humaines et sociales, Université du Québec à Chicoutimi (UQAC) 2 : Département d'éducation et pédagogie, Faculté des sciences de l'éducation, Université du Québec à Montréal (UQAM)

## **Introduction**

Au Québec, les travailleurs sociaux assurant des périodes de garde sociale en dehors des heures d'ouverture de leur établissement ou œuvrant en tant que membres de l'équipe d'urgence ou de celle du service Accueil-Évaluation-Orientation (équipe AEO) viennent régulièrement en aide à des personnes en situation de crise psychosociale ou psychopathologique, ainsi qu'à des victimes de tragédies ou de sinistres. Lorsqu'ils œuvrent dans de tels contextes, leur niveau de vulnérabilité est accru, car ils sont confrontés à des personnes traumatisées ou souffrantes qui présentent d'importantes réactions émotionnelles.

L'intervention en situation de crise implique généralement un individu, un couple ou une famille et elle est, la plupart du temps, réalisée par les intervenants sociaux du service Accueil-Évaluation-Orientation ou par ceux qui assurent des périodes de garde sociale (Malenfant, 2006, 2008). Quant aux tragédies, il s'agit d'événements ayant des impacts sur un groupe restreint de personnes où plusieurs témoins, facilement identifiables, peuvent être affectés (Malenfant, 2006). Les tragédies peuvent être de l'ordre d'un incendie dans une résidence pour aînés ou dans une habitation à logements multiples, d'un suicide dans une école, d'un accident avec décès, de graves blessures dans une usine ou de la fermeture d'une entreprise. Lors de ces situations, ce sont surtout les intervenants sociaux membres de leur équipe d'urgence qui interviennent suite à une demande formulée par le responsable de cette équipe. Le MSSS différencie le sinistre d'une crise et d'une tragédie par le nombre de personnes affectées directement et indirectement, la complexité de l'événement, l'importance d'agir, la grande quantité de ressources à déployer ainsi que par le débordement des cadres d'intervention habituels (Malenfant, 2006). Les sinistres

---

<sup>1</sup> Cet article reprend le contenu de certains chapitres du livre suivant : Maltais, D. Situation de crise, de tragédie ou de sinistre : le point de vue des professionnels de l'intervention sociale. Québec : Presses de l'Université Laval.

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

Lors de sinistre, les conditions de travail sont souvent difficiles et les intervenants sociaux ont peu de contrôle sur celles-ci (environnement chaotique, nombre élevé de personnes à prendre simultanément en charge, etc.). De plus, intervenir en situation de sinistre fait appel à des habiletés et à des stratégies qui vont parfois à l'encontre des principes enseignés au cours de leur formation et de leurs pratiques usuelles. Par exemple, en cas de sinistres, les intervenants sociaux doivent aller au-devant des individus sans attendre que ces derniers entrent en contact avec eux (Maltais, 2005).

Des conséquences à la fois négatives et positives peuvent découler de ce type d'intervention. La fatigue de compassion, le stress post-traumatique secondaire (traumatisme vicariant) et l'épuisement professionnel sont des exemples d'impacts négatifs susceptibles d'être vécus par les intervenants sociaux (Conrad, Kellar-Guenther, 2006; Dane et Chachkes, 2001). D'un autre côté, l'intervention en situation de tragédies ou de sinistres peut être également très gratifiante et leur permettre de reconnaître la capacité des êtres humains à guérir ou à se remettre sur pied, de réaffirmer la valeur du processus thérapeutique, de relativiser l'importance de leurs problèmes personnels et de découvrir le pouvoir de la solidarité d'une communauté (Hernández, Gangsei et Engstrom, 2007). Or, ce n'est que récemment, soit au cours des dernières décennies, que les gestionnaires d'organismes ou d'institutions ont commencé à porter un intérêt à ce sujet. Plusieurs facteurs semblent à l'origine de sous-estimer, d'ignorer ou de taire les conséquences de l'intervention en situation d'urgence sur la santé des intervenants, toutes catégories confondues (bénévoles, rémunérés, professionnels, etc.). Il y aurait, entre autres, le manque de sensibilisation ou le refus de reconnaître les besoins psychologiques des intervenants (Paton, 1996), la tendance à considérer ceux-ci comme des êtres invulnérables (Mitchell & Dyregrov, 1993), la prépondérance des approches médicales ou militaires dans le traitement des traumatismes (Burkle, 1996) et la croyance que la formation et l'expérience des intervenants les immunisent aux stress, aux traumatismes et les imperméabilisent à la souffrance ainsi qu'à la douleur des autres (Dunning, 1990). Il n'en demeure pas moins que les intervenants sociaux exposés à des situations environnementales extrêmes ou à des stressseurs, ainsi qu'à des perturbations similaires à celles des victimes sont, eux aussi, sujets à vivre des difficultés d'adaptation et à encourir des risques pouvant compromettre leur santé ou leur intégrité physique et psychologique.

Dans le but de documenter le vécu et l'état de santé des intervenants sociaux appelés à intervenir en situation de crise et d'urgence sociale lors de tragédies ou de sinistres, une étude mixte a été réalisée au cours de l'hiver 2012 et du printemps 2013 au Québec. Cet article présente les faits saillants du volet quantitatif de cette étude où 291 intervenants sociaux ont complété un questionnaire auto-administré. D'abord, une courte recension des écrits est présentée. Puis, des informations sont apportées sur les éléments suivants : méthodologie de la recherche, caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des répondants, contexte de l'intervention en situation de tragédies ou de sinistres au cours des sept dernières années, perception du soutien social et de l'état de santé physique, santé psychologique au moment de la collecte de données et lors de l'intervention en cas de sinistres ou de tragédies et changements constatés à la suite de l'intervention en cas de sinistres ou de tragédies.

### **Recension des écrits**

Diverses réactions émotionnelles, physiques, cognitives et comportementales ont été constatées chez les intervenants sociaux en situation d'urgence et après celle-ci. Les études recensées abordent principalement les retombées négatives de ce type d'intervention, mais certaines en relèvent des aspects positifs (Linley et Joseph, 2007). Parmi les conséquences négatives, on évoque principalement : l'étonnement, l'incrédulité, l'engourdissement émotionnel, de même que les sentiments de vulnérabilité, d'impuissance, de tristesse, la présence de manifestations dépressives, d'isolement, d'instabilité émotionnelle, d'irritabilité, de problèmes de sommeil, de colère et d'angoisse (Bradford et John, 1991). De plus, il semblerait que les symptômes physiques et psychologiques générés par ce type d'intervention se manifestent sur le moment ou peu de temps après l'événement et qu'ils s'estompent graduellement ou disparaissent à brève échéance chez la majorité des intervenants (Shepherd et Hodgkinson, 1990). À ce sujet, Raphael (1986) soutient que les intervenants constituent le « troisième niveau de victime » en contexte d'urgence après les victimes primaires (directement touchées) et secondaires (proches indirectement touchés). Les professionnels qui interviennent auprès de clients traumatisés peuvent vivre des symptômes semblables à ces derniers tels que le désespoir, la rage, la terreur, le sentiment d'être dépassés par la situation, des cauchemars et des préoccupations concernant leur sécurité personnelle (Herman, 1992). Selon Figley (1995), ces manifestations sont des symptômes du *traumatisme vicariant* appelé aussi stress post-traumatique secondaire. Par l'écoute répétée des détails des histoires traumatiques confiés par les clients, les intervenants deviennent témoins de réalités traumatiques. Cette écoute répétée peut affecter, entre autres, leur fonctionnement psychologique (Pearlman et Maclan, 1995). De multiples

autres impacts négatifs peuvent aussi être vécus par ces derniers, tels qu'un sentiment de peur exacerbée pour leur propre sécurité ou celle de leurs proches (Ortlepp et Friedman, 2002), des symptômes psychosomatiques comme des maux de tête et de la tension physique (Dane et Chackes, 2001), de l'irritabilité chronique ou des excès de colère (Hodgkinson et Shepherd, 1994). La fatigue (Dane et Chackes, 2001; Ortlepp et Friedman, 2002), la détresse émotionnelle (Shamai et Pnina, 2009), l'inhibition des émotions (Hodgkinson et Shepherd, 1994) ainsi que la présence de sentiments d'incompétence, d'impuissance et de désespoir peuvent également être vécues par ces professionnels (Dane et Chackes, 2001; Figley, 1995, 2002a, 2002b; Gibson et Iwaniec, 2003). Les intervenants peuvent aussi présenter des pensées intrusives, des cauchemars associés aux traumatismes de leurs clients ainsi que de l'insomnie. L'irritabilité chronique, des accès de colère, des difficultés de concentration, de l'évitement envers les clients traumatisés et de l'hypervigilance sont d'autres symptômes ayant été répertoriés (Figley, 1995).

Les intervenants sociaux peuvent aussi vivre de la fatigue de compassion. Proposé par Figley (1995 : 7), ce terme est utilisé pour décrire « le stress qui résulte de l'action d'aider ou de projeter d'aider une personne traumatisée ou souffrante ». Il a aussi été démontré que la fatigue de compassion peut affecter la vie personnelle et professionnelle des intervenants sociaux (Dane et Chachkes, 2001). À cet égard, Figley (2002a, 2002b) mentionne que les impacts négatifs peuvent se situer sur les plans cognitif (difficulté de concentration, etc.), émotionnel (absence d'émotions, irritabilité, anxiété, culpabilité, tristesse, etc.) et comportemental (problèmes liés à l'appétit, au sommeil, etc.). La vie interpersonnelle (méfiance, isolement, solitude, etc.), professionnelle (faible niveau de motivation, absentéisme, faible performance au travail, etc.) et spirituelle (remise en question des croyances et valeurs fondamentales, etc.) des intervenants peut également être affectée par la fatigue de compassion. Les intervenants souffrant de celle-ci peuvent également développer des problèmes de santé physique.

Si des conséquences négatives sont présentes, certaines retombées positives peuvent aussi découler de l'intervention de crise. À ce sujet, Hernández et coll. (2007 : 237) ont utilisé le concept de résilience vicariante qui se définit comme « un processus qui amène les thérapeutes à être transformés positivement par le fait d'être témoin de la résilience des personnes ayant survécu à un traumatisme ». Ce phénomène peut engendrer plusieurs impacts positifs, notamment un développement personnel, une prise de conscience de la résilience de l'être humain, un sentiment renouvelé de confiance professionnelle et une plus grande appréciation de sa vie (Herman, 1992; Tosone et coll., 2003). Des prises de conscience

concernant plusieurs dimensions de la vie (Pearlman, 1998), l'utilisation de stratégies plus efficaces pour prendre soin de soi (Bauwens et Tosone, 2010) ainsi qu'une croyance profonde en la bonté ou la bienveillance de l'humanité (Collins et Long, 2003) sont également des comportements observés chez les intervenants faisant preuve de résilience vicariante.

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

## **Méthodologie**

La collecte de données a été réalisée à l'hiver 2012 et au printemps 2013. D'abord, des entrevues semi-dirigées, d'environ deux heures, ont été réalisées auprès de responsables des équipes de mesures d'urgence - volet psychosocial de 51 CSSS du Québec. Celles-ci visaient, à bien comprendre le fonctionnement et les enjeux spécifiques vécus à l'intérieur de chacun des CSSS. À la fin des entrevues, des échanges avec les répondants permettaient d'établir les mécanismes de recrutement des intervenants sociaux à qui nous voulions demander de compléter un questionnaire auto-administré. Chacun des responsables indiquait le nombre de questionnaires auto-administrés à distribuer au sein de leur établissement et se chargeait de les faire parvenir aux intervenants répondant aux critères de sélection de l'étude. Les intervenants devaient être membres des équipes d'urgence des CSSS ou de celle de l'Accueil-Évaluation-Orientation (équipe AEO) ou ils devaient assumer des périodes de garde sociale en dehors des heures d'ouverture de leur établissement. Les intervenants répondant à l'un ou l'autre de ces trois critères recevaient une enveloppe contenant une lettre présentant les objectifs et le déroulement de l'étude, un formulaire de consentement, le questionnaire auto-administré, la date limite pour remettre le questionnaire rempli ainsi qu'une enveloppe de retour affranchie.

Le questionnaire auto-administré a été complété par 291 intervenants sociaux. . Des questions fermées ont permis, entre autres, d'obtenir des informations sur les éléments suivants : caractéristiques

sociodémographiques et professionnelles des répondants, caractéristiques des quatre dernières tragédies ou sinistres pendant lesquels ils sont intervenus, contexte d'intervention lors de leur dernière expérience et répercussions de leur implication sur leur santé. Dans le questionnaire auto-administré, les questions ou outils de mesure suivants ont également été utilisés :

- 1) La version québécoise du *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS; Zimet et coll., 1988, 1990), proposée par Bergeron et Hébert (2004), a été utilisée pour évaluer le soutien social des répondants. Cet outil de 12 questions mesure 3 dimensions : soutien reçu de la part des membres de sa famille (4 questions), des amis (4 questions) et de personnes significatives (4 questions). Les répondants doivent se prononcer à partir de choix de réponse allant de 1=Totallement en désaccord à 7=Totallement en désaccord. Le score total peut varier de 7 à 84 points. L'obtention de 69 points ou plus signifie que les répondants ont un niveau élevé de soutien social tandis qu'un score de 49 à 68 points représente un niveau moyen de soutien social, et les répondants obtenant de 7 à 48 points auraient accès à un faible soutien social. Dans la présente étude, le coefficient alpha est de 0,95.
- 2) L'Indice de détresse psychologique (IDPESQ-14; Boyer, Prévillle, Légaré et Valois, 1993) est formé de 14 questions. Il mesure la fréquence de symptômes de dépression, d'anxiété, d'irritabilité et de problèmes cognitifs au cours des sept derniers jours à l'aide d'une échelle en 4 points allant de 1=Jamais à 4=Très souvent. Cet outil permet de découvrir la proportion de personnes présentant des symptômes assez nombreux pour être à risque de détresse psychologique nécessitant une prise en charge. Des analyses confirmatoires ont démontré la stabilité de sa structure factorielle (Prévillle et coll., 1992) et des normes sont proposées pour la population générale (Boyer et coll., 1993). Selon les normes établies, un score supérieur à 26,2 (80<sup>e</sup> percentile) reflète un niveau élevé de détresse psychologique. Dans le cadre de la présente étude, le coefficient alpha de cet indice est de 0,89.
- 3) La mesure de stress psychologique (MSP-9; Lemyre et Tessier, 1988) est un questionnaire comprenant 9 questions offrant 8 choix de réponse allant de 1= pas du tout à 8= énormément. Cette version du MSP a été conçue pour être utilisée dans des sondages portant sur la santé et le bien-être en milieu organisationnel. Le score du MSP-9 peut varier de 8 à 72 points et le niveau de stress des répondants est subdivisé en 4 catégories : niveau de stress moins (-20 points), autant (entre 23 et 30 points), plus (de 31 à 50 points) et extrêmement plus élevé (51 points ou plus) que la moyenne de la population. Dans le cadre de la présente étude, le coefficient alpha du MSP-9 est de 0,86 pour ce qui est du travail régulier ainsi que pour le travail en cas de sinistres et de tragédies.

- 4) Le *Maslach Burnout Inventory* (Maslach, Jackson et Leiter, 1996) comprend 22 questions qui servent à mesurer trois aspects de l'épuisement professionnel : l'épuisement émotionnel (EE), la dépersonnalisation (DP) et la perte d'accomplissement personnel (PAP). Maslach (1982) a défini l'épuisement professionnel comme « un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction du sentiment d'accomplissement personnel » (traduction libre, p. 3) qui se manifeste par une attitude empreinte de cynisme, de détresse psychologique, un sentiment d'insatisfaction, un dysfonctionnement sur le plan interpersonnel, un engourdissement émotionnel et des problèmes physiologiques. Pour chacune des trois dimensions, le score peut être bas, modéré ou élevé. En fonction du nombre de dimensions atteintes, on distingue trois stades de gravité de l'épuisement professionnel : risque minimum, modéré ou élevé. Des scores modérés ou élevés seraient le signe d'un épuisement professionnel latent, en train de s'installer. Le degré de l'épuisement professionnel des répondants est considéré comme faible si une seule dimension est atteinte, moyen si deux des dimensions sont atteintes et élevé si les trois dimensions de cet instrument obtiennent un score élevé. Le coefficient alpha pour la sous-échelle épuisement émotionnel est de 0,87, tandis qu'il est de 0,71 pour la sous-échelle dépersonnalisation ; ce coefficient atteint 0,61 pour celle de la perte d'accomplissement personnel.
- 5) La version française du *Professional Quality of Life Scale : Compassion satisfaction and Fatigue Scales-Revision R-IV* (ProQOL IV; Stamm, 2005) a été utilisée pour évaluer la qualité de vie au travail des professionnels en relation d'aide. Il s'agit d'un instrument de 30 questions réparties également en 3 dimensions : la satisfaction de compassion, l'épuisement professionnel et le traumatisme vicariant. La satisfaction de compassion reflète le plaisir éprouvé à bien faire son travail. Des scores de 42 et plus sur cette échelle représentent un niveau de satisfaction élevé lié à sa capacité d'être un aidant efficace dans son travail. Des scores de 22 ou moins représentent un faible niveau de satisfaction de compassion tandis qu'un score situé entre 23 et 41 signifie que les intervenants ont un niveau moyen de satisfaction de compassion. Du point de vue des auteurs de cet instrument, l'épuisement professionnel est un élément de l'usure de compassion. Il est associé à des sentiments de désespoir et à des difficultés à faire son travail efficacement. Des scores de 42 et plus sur cette échelle signifient que les intervenants ont un niveau élevé d'épuisement professionnel. Des scores de 22 et moins représentent un faible niveau d'épuisement professionnel tandis qu'un score situé entre 23 et 41 signifie que les intervenants présentent un niveau moyen d'épuisement professionnel. Le deuxième élément de l'usure de compassion est le traumatisme vicariant qui est lié à l'exposition secondaire à des événements extrêmement stressants ou traumatiques dans le cadre du travail en relation d'aide. Le niveau du traumatisme vicariant des répondants s'interprète

de la même façon que les deux autres sous-échelles de cet instrument. Dans la présente étude, le coefficient alpha de l'échelle de la satisfaction de compassion est de 0,86. Pour l'échelle de l'épuisement professionnel, il se situe à 0,65, tandis que pour le traumatisme vicariant, il est de 0,73.

- 6) Le niveau de stress au travail et dans la vie personnelle a aussi été mesuré à partir d'une version modifiée d'un questionnaire utilisé par Tam, Pang, Lam et Chiu (2004) dans une étude visant à évaluer les impacts de la crise du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) sur le niveau de stress professionnel et personnel des soignants d'unités de soins intensifs. Le questionnaire initial comprenait 19 questions offrant 4 choix de réponse allant de 0 = aucun risque à 4 = risque très élevé. Dans le cadre de la présente étude, les six questions portant sur les risques de se faire contaminer par le SRAS des patients ou de contaminer un de ses proches ont été enlevées. La version utilisée comprenait donc 13 questions dont 6 pour le stress au travail et 5 pour le stress dans sa vie personnelle. Le coefficient alpha pour la première sous-échelle est de 0,85 et de 0,83 pour la seconde.
- 7) Le *Silencing Response Scale* (Baranowsky, 2002) contient 15 questions qui permettent de déceler la présence ou non de risque de souffrir d'usure de compassion pour les intervenants lorsqu'ils travaillent auprès de victimes d'un traumatisme. Conformément à la perspective de Figley (1995), l'usure de compassion correspond aux réactions des intervenants qui résultent de leur exposition répétée et prolongée dans le temps à la brutalité de l'être humain, à la guerre, aux désastres, aux pertes, à la maladie, aux mauvais traitements et à d'autres types de catastrophes. Le score total du *Silencing Response Scale* varie de 0 à 150. Baranowsky (2002) propose quatre niveaux de risque : risque minimal (score de 0 à 20), un certain risque (score de 21 à 40), un risque modéré (score de 41 à 94) ou élevé (score de 95 à 150). Dans le cadre de la présente étude, le coefficient alpha de cet instrument est de 0,82.
- 8) *The Posttraumatic Growth Inventory* (Tedeschi et Calhoun, 1996) contient 21 questions ayant pour but de définir les impacts positifs de l'exposition à des événements traumatiques dans 5 domaines : 1) relations avec les autres (alpha dans la présente étude : 0,91) ; 2) nouvelles possibilités (alpha : 0,88) ; 3) forces personnelles (alpha : 0,86) ; 4) changements spirituels (alpha : 0,66) et ; 5) appréciation de la vie (alpha : 0,83). Cet instrument propose six choix de réponse allant de 0 = je n'ai pas vécu ce changement à 5 = j'ai très fortement vécu ce changement. Les personnes qui démontrent des effets positifs de leur exposition à un événement potentiellement traumatisant obtiennent généralement 23 points et plus pour la sous-échelle relations avec les autres, 18 pour celle des nouvelles possibilités, 15 pour les forces personnelles, 5 pour les changements spirituels et 11 pour l'appréciation de la vie.



## **Résultats**

Dans un premier temps, les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des répondants sont présentées puis des informations sont apportées sur les éléments suivants : contexte social et organisationnel de leur intervention lors des quatre derniers sinistres ou tragédies et santé au travail dans le cadre de son travail régulier (au moment de la collecte des données) et lors de tragédie ou de sinistre.

### **Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des répondants**

La majorité des 291 intervenants interrogés sont des femmes (84,1 %) vivant avec un conjoint (73,4 %). La moyenne d'âge des répondants est de 40,8 ans avec un écart-type de 9,8. La plupart des répondants détiennent un diplôme universitaire (86,6 %), et parmi ceux-ci, plus des trois-quarts possèdent un baccalauréat en travail social (77,7 %). La majorité des répondants occupe un poste dans le domaine de la relation d'aide soit à titre de travailleur social (54,5 %), de psychologue ou d'agent de relations humaines (12,5 %) ou de technicien en travail social (10,5 %).

Au moment de la collecte des données, bon nombre de répondants possédaient plusieurs années d'expérience au sein de leur organisme (CSSS), soit 10 ans ou plus (50,5 %) ou de 4 à 9 ans (28 %). Avant de travailler au sein de leur CSSS respectif, une bonne partie des répondants (60,9 %) possédaient une expérience de travail antérieure en intervention sociale dans un autre organisme public (42,3 %), dans un organisme communautaire (36,6 %) ou dans les deux à la fois (18,9 %). En ce qui a trait à la satisfaction au travail, la plupart des intervenants se disaient plutôt ou très satisfaits (92,1%). Cependant, une très grande partie des répondants (77,5 %) considéraient leur travail comme stressant, alors que d'autres (22,4 %) l'estimaient peu ou pas du tout stressant. Parmi tous les intervenants interrogés, plus de la moitié des répondants (60,1 %) sont déjà intervenus dans le cadre d'un sinistre ou d'une tragédie au cours des sept dernières années. L'année de la plus récente intervention dans le cadre d'un tel événement est, pour plusieurs, au cours des années 2012 ou 2013 (42,9 %), de 2009 à 2011 (46,6 %) et pour quelques répondants, de 1998 à 2008 (10,4 %).

## **Contexte de l'intervention en situation de tragédie ou de sinistre lors des quatre événements les plus récents**

Une section du questionnaire permettait de recueillir des informations sur les quatre derniers sinistres ou tragédies durant lesquels les répondants ont eu à intervenir au cours des sept dernières années. Il est alors possible de constater que parmi les 174 répondants ayant pris part à un sinistre que : 1) c'est majoritairement lors de tragédies que les répondants ont eu à intervenir, en tant que membres de l'équipe d'urgence, lors des quatre plus récents événements où ils se sont majoritairement portés volontaires ; 2) les intervenants œuvrent le plus souvent au domicile des victimes, dans les locaux de leur CSSS, dans les écoles, dans des entreprises privées ou dans les locaux d'un centre de crise mis à la disposition des victimes ; 3) la plupart de professionnels interviewés ont généralement eu à intervenir auprès d'adultes, d'enfants, d'adolescents et de leurs parents ainsi qu'auprès de personnes âgées et; 4) lors de chacun de ces quatre derniers événements, un nombre non négligeable de répondants ont également eu à intervenir auprès de plusieurs types de personnes.

De façon générale, les 174 répondants étant intervenus lors d'une tragédie ou d'un sinistre au cours des sept dernières années, ont disposé de moins de 24 heures pour donner une réponse à leur employeur concernant leur implication (90,6 %). Certains ont été invités à intervenir par leur supérieur immédiat (58,8 %), d'autres par une personne désignée par le CSSS (31,2 %) ou par un collègue (4,7 %), tandis que quelques répondants (18,8 %) se sont portés volontaires. Si quelques personnes interrogées (20,5 %) ont affirmé ressentir une certaine réticence de la part des membres de leur famille à propos de leur implication en contexte de sinistres, la majorité (79,5 %) ne vit pas ce genre de situation. Lors de leurs interventions, des répondants ont été témoins de décès d'enfants ou d'adolescents (37,9 %) d'adultes ou de personnes âgées (39,3 %). Certains ont dû composer avec des victimes blessées ou intoxiquées (28,3 %) ou avec des intervenants blessés (4,1 %), tandis que d'autres ont été témoins de violence physique envers des sinistrés ou des intervenants (9,7 %). Le fait d'être témoins de violence verbale ou psychologique constitue également une situation vécue par plusieurs répondants (24,1 %). La plupart des intervenants (75,3 %) estiment que les attentes envers eux sont assez claires lors de l'intervention en cas de sinistre. Bon nombre croient également que dans l'éventualité d'un sinistre, la plupart de leurs collègues se rendraient au travail (72,7 %), alors que d'autres croient le contraire (27,3 %). Pour plusieurs

répondants (70,1 %), le fait de recevoir des informations claires concernant le désastre influencerait leur décision de se porter volontaires lors de l'application des mesures d'urgence.

Les répondants se sont également prononcés sur les facteurs qui ont facilité leur travail lors de sinistres (Tableau 1). À ce sujet, le climat de travail au sein de l'équipe (55 %), au même titre que le fait de pouvoir compter sur de la supervision individuelle ou du soutien clinique (29 %) font partie des facteurs bénéfiques. La reconnaissance des clients (18,3 %) ou des supérieurs (7,1 %) constitue également un élément qui facilite le travail des répondants. D'autres ont plutôt apprécié le fait d'avoir été formés (20,1 %) ou de pouvoir compter sur une bonne organisation et une bonne communication au sein de l'équipe de travail et avec les partenaires (10,1 %). Le fait d'intervenir auprès de personnes dans le besoin est également gratifiant pour plusieurs répondants (12,4 %). D'autres apprécient la collaboration avec les partenaires (9,5 %).

D'un autre côté, certains éléments nuisent au travail des intervenants lors de l'application des mesures d'urgence. À cet égard, le manque d'informations ou de communication (36,8 %) avec les gestionnaires ou avec les organismes de la communauté ainsi que le manque de coordination et de planification (42,6 %) ont été nommés par certains comme des facteurs nuisibles. Certaines conditions de travail (46,5 %), comme les horaires (11 %) et le manque d'effectifs (16,1 %), constituent également des facteurs ayant des répercussions négatives sur le travail que doivent effectuer les répondants. Le manque de soutien (30,3 %) de ses supérieurs, pouvant se traduire par un manque de reconnaissance de la part de l'employeur (24,5 %), de même que certains facteurs personnels (11,6 %) (p. ex., gestion de son propre stress [8,4 %]) constituent également des éléments susceptibles d'apporter des difficultés supplémentaires dans le cadre de l'intervention en contexte de sinistre.

En ce qui a trait aux principales sources de stress des répondants, certaines conditions de travail ont été mises au premier plan (56,7 %), par exemple, le manque de personnel ou un horaire insatisfaisant. Pour d'autres, ce sont plutôt le manque d'informations ou de communication (20 %) ainsi que le manque de coordination et de planification de la part des responsables de la coordination des activités d'urgence (28 %) qui constituent des situations stressantes. Les facteurs personnels relatifs aux intervenants (28,7 %), comme la difficulté à gérer à la fois leurs responsabilités familiales et professionnelles, de même que le manque de soutien de la part de leurs supérieurs (23,3 %) sont également considérés comme des stressseurs par une partie des personnes interrogées.

Un grand nombre d'intervenants considèrent l'implication lors de sinistre comme extrêmement ou assez stressant (73,6 %), tandis que moins du tiers vivent peu ou pas de stress (26,4 %). Toutefois, les répondants éprouvent presque autant de sentiments positifs (72,5 %) que négatifs (75,6 %) à l'égard de leur implication lors de sinistre. À titre d'exemple, plusieurs vivent un sentiment d'utilité dans le cadre de leurs fonctions (38,8 %). D'autres se sentent valorisés (16,3 %) ou empathiques envers les victimes de tragédies (17,5 %). D'un autre côté, des répondants se sentent inutiles (13,1 %), impuissants (23,1 %), stressés (20 %), en état d'alerte (11,3 %) ou ont le sentiment de perdre leurs repères (8,1 %) sur les lieux des sinistres.

### **Perception de son état de santé physique, soutien social et santé psychologique au moment de la collecte des données**

Comme le démontre le Tableau 2, comparativement à d'autres personnes du même âge, la majorité des répondants considère que leur état de santé est très bon (47,4 %) ou excellent (18,5 %). Elle aurait aussi un niveau élevé de soutien social (69 %).

Plus du quart des répondants (26,8 %) présentent un score de détresse psychologique supérieur au 80<sup>e</sup> percentile de la population québécoise. Les résultats indiquent aussi que 45 % ont un niveau de stress psychologique extrême (5,5 %) ou supérieur (39,5 %) à la moyenne de la population canadienne tandis que pour 43 % des intervenants, ce niveau se situe dans la moyenne du score obtenu par la population générale (mesure de stress psychologique [MSP-9] de Lemyre et Tessier, 1988). Enfin, 12 % des répondants ont un niveau de stress inférieur à la moyenne obtenue par la population.

**Tableau 1**  
**Contexte de l'application des mesures d'urgence**

<b>Éléments facilitateurs (n=169)</b>	Nombre	Pourcentage
Climat au sein de l'équipe/Entraide	93	55,0
Supervision individuelle/Rencontre d'équipe/Soutien clinique	49	29,0
Formations reçues/Informations suffisantes/Temps de préparation	34	20,1
Reconnaissance des clients/Impacts sur les clients	31	18,3
Intervention auprès des personnes dans le besoin	21	12,4
Bonne organisation et communication	17	10,1
Collaboration des partenaires	16	9,5
Initiative/Créativité/Polyvalence	14	8,3
Reconnaissance des supérieurs	12	7,1
Impacts positifs sur le travail régulier	9	5,3
<b>Éléments insatisfaisants ou difficiles (n=155)</b>		
<b>Manque de coordination et de planification</b>	<b>66</b>	<b>42,6</b>
Trop de professionnels impliqués/Manque de coordination des partenaires	27	17,4
Manque de planification	21	13,5
Contradictions entre le mandat et les besoins des sinistrés	16	10,3
Être présent sans que les sinistrés aient eu recours aux services	2	1,3
<b>Conditions de travail</b>	<b>72</b>	<b>46,5</b>
Manque d'effectifs/Lourdeur de la tâche	25	16,1
Horaire de travail insatisfaisant	17	11,0
Retour à ses fonctions habituelles	10	6,5
Conditions inadéquates pour intervenir/Lieu de l'intervention	7	4,5
Comportement des sinistrés	7	4,5
Difficultés liées à la gestion du stress des autres intervenants	6	3,9
<b>Manque d'informations ou de communication</b>	<b>57</b>	<b>36,8</b>
Manque d'informations/Gestion de la communication	39	25,2
Manque de formation et d'outils	10	6,5
Manque de clarté dans les consignes	8	5,2
<b>Manque de soutien</b>	<b>47</b>	<b>30,3</b>
Manque de reconnaissance/ soutien des autorités	38	24,5
Absence de retour pour ventiler	9	5,8
<b>Facteurs personnels</b>	<b>18</b>	<b>11,6</b>
Gestion de son propre stress	13	8,4
Conciliation travail-famille	5	3,2
<b>Pire stresser associé aux mesures d'urgence (n=150)</b>		
Conditions de travail	85	56,7
Facteurs personnels	43	28,7
Manque de coordination et de planification	42	28,0
Manque de soutien	35	23,3
Manque d'informations ou de communication	30	20,0
<b>Niveau de stress vécu lors de l'intervention (n=174)</b>		
Extrêmement ou très stressant	45	25,9
Assez stressant	83	47,7
Peu ou pas du tout stressant	46	26,4

En ce qui a trait à l'épuisement professionnel, pour la première sous-échelle, les données indiquent que plus de la moitié des répondants (64,6 %) ont un niveau bas d'épuisement émotionnel, alors que les autres présentent un niveau moyen (27,1 %) ou élevé (8,2 %). Sur la deuxième sous-échelle, la plupart des répondants se situent à un niveau bas (70,2 %) de dépersonnalisation, tandis que les autres se situent à un niveau modéré (21,1 %) ou élevé (8,7 %). Alors que 60,2 % des répondants présentent un niveau bas concernant la perte d'accomplissement personnel, d'autres répondants se trouvent à un niveau modéré (28,4 %) ou élevé (11,4 %). Une minorité de répondants ont obtenu un score élevé à 2 (4,9 %) ou 3 (0,3 %) de ces sous-échelles démontrant que très peu d'intervenants sociaux présentent un niveau moyen ou élevé de vivre de l'épuisement professionnel.

La satisfaction de compassion, l'épuisement professionnel et la présence ou non de traumatisme vicariant ont aussi été évalués en utilisant le *ProQOL IV*. Selon les résultats, tous les répondants ont un niveau moyen (54,7 %) ou élevé (45,3 %) de satisfaction de compassion. Cela signifie, entre autres, qu'ils tirent un plaisir de bien faire leur travail et qu'ils aiment aider les autres. Ils peuvent également ressentir un rapprochement positif dans leurs relations avec leurs collègues et une grande satisfaction liée à leur capacité d'être des aidants efficaces dans leur travail. D'autre part, plusieurs répondants (61,4 %) présentent un niveau bas d'épuisement professionnel, ce qui reflète des sentiments positifs par rapport à leurs capacités à être efficaces dans leur travail. Les autres (38,6 %) se situent à un niveau modéré et aucun des intervenants n'a obtenu un score reflétant un risque élevé de souffrir d'épuisement. En ce qui concerne le traumatisme vicariant, la majorité des répondants (79 %) présente un niveau bas, tandis que les autres se situent à un niveau modéré (21 %). Aucun répondant n'a obtenu un score élevé à cette sous-échelle, ce qui signifie qu'aucun intervenant ne présente un risque élevé de souffrir de traumatisme vicariant, c'est-à-dire de présenter des manifestations de stress post-traumatique liées à l'exposition secondaire à des événements traumatiques.

## **Santé psychologique lors d'une tragédie ou d'un sinistre**

Le Tableau 3 permet de constater que pour le stress au travail, le score moyen des répondants se situe à 1,57 (mesuré à partir de la version modifiée d'un questionnaire utilisé par Tam, Pang, Lam et Chiu, 2004). Les répondants rapportent donc, en moyenne, un léger niveau de stress dans le cadre de leurs fonctions professionnelles pendant leurs interventions en période de tragédies ou de sinistres. Pour ce qui est du stress personnel, le score moyen est de 1,22 signifiant également que les répondants vivent, en général, un léger niveau de stress dans leur vie personnelle lorsqu'ils doivent intervenir lors de sinistres ou de tragédies. Plus du tiers des répondants (38 %) vivent un niveau de stress au travail modéré ou considérable lorsqu'ils interviennent dans les mêmes conditions (score supérieur à 3) et ce pourcentage est de 7,1 % pour le niveau de stress vécu dans leur vie personnelle.

Plusieurs des répondants se situent à un niveau de stress similaire à la moyenne des gens (38,6 %) ou inférieur à ceux-ci (29,8 %) lorsqu'ils ont à intervenir en situation de tragédies ou de sinistres. Lors de ces mêmes situations, près du tiers des répondants vivent un stress psychologique plus élevé que la moyenne (28,7 %) tandis que très peu de répondants vivent un stress extrême (2,9 %).

En ce qui a trait aux risques de souffrir d'usure de compassion la dernière fois qu'ils ont eu à travailler en situation de sinistres ou de tragédies, les résultats démontrent que 19,3 % des intervenants interrogés présentaient des risques modérés de souffrir d'usure de compassion, alors que les autres couraient certains risques (67,8 %) ou un risque minimal (12,9 %).

**Tableau 2**  
**Perception de l'état de santé physique, du soutien social et de santé psychologique des**  
**répondants au moment de la collecte de données**

<b>Perception de l'état de santé (n=287)</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Excellent	53	18,5
Très bon	136	47,4
Bon	81	28,2
Moyen	15	5,2
Mauvais	2	0,7
<b>Niveau du soutien social perçu (n=290)</b>		
Faible	12	4,1
Moyen	78	26,9
Élevé	200	69,0
<b>Présence de détresse psychologique (n=289)</b>		
Oui	77	26,8
Non	212	73,2
<b>Stress psychologique par rapport au travail régulier (n=291)</b>		
Inférieur à la moyenne	35	12,0
Autant que la moyenne	125	43,0
Plus que la moyenne	115	39,5
Stress extrême	16	5,5
<b>Niveau d'épuisement émotionnel (n=291)</b>		
Bas	188	64,6
Modéré	79	27,1
Élevé	24	8,2
<b>Niveau de la dépersonnalisation (n=289)</b>		
Bas	203	70,2
Moyen	61	21,1
Élevé	25	8,7
<b>Niveau de la perte d'accomplissement (n=289)</b>		
Bas	174	60,2
Moyen	82	28,4
Élevé	33	11,4
<b>Satisfaction de compassion (n=289)</b>		
Niveau moyen	158	54,7
Niveau élevé	131	45,3
<b>Épuisement professionnel (n=290)</b>		
Niveau bas	178	61,4
Niveau moyen	112	38,6
<b>Traumatisme vicariant (n=290)</b>		
Niveau bas	229	79,0
Niveau moyen	61	21,0



Enfin, le Tableau 3 montre que 7,6 % des répondants ont subi des changements positifs dans leurs relations avec les autres à la suite de leurs interventions auprès de victimes de tragédies ou de sinistres. Cela signifie qu'ils ont pu créer des liens plus forts avec leurs proches et qu'ils ont établi des relations avec des membres de la famille et des amis avec qui ils avaient peu de contacts. Ils peuvent également avoir tenté d'acquiescer davantage de compassion pour autrui, en particulier pour ceux qui ont souffert de conditions similaires à la leur. Une petite partie des répondants (3,5 %) ont développé de nouvelles possibilités, c'est-à-dire qu'ils ont commencé à faire des choix en fonction de leurs objectifs personnels. Ils sont également plus susceptibles d'essayer de changer des choses qui doivent changer. D'autres répondants (8,1 %) ont développé de nouvelles forces personnelles, comme une plus grande autonomie. Cela leur permet d'accepter davantage la façon dont les choses se passent et peut les aider à traverser les difficultés qu'ils rencontreront à l'avenir. Des changements sur le plan spirituel se sont fait sentir pour 10 % des intervenants interrogés. Ces derniers sont susceptibles de se connecter davantage avec leurs racines spirituelles ou de s'associer à un groupe ayant des croyances similaires. Enfin, quelques répondants (11,7 %) ont manifesté des changements en ce qui concerne leur appréciation de la vie. Certains ont changé leurs valeurs et leurs priorités et essayent de vivre chaque jour pleinement.

**Tableau 3**

**État de santé psychologique des répondants lors de sinistre ou de tragédie majeure**

<i>Stress au travail lors de sinistre</i>		
Stress au travail (n=171)	Score moyen : 1,57	
Stress personnel (n=170)	Score moyen : 1,22	
<b>Niveau de stress au travail :</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Score moyen de 2 et plus (stress modéré, important et très élevé)	65	38,0
Score de 3 et plus (stress important et très élevé)	32	18,7
<b>Niveau de stress dans sa vie personnelle :</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Score moyen de 2 et plus (stress modéré, important et très élevé)	12	7,1
Score de 3 et plus (stress important et très élevé)	4	2,4
<i>Stress psychologique lors de sinistre (n=171)</i>		
<b>Niveau de stress :</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Inférieur à la moyenne	51	29,8
Autant que la moyenne	66	38,6
Plus que la moyenne	49	28,7
Stress extrême	5	2,9
<i>Risque de vivre de l'usure de compassion pendant un sinistre (n=171)</i>		
<b>Niveau de risque :</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Risque minimal	22	12,9
Certains risques	116	67,8
Risque modéré	33	19,3
<i>Croissance post-traumatique<sup>1</sup></i>		
<b>Variables :</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Relations avec les autres (n=172) : Score de 23 et plus	13	7,6
Nouvelles possibilités (n=173) : Score de 18 ou plus	4	3,5
Forces personnelles (n=172) : Score de 15 ou plus	14	8,1
Changement spirituel (n=170) : Score de 5 ou plus	17	10,0
Appréciation de la vie (n=171) : Score de 11 ou plus	20	11,7

1. L'obtention des scores obtenus pour ces cinq sous-échelles représente le pourcentage des répondants qui ont obtenu des retombées positives de leurs interventions auprès des victimes de traumatismes ou de tragédies majeures.

## Discussion

Cette étude permet de faire ressortir que les intervenants psychosociaux aiment travailler en situation de crises, de tragédies ou de sinistres et retirent plusieurs bénéfices professionnels de leur expérience, et ce, en dépit d'un risque d'épuisement personnel et professionnel non négligeable et de la présence de difficultés et de limites associées à ce type d'intervention. Toutefois, l'analyse des données recueillies par l'intermédiaire du questionnaire auto-administré démontre que ce n'est pas la majorité des intervenants qui présente de l'usure de compassion ou des effets secondaires à la suite d'une exposition indirecte à des événements traumatisants (traumatisme vicariant). De plus, les membres des équipes d'urgence obtiennent des scores plus faibles à l'échelle de la mesure du stress psychologique de Lemyre et Tessier (1988) dans un contexte de tragédies ou de sinistres que dans le cadre du travail régulier qu'ils doivent effectuer au sein de leur programme d'appartenance (comme le programme de santé mentale, accueil-évaluation-orientation, perte d'autonomie reliée au vieillissement, etc.). Ces résultats peuvent probablement s'expliquer par le fait que les intervenants appelés à travailler en contexte de tragédies ou de sinistres ont l'impression de pouvoir intervenir auprès des individus sans avoir l'obligation de tenir des statistiques sur le nombre de personnes rencontrées et se sentent moins stressés par rapport au temps qu'ils peuvent accorder aux personnes qu'ils rencontrent.

Les intervenants sociaux apprécient la diversité de leur travail ainsi que l'initiative, la flexibilité et l'autonomie dont ils disposent lorsqu'ils interviennent dans le cadre de sinistres. En fait, ils semblent vivre plus de la satisfaction de compassion que d'usure de compassion. En effet, selon le modèle proposé par Radley et Figley (2007), la satisfaction de compassion implique l'émergence : 1) de sentiments positifs ressentis par les intervenants et leur capacité à maintenir une attitude positive envers les clients ; 2) des ressources pour gérer efficacement le stress incluant le stress relié au fait de manifester de la compassion, et 3) des capacités à appliquer au quotidien des stratégies efficaces pour prendre soin d'eux-mêmes afin de retrouver l'inspiration et la joie de vivre.

Afin de mettre en relief les conséquences positives ou les sources de satisfaction exprimées par les intervenants travaillant auprès de personnes traumatisées, Radley et Figley (2007) ont proposé un modèle qui s'appuie sur l'idée que le stress associé au fait de manifester une attitude empreinte de compassion envers les clients traumatisés peut conduire à un sentiment d'accomplissement. Pour s'épanouir, les

travailleurs sociaux ont besoin d'expérimenter leur joie d'aider les autres et d'être satisfaits de leur travail. D'après ces auteurs, cette joie et cet accomplissement peuvent conduire à la satisfaction de compassion qui est engendrée par le fait d'être témoins du passage chez les clients du rôle de victimes à celui de personnes responsables ou survivantes. Les résultats obtenus dans le cadre du questionnaire auto-administré vont dans ce sens : les intervenants psychosociaux obtiennent en général des scores assez élevés à l'échelle de la satisfaction de compassion. Cela signifie donc qu'ils tirent un plaisir de bien faire leur travail et qu'ils aiment aider les autres. Ils peuvent également ressentir un rapprochement positif dans leurs relations avec leurs collègues et une grande satisfaction liée à leur capacité d'être des aidants efficaces dans leur travail.

Pour leur part, Calhoun et Tedeschi (1998, 2006) ont élaboré le concept de croissance post-traumatique (*posttraumatic growth*) pour déterminer les effets positifs de l'intervention en contexte traumatique. Selon Lev-Wiesel et Amir (2003), ce phénomène peut être perçu comme une force humaine naturelle qui reflète la force de la vie pouvant compenser la détresse post-traumatique face à l'adversité. La croissance post-traumatique se manifeste par des changements dans trois grandes sphères, soit dans l'image de soi-même, dans les relations interpersonnelles et dans la philosophie de vie (Calhoun et Tedeschi, 1998, 2006). Dans le cadre de cette étude, de nombreuses retombées positives ont été mentionnées par les répondants pour chacun des éléments mentionnés par ces auteurs. Ainsi, les répondants ont souligné que l'application des mesures d'urgence leur font vivre de nouvelles expériences qui les stimulent professionnellement (appréciation de son travail), qui leur font découvrir de nouvelles façons de travailler (perception de nouvelles possibilités) et qui leur permettent de mesurer leurs capacités à intervenir adéquatement auprès de différents types de personnes, et ce, dans diverses situations (forces personnelles). Les intervenants sociaux ont également mentionné qu'avec l'expérience acquise, ils ont plus confiance en leurs capacités (forces personnelles) et développent des stratégies qui leur permettent de mieux gérer leur stress (perception de nouvelles possibilités).

Malgré le fait que les intervenants aient mentionné plusieurs sources de satisfaction dans le cadre de leur travail en situation de crises, de tragédies ou de sinistres, il n'en demeure pas moins que certaines situations hors de leur contrôle et plusieurs facteurs organisationnels nuisent à leur travail. Ainsi, le manque de connaissance et de reconnaissance du rôle et des fonctions des travailleurs sociaux par certains gestionnaires et par certains organismes de la communauté demeurent des éléments qui frustreront bon nombre des répondants. L'absence de formation continue, tant théorique que pratique, le roulement du

personnel, le manque d'implication des jeunes intervenants, la fréquence peu élevée de rencontres de groupe ou de retour sur les événements vécus ainsi que le manque de supervision, de soutien et d'encouragement de la part des supérieurs hiérarchiques apparaissent comme des sources organisationnelles d'insatisfaction qui ne sont pas négligeables et qui devraient faire l'objet de rectification à court terme afin de ne pas décourager les intervenants.

En somme, cette étude démontre que ce sont principalement des facteurs organisationnels comme des demandes et des attentes imprécises de l'employeur envers les employés, un manque de clarté dans les consignes, une charge de cas élevée, une formation tant théorique que pratique insuffisante, une supervision, un soutien et un encadrement inadéquats ainsi que des récompenses, des perspectives de rémunération et des effectifs insuffisants qui représentent les principaux éléments qui semblent la qualité de vie au travail des intervenants sociaux quand ces derniers doivent œuvrer lors de tragédies ou de sinistres . Ces résultats sont d'ailleurs conformes à ceux d'une étude réalisée auprès de travailleurs sociaux travaillant en contexte de la protection de l'enfance qui a démontré que les stresseurs organisationnels sont les facteurs qui sont le plus fortement associés au développement de manifestations de stress post-traumatique (*post-traumatic stress disorder* [PTSD]) chez ces intervenants (Regehr, Hemsworth, Leslie, Howe et Chau, 2004). Dans ce même ordre d'idées, Revicky et Gershon (1996) ont également trouvé une corrélation positive entre l'absence de groupe de soutien, l'ambiguïté quant à son rôle ainsi qu'une supervision inadéquate et une plus grande détresse psychologique au sein d'un échantillon de techniciens œuvrant dans les urgences d'hôpitaux. Pour leur part, Badger et coll. (2008) ont démontré, à partir des données d'un sondage réalisé auprès de 121 travailleurs sociaux intervenant en contexte hospitalier, que le stress organisationnel constitue un élément qui prédit significativement l'émergence d'un stress traumatique secondaire (traumatisme vicariant). Les intervenants affaiblis par des stresseurs organisationnels réagiraient d'une manière plus intense lors de leurs interventions auprès de personnes traumatisées (Regehr et coll., 2004).

Finalement, nous pouvons dire que cet article permet une meilleure compréhension du vécu des intervenants qui œuvrent dans les situations de crise, de tragédie ou de sinistre. Il convient ainsi de garder à l'esprit que le travail des intervenants auprès de personnes vulnérables ou souffrantes dans des contextes d'urgence sociale comporte plusieurs éléments tant positifs que négatifs. Les questionnaires des diverses équipes qui encadrent les intervenants sociaux doivent être en mesure de soutenir leurs propres

intervenants et de leur offrir une formation leur permettant de composer avec les différents stress qu'ils devront affronter. La tenue régulière de rencontres de soutien à la fois organisationnel et émotionnel est donc essentielle et les intervenants sociaux doivent être informés des sentiments et des symptômes qu'ils peuvent éprouver pendant et après leur intervention dans des situations qui sont hors de leur contrôle.

## Références

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

Bauwens, J., et Tosone, C. (2010). Professional Posttraumatic Growth After a Shared Traumatic Experience: Manhattan Clinicians' Perspectives on Post-9/11 Practice. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress and Coping*, 15(6), 498-517.

Bergeron, M., et Hébert, M. (2004). *Traduction française du Multidimensional Scale of perceived social support de G.D. Zimet, N.W. Dahlem, S.G. Zimet et G.K. Farley (1988)*. Document inédit. Montréal, Québec : Département de sexologie, UQAM.

Boyer, R., Préville, M., Légaré, G., et Valois, P. (1993). La détresse psychologique dans la population du Québec non institutionnalisée : résultats normatifs de l'enquête Santé Québec. *Revue Canadienne de Psychiatrie*, 38(juin), 339-343.

Burkle, F.M. Jr. (1996). Acute-phase mental health consequences of disasters: implications for triage and emergency medical services. *Annals of Emergency Medicine*, 28(2), 119-128.

Bradford R., et John A.M. (1991). The Psychological Effects of Disaster Work: Implications for Disaster Planning. *Journal of the Royal Society of Health*, 111(3), 107-110.

Calhoun, L. G., et Tedeschi, R. G. (2006). The foundations of posttraumatic growth: An expanded framework. Dans L. G. Calhoun, et R. G. Tedeschi (dir.), *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (p.1- 23). Newark, New Jersey : LEA.

Calhoun, L. G., et Tedeschi, R. G. (1998). Posttraumatic growth: Future directions. Dans R. G. Tedeschi, C. L. Park, et L. G. Calhoun (dir.), *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis* (p. 215-238). Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Collins, S., et Long, A. (2003). Working with the psychological effects of trauma: Consequences for mental health-care workers: A literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 417-424.

Conrad, D., et Kellar-Guenther, Y. (2006). Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among Colorado child protection workers. *Child Abuse and Neglect*, 30, 1071-1080.

- Dane, B., et 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.
- Dunning, C. (1990). Mental health sequelae in disaster workers: prevention and intervention. *International Journal of Mental Health*, 19(2), 91-103.
- Figley, C.R. (dir.) (1995). *Compassion Fatigue-Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*. New York, NY : Brunner/Mazel Publications.
- 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*. New York, NY : Brunner-Routledge.
- Gibson M., et Iwaniec, D. (2003). An empirical study into the psychosocial reactions of staff working as helpers to those affected in the aftermath of two traumatic incidents. *British Journal of Social Work*, 33, 851-870.
- Herman, J.L. (1992). *Trauma and Recovery*. New York, NY : Basic Books.
- Hernández, P., Gangsei, D., et Engstrom, D. (2007). Vicarious resilience: A qualitative investigation into a description of a new concept. *Family Process*, 46, 229-241.
- Hodgkinson, P.E., et Shepherd, M.A. (1994). The impact of disaster support work. *Journal of Traumatic Stress*, 7(4), 587-600.
- Lemyre, L., et Tessier, R. (1988). Mesure de stress psychologique (MSP) : Se sentir stressé-e. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 20, 302-321.
- Lev-Wiesel, R., et Amir, M. (2003) Post-traumatic growth among Holocaust child survivors. *Journal of Loss and Trauma*, 8, 229-237.
- Linley, P.A., et Joseph, S. (2007). Therapy work and therapists' positive and negative well-being, *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(3), 385-403.
- Malenfant, P.P. (2006). *L'intervention sociosanitaire en contexte de sécurité civile : guide de formation. Structure organisationnelle en sécurité civile : mission santé (Module 3)*.
- Malenfant, P.P. (2008). *L'intervention sociosanitaire en contexte de sécurité civile : Guide de formation et manuel de référence. Module 6. La fonction Intervention*. Québec, Québec : MSSS.
- Maltais, D. (2005). Les caractéristiques de l'intervention sociale en cas de catastrophe macrosociale. Dans D. Maltais et M.-A. Rheault (dir.), *Intervention sociale en cas de catastrophe* (p. 7-34). Québec, Québec : Presses de l'Université du Québec.

Maslach, C., Jackson, S.E., et Leiter, M. (1996). *Maslach Burnout Inventory. Manual* (3<sup>e</sup> ed.). Palo Alto, CA : Consulting Psychologist Press.

Mitchell, J.T., et Dyregrov, A. (1993). Traumatic stress in disaster workers and emergency personnel – Prevention and intervention. Dans John P. Wilson et B. Raphael (dir.), *International handbook of traumatic stress syndromes* (vol. 76, p. 905-914).

Ortlepp, K., et Friedman, M. (2002). Prevalence and correlates of secondary traumatic stress in workplace lay trauma counselors. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 213-222.

Préville, M., Boyer, R., Potvin, L., Perrault, C., et Légaré, G. (1992), *La détresse psychologique : détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé Québec*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Radley, M., et 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, Royaume-Uni : Hutchinson.

Regehr, C., Hemsworth, D., Leslie, B., Howe, P., et Chau, S. (2004). Predictors of posttraumatic distress in child welfare workers: A linear structural model equation. *Children and Youth Services Review*, 26, 331–346.

Revicki, D.A., et Gershon, R.R. (1996). Work-related stress and psychological distress in emergency medical technicians. *Journal of Occupational Health Psychology*. 1(4), 391-396.

Shamai, M., et Pnina, R. (2009). Helping Direct and Indirect Victims of National Terror: Experiences of Israeli Social Workers. *Qualitative Health Research*, 19(1), 42-54.

Shepherd, M., et Hodgkinson, P.E. (1990). The hidden victims of disaster: helper stress. *Stress Medicine*, 6, 29-35.

Stamm, B. H. (2005). The ProQOL Manual. Repéré à [www.sidran.org](http://www.sidran.org).

Tam, C.W., Pang, E.P., Lam, L.C., et Chiu, H.E. (2004). Severe acute respiratory syndrome (SARS) in Hong Kong in 2003: stress and psychological impact among frontline healthcare workers, *Psychological Medicine*, 34, 1197-2004.

Tedeschi, R., et Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring The Positive Legacy of Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455-471.

Tehrani, N. (2007). The cost of caring — The impact of secondary trauma on assumptions, values and beliefs. *Counseling Psychology Quarterly*, 20, 325-339.



Tosone, C., Lee, M., Bialkin, L., Martinez, A., Campbell, M., Martinez, M.M., Charters, M., et Stefan, A. (2003). Shared trauma. *Psychoanalytic Social Work*, 10(1), 57–77.

Paton D. (1996). Training disaster workers: promoting well-being and operational effectiveness. *Disaster Prevention and Management*, 5, 10-16.

Paton, D. (1996a). Traumatic stress in critical occupations. Dans D. Paton et J.M. Violanti, *Traumatic stress in critical occupations – Recognition, consequences and treatment*, (p. 1-14). Springfield, IL : Charles C. Thomas Publisher.