Danielle Maltais, Suzie Robichaud
et Anne Simard

chercheuses à l'Université du Québec à Chicoutimi

(2001)

Sinistres et intervenants

ESSAI

Un document produit en version numérique par Réjeanne Toussaint, ouvrière
bénévole, Chomedey, Ville Laval, Québec
[Page web](#). Courriel: rtoussaint@aei.ca

Dans le cadre de: "Les classiques des sciences sociales"
Une bibliothèque numérique fondée et dirigée par Jean-Marie Tremblay,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi
Site web: <http://classiques.uqac.ca/>

Une collection développée en collaboration avec la Bibliothèque
Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi
Site web: <http://bibliotheque.uqac.ca/>

Politique d'utilisation de la bibliothèque des Classiques

Toute reproduction et rediffusion de nos fichiers est interdite, même avec la mention de leur provenance, sans l'autorisation formelle, écrite, du fondateur des Classiques des sciences sociales, Jean-Marie Tremblay, sociologue.

Les fichiers des Classiques des sciences sociales ne peuvent sans autorisation formelle:

- être hébergés (en fichier ou page web, en totalité ou en partie) sur un serveur autre que celui des Classiques.
- servir de base de travail à un autre fichier modifié ensuite par tout autre moyen (couleur, police, mise en page, extraits, support, etc...),

Les fichiers (.html, .doc, .pdf, .rtf, .jpg, .gif) disponibles sur le site Les Classiques des sciences sociales sont la propriété des **Classiques des sciences sociales**, un organisme à but non lucratif composé exclusivement de bénévoles.

Ils sont disponibles pour une utilisation intellectuelle et personnelle et, en aucun cas, commerciale. Toute utilisation à des fins commerciales des fichiers sur ce site est strictement interdite et toute rediffusion est également strictement interdite.

L'accès à notre travail est libre et gratuit à tous les utilisateurs. C'est notre mission.

Jean-Marie Tremblay, sociologue
Fondateur et Président-directeur général,
[LES CLASSIQUES DES SCIENCES SOCIALES](#).

Cette édition électronique a été réalisée par Réjeanne Toussaint, bénévole,
Courriel: rtoussaint@aei.ca

à partir de :

Danielle Maltais, Suzie Robichaud et Anne Simard
chercheuses à l'Université du Québec à Chicoutimi

Sinistres et intervenants. Essai.

Chicoutimi, Québec : Les Éditions JCL inc., 2001, 275 pp. Collection : Au cœur des catastrophes.

[Autorisation formelle accordée conjointement par l'auteure et l'éditeur, Les Éditions JCL, le 22 juillet 2010]

Mme Robichaud est professeure émérite de science politique de l'Université du Québec à Chicoutimi.

Courriels : Suzie.Robichaud@DeryTele.com et jcl@jcl.qc.ca
<http://www.jcl.qc.ca/welcome.html>

Polices de caractères utilisée :

Pour le texte: Times New Roman, 14 points.

Pour les notes de bas de page : Times New Roman, 12 points.

Édition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word 2008 pour Macintosh.

Mise en page sur papier format : LETTRE US, 8.5'' x 11''.

Édition numérique réalisée le 8 décembre 2012 à Chicoutimi,
Ville de Saguenay, Québec.

Danielle Maltais, Suzie Robichaud
et Anne Simard

chercheuses à l'Université du Québec à Chicoutimi

Sinistres et intervenants
ESSAI.

Chicoutimi, Québec : Les Éditions JCL inc., 2001, 275 pp. Collection : Au cœur des catastrophes.

<http://www.jcl.qc.ca/welcome.html>

Nous sommes infiniment reconnaissants à M. Jean-Claude Larouche, président-directeur général, Les Éditions JCL, de nous accorder son autorisation de rendre disponible sur Internet, en format numérique, en accès libre et gratuit, à l'intérieur de la bibliothèque virtuelle **Les Classiques des sciences sociales**, cette recherche de Mme Suzie Robichaud, professeure émérite de science politique à l'Université du Québec à Chicoutimi, **Sinistres et intervenants. Essai**. (2001)

Ce livre est disponible, en édition papier, directement chez l'éditeur ou en toute bonne librairie.

Site web : http://www.jcl.qc.ca/detail_livre/sinistres-et-intervenants/

Courriel : jcl@jcl.qc.ca

[6]

Dans la même collection

Désastres et Sinistrés, Chicoutimi, Éd. JCL, 2001, 405 pages.

Nous reconnaissons l'aide financière du gouvernement du Canada par l'entremise du Programme d'aide au développement de l'industrie de l'édition (PADIÉ) pour nos activités d'édition. Nous bénéficions également du soutien de la SODEC et, enfin, nous tenons à remercier le Conseil des Arts du Canada pour l'aide accordée à notre programme de publication.

Gouvernement du Québec - Programme de crédit d'impôt pour l'édition de livres - Gestion SODEC

[7]

À tous les intervenants
et les bénévoles qui ont apporté leur soutien aux victimes
des inondations de juillet 1996,
à celles de la tempête de verglas de janvier 1998 et à celles des at-
tentats terroristes survenus récemment aux États-Unis.

La solidarité est la tendresse des peuples.

Jorge Luis Borges

[8]

Sinistres et intervenants. Essai.

REMERCIEMENTS

[Retour à la table des matières](#)

La publication de ce livre a été rendue possible grâce à l'encouragement et au soutien de nombreuses personnes. À ce sujet, nous tenons à remercier le Doyen Jean-François Moreau et Madame France Claveau du Décanat des études supérieures et de la recherche de l'Université du Québec à Chicoutimi. La confiance qu'ils nous accordent est très précieuse.

Nous souhaitons également souligner la grande disponibilité de Madame Esther Cloutier ainsi que le dévouement de Monsieur Jean-Claude Larouche des Éditions JCL.

La publication de ce volume a été rendue possible grâce à la contribution financière des organismes suivants :

Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS) ;
Décanat des études supérieures et de la recherche de l'UQAC ;
Département des sciences humaines de l'Université du Québec à Chicoutimi.

[9]

Table des matières

[Quatrième de couverture](#)

[Résumé du livre](#)

[Préface](#) [13]

[Introduction](#). [17]

Chapitre 1. [La recherche sur les intervenants](#). [21]

[L'état de la situation de la recherche](#). [21]

[Certains problèmes pratiques et méthodologiques](#). [25]

[Les méthodes utilisées](#). [29]

[Résumons](#). [32]

Chapitre 2. [La définition des concepts](#). [35]

[Les intervenants](#). [35]

[Les intervenants en tant que victimes](#). [37]

[L'événement et l'incident critique ou stressant, la crise et le désastre](#). [42]

[La pratique et les techniques de débriefing](#). [46]

[Résumons](#). [52]

Chapitre 3. [Les effets de l'intervention en situation critique sur la santé biopsychosociale des intervenants](#). [56]

[Les répercussions physiques ou physiologiques](#). [58]

[Certains symptômes psychologiques](#). [63]

[Les répercussions émotionnelles et cognitives](#). [66]

[Les modifications relationnelles et comportementales](#). [75]

[Les changements dans les attitudes face à la vie](#). [78]

[La durée des effets](#). [81]

[Résumons](#). [86]

Chapitre 4. [Les effets sur la santé et la performance au travail](#). [91]

[Résumons](#). [96]

Chapitre 5. [Les réactions, les facteurs de stress et les sentiments éprouvés par les intervenants.](#) [99]

[Résumons.](#) [105]

Chapitre 6. [Les facteurs et les variables intervenant dans la manifestation et dans l'intensité des effets du travail en situation de désastre.](#) [107]

[Les variables sociodémographiques.](#) [109]

[Les caractéristiques individuelles et les traits de personnalité.](#) [113]

[Les facteurs contextuels et les facteurs organisationnels.](#) [120]

[Les éléments contextuels.](#) [121]

[Les éléments organisationnels.](#) [128]

[Les sources et les effets du support social chez les intervenants.](#) [131]

[Le support de la famille, des amis et des confrères de travail.](#) [132]

[Le soutien organisationnel.](#) [136]

[L'expérience et la formation des intervenants.](#) [146]

[L'expérience des intervenants.](#) [147]

[La formation des intervenants : constats et besoins.](#) [150]

[Résumons.](#) [161]

Chapitre 7. [La définition du rôle et ses limites : certaines considérations.](#) [171]

[Résumons](#) [178]

Chapitre 8. [Les stratégies et styles d'adaptation.](#) [181]

[Résumons](#) [187]

[Conclusion.](#) [189]

[Références bibliographiques.](#) [203]

Annexes

[Annexe 1.](#) Résumé de quelques études et articles relatifs à l'impact des désastres sur la santé physique, psychologique et sociale de diverses catégories d'intervenants. [221]

[Annexe 2.](#) Définitions des termes « désastres », « catastrophes naturelles et technologiques » et « événements traumatisants » selon certains auteurs. [269]

[11]

LISTE DES TABLEAUX

[Retour à la table des matières](#)

- Tableau 1. [Considérations méthodologiques](#). [30]
- Tableau 2. [Protocoles de debriefing éducatif et psychologique](#). [51]
- Tableau 3. [Symptômes cognitifs affectant le processus mental ou intellectuel](#). [66]
- Tableau 4. [Réactions émotionnelles immédiates et à long terme chez les intervenants](#). [69]
- Tableau 5. [Signes et symptômes cognitifs et émotionnels](#). [72]
- Tableau 6. [Dimensions du désastre et composantes émotionnelles associées](#). [73]
- Tableau 7. [Symptômes et réactions physiques ou physiologiques le plus souvent mentionnés](#). [87]
- Tableau 8. [Réactions émotionnelles et cognitives le plus souvent mentionnées](#). [89]
- Tableau 9. [Facteurs organisationnels contraignants et facilitants](#). [98]
- Tableau 10. [Les variables agissant sur le stress à la suite d'un incident critique](#). [109]
- Tableau 11. [Recommandations de professionnels de la santé à la suite d'un désastre collectif](#). [145]
- Tableau 12. [Éléments favorisant une meilleure intégration du désastre chez les intervenants](#). [159]
- Tableau 13. [Modifications suggérées par des participants à des activités de debriefing](#). [160]
- Tableau 14. [Caractéristiques individuelles, traits de personnalité et facteurs personnels agissant sur la symptomatologie, la détresse ou la capacité d'adaptation des intervenants](#). [163]
- Tableau 15. [Éléments contextuels et organisationnels agissant sur la santé des intervenants](#). [165]

- Tableau 16. [Principales sources de support et effets constatés chez les intervenants.](#) [166]
- Tableau 17. [Principales stratégies d'adaptation mentionnées dans la documentation.](#) [188]
- Tableau 18. [Recommandations pour la planification des services en santé mentale lors de situations d'urgence](#) (Jacobs *et al.*, 1990). [194]

Sinistres et intervenants. Essai.

Quatrième de couverture

[Retour à la table des matières](#)

Cinq années de recherche ont permis aux auteures de cet ouvrage un constat : les intervenants sont exposés à vivre des perturbations et des problèmes similaires à ceux constatés chez les sinistrés.

Qu'ils soient bénévole ou rémunérés, ceux et celles qui apportent leur soutien aux victimes d'événements traumatisants doivent s'efforcer de répondre aux besoins très variés des victimes et accomplir leurs différentes tâches au détriment parfois de leur propre santé physique et psychologique.

Cette recension des écrits scientifiques sur les conséquences de l'application des mesures d'urgence sur la santé, la performance au travail et le fonctionnement social des intervenants est de loin la plus complète jamais réalisée.

Un outil de premier choix pour toute personne qui souhaite prévenir ou diminuer les effets néfastes que soulève l'intervention en de pareilles conditions.

Sinistres et intervenants. Essai.

RÉSUMÉ DU LIVRE

[Retour à la table des matières](#)

Il existe peu de documentation sur les conséquences biopsychosociales des événements traumatisants et des catastrophes sur la santé des intervenants rémunérés ou bénévoles qui apportent leur soutien aux personnes sinistrées. Peu importe la nature du désastre ou de l'événement traumatique, les intervenants doivent s'efforcer de répondre aux divers besoins des victimes et accomplir leurs différentes tâches, au détriment parfois de leur propre santé physique et psychologique. Un constat se dégage: les intervenants sont exposés à vivre des perturbations et des problèmes similaires à ceux constatés chez les sinistrés.

Résumé

Sinistres et Intervenants présente les résultats d'une recension des écrits scientifiques sur les conséquences de l'application des mesures d'urgence sur la santé biopsychosociale, la performance au travail et le fonctionnement social des bénévoles et des intervenants appelés à offrir leur soutien aux victimes des catastrophes naturelles, technologiques ou causées par la négligence ou le désespoir humain.

Mine d'informations

Les informations fournies dans cet ouvrage permettent de constater que les conséquences de l'intervention en situation de crise peuvent être multiples et perturber plusieurs aspects de la vie des intervenants. *Sinistres et Intervenants* s'adresse donc à tous les gestionnaires et aux personnes susceptibles d'intervenir lors de catastrophes ou d'événements traumatiques et qui souhaitent prévenir ou diminuer les effets néfastes que soulève l'intervention en de pareilles circonstances. Les auteures sont chercheuses à l'Université du Québec à Chicoutimi.

Source : le site web des Éditions JCL, inc. [[EN LIGNE](#)] Consulté le 5 décembre 2012.

[13]

Sinistres et intervenants. Essai.

PRÉFACE

[Retour à la table des matières](#)

Qui pense désastres pense victimes, ces personnes de tous âges - enfants, adolescents, adultes, aînés - dont la vie est péniblement perturbée et parfois déchirée par un événement dévastateur qui frappe, le plus souvent, de façon inattendue. Cependant, chaque désastre ou événement tragique fait aussi des victimes invisibles, des personnes dont les besoins émotionnels passent souvent inaperçus : les intervenants d'urgence qui se dévouent à assurer le bien-être des sinistrés. Les interventions d'urgence, perçues d'abord comme captivantes et palpitantes, sont parfois difficiles et troublantes pour les intervenants lors de sinistres majeurs où ils doivent rescaper des sinistrés, retirer des décombres des corps démembrés ou soigner des blessés et consoler des victimes.

Ce volume, rédigé par Mesdames Danielle Maltais, Suzie Robichaud et Anne Simard, chercheuses en sciences sociales à l'Université du Québec à Chicoutimi, ne laisse aucun doute que les désastres ou événements critiques peuvent avoir des séquelles importantes sur la santé biopsychosociale des intervenants. Elles font état des écrits les plus importants et les plus récents sur les effets des sinistres sur la santé biopsychosociale des intervenants et elles compilent, reprennent

et résumant de façon claire, concise et complète les résultats d'analyse des écrits des auteurs les plus connus dans le domaine. Quelle source de références - au-delà de 200 titres répertoriés - et ouvrage éducatif pour les intervenants d'urgence et leurs proches ainsi que pour tous ceux et celles qui travaillent auprès des intervenants : les gestionnaires d'intervention d'urgence, les formateurs en matière de mesures de protection contre le stress, les conseillers [14] des programmes d'aide aux employés et des programmes d'indemnisation des accidentés du travail.

Trois parties par-dessus tout attirent notre attention.

Dans la première partie, les auteures font le point sur les problèmes pratiques et méthodologiques que doivent surmonter les chercheurs qui étudient les effets des désastres sur la santé des intervenants tels la pénurie de recherches sur les intervenants, l'absence de base théorique, le manque d'études faisant appel à des groupes de contrôle et la surutilisation de rapports anecdotiques. Elles définissent le terme « intervenant », la multidisciplinarité des intervenants et la nature variée des événements traumatiques. Tous ceux et celles qui sont à l'affût de renseignements au sujet du *debriefing* pourront y retrouver quelques exemples ainsi que les résultats de recherches récentes sur l'efficacité de ce type d'intervention.

Dans la deuxième partie, les auteures examinent les répercussions de l'intervention en situation critique sur la santé biopsychosociale des intervenants. Elles offrent une excellente synthèse des nombreuses et différentes réactions ou symptômes physiques, cognitifs, émotionnels et comportementaux déclenchés par les intervenants d'urgence, non seulement lors d'interventions initiales mais à court et à long terme. En plus de dresser une liste des effets de stress provoqué par les sinistres, elles notent les facteurs organisationnels contraignants qui contribuent souvent davantage que le sinistre lui-même à influencer sur la santé au travail des intervenants. Elles apportent de nombreux exemples des effets de l'intervention sur la vie familiale des intervenants. Les chercheurs et les auteurs dont les écrits ont été recensés ne se limitent pas, comme il est souvent le cas, à une description des effets négatifs du stress. Ils relèvent aussi les effets positifs engendrés chez les intervenants à la suite de leur travail lors d'un désastre ou d'un événement critique.

[15]

La troisième partie est consacrée aux différents facteurs et variables qui peuvent contribuer soit à augmenter, soit à diminuer les réactions de stress chez les intervenants. Cette section revêt une grande valeur pour toutes les personnes qui travaillent de près avec le personnel d'urgence et pour les intervenants eux-mêmes. Pourquoi ? Parce qu'on y résume les facteurs et les variables identifiés dans les écrits qui peuvent jouer dans la manifestation et dans l'intensité des effets du travail en situation de désastre, entre autres les facteurs contextuels et organisationnels, et les variables sociodémographiques.

À la fin de chacune des parties principales, on retrouve une synthèse des données les plus probantes qui aideront, par exemple, au développement du contenu de séances de formation pour combattre le stress chez les intervenants d'urgence, à la formulation de lignes de conduite pour ceux-ci et leurs gestionnaires lors de sinistres ou d'événements traumatiques importants, et à l'information des proches qui les côtoient. En outre, les auteures ont préparé au-delà de 17 tableaux sur nombre de sujets, dont les éléments favorisant une meilleure intégration du désastre, les principales sources de support ainsi que les effets constatés chez les intervenants.

Mesdames Maltais, Robichaud et Simard ont su présenter des termes et des résultats scientifiques complexes de façon simple et abordable pour la majorité des lecteurs. Grâce à cet effort concerté, les intervenants et les travailleurs d'urgence pourront dorénavant disposer d'une ressource utile qui les aidera à mieux comprendre et gérer les réactions au stress et les effets sur leur santé biopsychosociale.

Raymond Lafond

Expert-conseil en services sociaux d'urgence

Centre de mesures et d'intervention d'urgence

Santé Canada

[17]

Sinistres et intervenants. Essai.

INTRODUCTION

[Retour à la table des matières](#)

Les intervenants qui agissent en situation de désastre remplissent une fonction importante pour la société. Comme membres de celle-ci, divers rôles et responsabilités leur sont alors attribués lorsqu'une catastrophe survient : prévention, protection et réconfort (Gibbs *et al.*, 1993 ; Raphaël et Wilson, 1994 ; Robinson et Mitchell, 1993). Peu importe la nature du désastre et des tâches à effectuer, les intervenants doivent s'efforcer de répondre aux divers besoins exprimés par les victimes et accomplir leur travail dans un contexte où leurs conditions de travail sont loin d'être idéales (Armstrong *et al.*, 1991). Une proportion des intervenants engagés dans ce type de travail vivront des problèmes significatifs d'adaptation psychologique (Duckworth, 1991) pouvant affecter leur santé physique (Berah *et al.*, 1984) et mener à des répercussions négatives de longue durée (McCammon *et al.*, 1988).

Les intervenants sont exposés à vivre les mêmes perturbations et les mêmes problèmes émotionnels constatés chez les victimes primaires et secondaires. En certaines situations, ils risquent également d'en-courir des risques à leur santé physique similaires à ceux qu'affrontent les individus auxquels ils portent assistance ou secours (Ersland *et al.*,

1989 ; Laube-Morgan, 1992 ; Marmar *et al.*, 1996). On constate toutefois de fortes différences dans les réactions au stress vécu chez les intervenants et dans les types de facteurs qui les influencent - formation, éducation, personnalité associée au type de travail, etc. - (Gibbs *et al.*, 1993). Tous les intervenants oeuvrant en situation de désastre, peu importe leur discipline respective, doivent donc être considérés comme des individus susceptibles de subir des [18] effets négatifs et d'avoir besoin d'aide ultérieurement (Alexander, 1991 ; Berah *et al.*, 1984 ; Evans et Evans, 1992 ; Hartsough, 1985 ; Innes et Clarke, 1985 ; Larnontagne, 1983 ; Laube-Morgan, 1992 ; Mikulencak, 1992 ; Newburn, 1993 ; Raphaël et Wilson, 1994 ; Revicki et Gershon, 1996).

Il existe peu de documentation sur les conséquences biopsychosociales des catastrophes comme celle survenue en janvier 1998, où l'impact de la neige, de la glace, du vent, etc. a provoqué l'interruption des services publics pour une période aussi longue. La recherche est également peu abondante en ce qui a trait plus spécifiquement aux intervenants appelés à agir en de telles circonstances. Chainé (1973) rapporte une interruption majeure du service électrique causée par une importante tempête de verglas survenue en 1972 ¹. Durant cette tempête, environ 60 000 personnes furent privées d'électricité pour des périodes pouvant s'étendre jusqu'à plus d'une semaine. Toutefois, l'impact de l'intervention sur la santé des intervenants n'y est pas abordée. D'autres chercheurs canadiens ont également fait mention de coûts reliés aux précipitations hivernales, de dommages et de difficultés particulières qui peuvent en découler, ou ont fourni diverses données techniques concernant les méthodes d'ajustement ou les modèles d'adaptation des communautés ou des individus qui doivent affronter des conditions climatiques difficiles (de Freitas, 1975 ; Dubreuil, 1981 ; Gray et Male, 1981 ; Legget et Gold, 1966 ; Relph et Goodwillie, 1968). Mentionnons aussi que Perry *et al.* (1996), à la suite de conditions hivernales difficiles connues en 1995-1996 dans une région minière isolée du comté de Buchanan en Virginie, rapportent certains résultats préliminaires obtenus auprès d'intervenants et de gestionnai-

¹ Chainé, P.M. (1973). Glaze and its Misery : the Ice Storm of 22-23 March 1972 North of Montreal, *Weatherwise*, 26 (3) : 124-127.

res de crise, rémunérés et bénévoles, résultats présentés dans ce document.

Ce volume a pour but de brosser un portrait de la recherche sur les intervenants oeuvrant en situation de désastre, de définir [19] et d'expliquer les concepts qui s'y rattachent ou qui sont largement utilisés par les chercheurs, et de documenter les effets des catastrophes sur la santé biopsychosociale des personnes qui portent assistance et secours. Les facteurs pouvant intervenir dans la médiation des répercussions constatées chez les intervenants et les stratégies d'adaptation les plus souvent mentionnés dans la documentation sont également pris en considération. Une attention particulière est aussi apportée à certains aspects ou à certaines propositions susceptibles d'améliorer les interventions et d'amenuiser les répercussions négatives sur les personnes qui s'impliquent à divers degrés auprès des victimes ou des sinistrés. Afin de surseoir aux objectifs proposés par cet exercice, plusieurs banques de données ont été consultées. La majorité des monographies et articles scientifiques recensés font surtout état de résultats de recherches et de travaux réalisés par des chercheurs américains et australiens. Les bases de données Hazlit, Pilots et Medline ont été consultées en utilisant les concepts « disaster workers » et « disaster helpers ». De plus, les références bibliographiques compilées par divers spécialistes tels Atle Dyregrov, Richard Gist, Jolana Machalek et John D. Weaver ont servi de documents de base à la réalisation de cet ouvrage.

[21]

Sinistres et intervenants. Essai.

Chapitre 1

La recherche sur les intervenants

L'état de la situation de la recherche

[Retour à la table des matières](#)

En comparaison avec la vaste documentation portant sur les effets des désastres sur les victimes primaires et secondaires, peu d'études ont spécifiquement mis l'accent sur les répercussions du travail en situation de désastre chez les intervenants rémunérés ou bénévoles. De plus, l'intérêt des gestionnaires d'organismes ne semble s'être manifesté que depuis peu au regard des traumatismes psychologiques pouvant être générés chez l'ensemble de ces groupes (Bradford et John, 1991 ; Britton *et al.*, 1994 ; Dunning, 1990 ; Lamontagne, 1983 ; Laube-Morgan, 1992 ; Mitchell et Dyregrov, 1993 ; Sansone et Roman, 1996 ; Shepherd et Hodgkinson, 1995 ; Smith et de Chesnay, 1994 ; Taylor et Frazer, 1982). À cet effet, Mitchell et Dyregrov (1993) mentionnent que la pénurie de documentation avant 1978 est tout à fait étonnante. Il y a donc un criant besoin de recherches sur l'impact du travail en situation de désastre qui est fréquemment mentionné par maints auteurs et chercheurs (Gibbs *et al.*, 1993 ; Kenardy *et al.*, 1996 ; Laube-Morgan, 1992 ; McCammon *et al.*, 1988 ; McFarlane, 1988).

L'intérêt que portent les organismes subventionnaires et les chercheurs aux répercussions de l'intervention sur la santé physique et psychologique des intervenants qui offrent du support psychologique demeure, quant à lui, encore plus déficitaire à l'heure actuelle. Toutefois, on reconnaît de plus en plus l'impact psychologique sur cette catégorie d'intervenants qui oeuvrent, dans la plupart des cas, à l'extérieur de la ligne de front [22] (Hodgkinson et Stewart, 1991 ; Paton, 1996c ; Sansone et Roman, 1996 ; Williams *et al.*, 1988). Dans cet ordre d'idées, Shepherd et Hodgkinson évoquaient en 1990 que seulement trois études portaient sur des travailleurs offrant du support psychologique (soit celles de Raphaël *et al.*, 1984 ; Berah *et al.*, 1984 et Bartone *et al.*, 1989). Gibbs *et al.* (1993), dans une plus récente mise à jour des écrits scientifiques, ajoutaient les résultats provenant de cinq nouvelles recherches dont certains s'appliquent précisément à des désastres collectifs. Quelques-unes de ces études sont citées dans les chapitres qui suivent. Newburn (1993) a également permis de cerner quelles avaient été les principales difficultés rencontrées par les travailleurs sociaux engagés auprès des victimes de l'effondrement d'un stade à Hillsborough et les répercussions de l'intervention sur leur santé émotionnelle et professionnelle.

Plusieurs facteurs semblent avoir contribué au manque d'intérêt ou à une certaine négligence de la santé des intervenants et, en conséquence, aux lacunes enregistrées dans ce domaine de connaissances. Dans un premier temps, les autorités ne sont pas toujours conscientes, ou refusent de reconnaître les besoins en santé mentale des individus et des intervenants affectés par un désastre (Le Journal de Québec, 1998 ; Mangelsdorff, 1985 ; Paton, 1996a ; Raphael et Middleton, 1987). On a aussi maintenu par le passé une forte tendance à exclure du discours de formation des intervenants la possibilité que ceux-ci puissent vivre des réactions négatives au stress (Mitchell et Dyregrov, 1993). Lors d'une recherche effectuée pour les autorités canadiennes, Lamontagne (1983) mentionnait dans son rapport :

[...] ce n'est que vers 1980 qu'on a commencé à reconnaître les besoins psychologiques du personnel opérationnel oeuvrant sur les lieux sinistrés [...] peu d'attention a été apportée à ce jour à ces effets psychologiques qui affectent le [23] rendement et la

qualité des services offerts et laissent parfois des séquelles importantes (Lamontagne, 1983 : 1).

Les approches médicalisées ou militarisées des opérations de secours ont également contribué à ignorer les effets psychologiques des désastres sur la population et sur les intervenants. Ce constat soutient par ailleurs la reconnaissance de la nécessité d'instaurer des mesures de prévention ou de soutien émotif suivant un désastre. En situation d'urgence, l'accent est généralement mis par les autorités et les organismes gestionnaires de la crise sur les besoins d'interventions chirurgicales ou de services médicaux d'urgence en fonction d'un système orienté vers le traitement des traumatismes physiques (Burkle, 1996 ; Jacobs *et al.*, 1990). Dans la plupart des cas, les gestionnaires de plans d'urgence n'incluent pas, dans les victimes primaires, celles qui souffrent de traumatisme psychologique. Il apparaît également exister, chez beaucoup d'organismes à culture militarisée ou quasi-militarisée, une forte réticence à inclure dans leurs activités régulières les aspects psychosociaux des séquelles pouvant être associées à l'intervention en situation d'urgence (Lamontagne, 1983 ; Raphael et Middleton, 1987). Le degré de dévastation physique et les nombreuses pertes pouvant être encourues par les victimes tendent également à reléguer à l'arrière-plan le stress - et ses effets subséquents - que vivent les intervenants qui procurent de l'assistance et du support (Casseta, 1994). Selon Newburn (1993), nos sociétés modernes continuent à maintenir de fortes barrières culturelles en ce qui a trait à la recherche d'aide pour pallier des problèmes où les sentiments et les émotions interviennent. Ces résistances se concrétisent par une réticence à rechercher ou à accepter de l'aide psychosociale lorsque survient un événement potentiellement traumatisant, tel un désastre. L'auteur évoque également que certains stéréotypes et images négatives rattachés aux intervenants qui offrent du support psychologique peuvent aussi influencer sur la recherche d'aide.

Les stéréotypes relatifs aux intervenants jouent un rôle important [24] dans l'occultation des conséquences des sinistres sur ces derniers. C'est ainsi que l'existence, voire la persistance, de stéréotypes populaires qui présentent les intervenants comme des personnes fortes et pleines de ressources, à l'opposé des victimes perçues comme des in-

dividus démunis ² ayant des besoins d'aide, est relatée dans certains travaux (Alexander, 1990 ; Gibbs *et al.*, 1993). Les aidants professionnels sont simplement vus comme n'étant pas à risque. Citant Dunning ³, McCammon *et al.* (1988) abondent également dans ce sens, spécifiant que les intervenants sont généralement perçus comme possédant une plus grande stabilité psychologique que la population en général et ayant davantage de capacités à résister à une très forte pression.

Il existe une certaine croyance à l'effet que la formation et le conditionnement procurés par l'expérience en situation anormale sont à même de protéger les intervenants d'éventuels traumatismes physiques et psychologiques. Ces facteurs sont aussi perçus comme procurant une certaine perméabilité à la destruction, l'horreur ou la souffrance des autres (Dunning, 1990 ; Mitchell et Dyregrov, 1993). D'autres facteurs tels l'imminente évidence des besoins des victimes primaires et l'usage fréquent du déni des symptômes par les professionnels obscurcissent davantage les réactions des intervenants (Casseta, 1994 ; Gibbs *et al.*, 1993 ; Newburn, 1993).

Un spécialiste de l'intervention en situation de désastre, Robert Hayes, déclarait récemment lors d'une entrevue :

Les médias concentrent leur attention sur les familles et les victimes. Mais il y a aussi les individus qui aident. Les intervenants qui travaillent en situation d'urgence vivent de grands problèmes de santé comme de hauts taux d'alcoolisme, de divorces et de suicides occasionnés par le stress et les pressions qu'exige leur emploi (Robert Hayes, 1997, notre traduction).

² Les auteurs s'inspirent ici de Short (1979). Victims and Helpers, in R. Heathcote and B. Tong (Eds). *Natural Hazards in Australia*, Australian Academy of Science, Canberra.

³ Dunning, C.M. (1985). Prevention of Stress, in National Institute of Mental Health, *Role Stressors and Supports for Emergency Workers*, U.S. Printing Office, Publication n° ADM 85-1408, Washington DC, p. 126-139.

[25]

Cependant, certaines initiatives laissent présager un redressement de la situation. Ainsi, plusieurs juridictions australiennes ont modifié leurs plans d'urgence pour y inclure des services en santé mentale (Raphael et Middleton, 1987) et on remarque qu'en Angleterre et aux États-Unis, la prise en considération des effets des désastres sur la performance au travail des intervenants en situation de désastre a suscité un mouvement d'intérêt à la promotion du bien-être psychologique chez ces derniers (Bradford et John, 1991). En dépit des différences marquées, originant de facteurs philosophiques, historiques et politiques entre différents pays dans la manière de concevoir la maladie mentale et de la traiter, une volonté commune de reconnaissance mondiale en ce qui a trait à l'établissement de protocoles d'évaluation des impacts psychologiques des désastres, et des traitements subséquents, sont également un indice de l'urgence d'intervenir auprès des personnes affectées par diverses catastrophes (Yevelson *et al.*, 1997). De plus, les recherches réalisées à la suite de désastres ont permis de développer une certaine expertise de gestion et d'intervention qui a contribué à améliorer les performances des acteurs en place lors de désastres subséquents, validant ainsi le bien-fondé de ce type de recherches (Raphael et Middleton, 1987). On remarque aussi que les progrès de recherches cliniques ont fait ressortir qu'en dépit de leur entraînement, les intervenants ne sont pas à l'abri d'éventuelles réactions négatives au stress généré par l'intervention (Mitchell et Dyregrov, 1993)⁴, allant par le fait même à l'encontre des stéréotypes populaires.

⁴ Mitchell et Dyregrov se rapportent aux travaux de Duffy et Staff publiés en 1979.

Certains problèmes pratiques et méthodologiques

[Retour à la table des matières](#)

La documentation recensée fait état de plusieurs aspects pratiques et méthodologiques qui semblent occasionner des difficultés et des contraintes dans le domaine de la recherche sur les désastres, plus spécifiquement lorsqu'il s'agit d'études sur les intervenants agissant en de telles circonstances. Une première lacune est celle de la pénurie de recherches sur la santé de ces derniers.

[26]

L'élaboration des modèles de recherche semble bien souvent également inadéquate en raison de l'absence d'une solide base théorique et du faible recours à des groupes contrôles. De plus, la cueillette rétrospective des données et leur analyse descriptive ignorent fréquemment les critères de morbidité. On remarque également la rareté de données ou d'études empiriques ainsi qu'une utilisation, jugée trop abondante, de rapports anecdotiques. Des chercheurs mentionnent aussi que l'utilisation de certaines variables indépendantes que l'on ne peut généraliser à plusieurs situations de désastres, la présence d'échantillons non homogènes d'intervenants et le peu d'usage d'échelles de mesure communes rendent difficiles les comparaisons entre les études réalisées (Alexander et Wells, 1991 ; Fullerton et al., 1992 ; Gibbs *et al.*, 1993 ; Hartsough, 1985 ; Innes et Clarke, 1985 ; Paton et Smith, 1996 ; Shepherd et Hodgkinson, 1990 ; Warheit, 1988).

Il faut aussi préciser que certains facteurs propres au désastre contribuent à minimiser la possibilité de réalisation d'étapes préliminaires importantes ⁵, faisant en sorte que les devis de recherche ne sont pas soigneusement préparés. Ainsi, l'information risque de demeurer spéculative et l'évidence de recherche systématique s'avère

⁵ Les auteurs évoquent ici que Taylor et Frazer ont dû effectuer leur recherche sur les effets du stress auprès de secouristes, sans revue de littérature préalable. Nous pourrions aussi ajouter qu'il peut, en des circonstances si exceptionnelles, s'avérer difficile de trouver le personnel requis, de le former (interviewers) en raison d'éléments pratiques ou contextuels liés au désastre.

rare (Baum, 1991 ; Shepherd et Hodgkinson, 1990). De plus, l'absence de mesures pré-désastre de l'état émotionnel des sujets tend à amenuiser la validité des résultats obtenus (Alexander et Wells, 1991) ⁶. Les désastres qui génèrent des évacuations rendent en outre plus complexe le processus de recherche. Les victimes affectées au plan psychologique par cette dispersion sont souvent difficiles à contacter (Baum, 1991 ; Raphael et Middleton, 1987). La recherche en situation de désastre peut aussi être rendue difficile en raison des étapes qui sont réalisées sur le terrain. En effet, elles risquent de se dérouler dans un contexte pouvant être chaotique, loin du domicile ou du lieu de travail habituel, plutôt que dans un environnement où la sécurité et la concentration des chercheurs sont facilitées (Smith, 1996).

[27]

Certains problèmes se posent également en ce qui a trait à l'évaluation du degré de stress. Ainsi, même s'il existe un consensus sur la présence de ce dernier chez les intervenants, il y a peu de méthodes sûres et valides pour le mesurer directement ainsi que les réactions post-traumatiques « Dunning, 1990).

Le stress peut aussi être difficile à évaluer en raison du nombre de facteurs qui risquent d'influencer les types de symptômes et l'intensité avec laquelle ils peuvent se manifester, de même qu'en raison de la valeur intrinsèque d'un symptôme en regard de sa fonction adaptative (Gibbs *et al.*, 1993 ; Jones, 1995). Bien que pour évaluer le stress les chercheurs utilisent surtout des indicateurs validés du bien-être psychologique, plus précisément le GHQ (General Health Questionnaire) et le HSCL (Hopkins Symptom Check List), faire un choix parmi tous les instruments proposés constitue une préoccupation importante (Bradford et John, 1991).

Le déni et l'évitement peuvent aussi affecter les taux de réponse des sujets qui participent aux recherches (Gibbs *et al.*, 1993), de même que la présence de psychopathologie (Weisaeth, 1989). Robinson et Mitchell (1993) soulignent que le manque de données de base sur

⁶ L'étude réalisée par Alexander et Wells (1991) auprès de policiers ayant participé à la récupération et l'identification de corps à la suite de l'explosion d'une plate-forme pétrolière (Piper Alpha) semble la seule ayant inclus des mesures standardisées d'évaluation de la santé psychologique pré-désastre et un groupe contrôle.

les genres et la durée des symptômes du stress vécu par les intervenants ; la difficulté de former des groupes contrôles, le manque de contrôle sur le traumatisme et le moment où il survient constituent également des difficultés notables. De plus, les auteurs évoquent que les besoins de la recherche sont, à raison, supplantés par les priorités immédiates des victimes et que les intervenants, dans les suites d'un événement critique, ont tendance à resserrer les rangs et à résister aux efforts de recherche commencés.

Warheit (1985, 1988) précise également que plusieurs facteurs alimentent la confusion dans le domaine de la recherche sur les intervenants. Selon l'auteur, le manque d'uniformité dans la [28] conceptualisation ou la définition d'un désastre et de la santé mentale, et les diverses orientations disciplinaires des chercheurs contribuent à l'ambiguïté des résultats obtenus. Le manque de clarté entre les problèmes occasionnés par les agents du désastre et ceux générés par les efforts des organismes qui tentent d'y répondre ou de les solutionner ainsi que l'absence d'un modèle théorique intégré, à l'intérieur et entre les différentes équipes de recherches, amplifient les difficultés dans le domaine.

Relevant certaines difficultés théoriques et méthodologiques, Baum et al. (1993) mentionnent le problème que pose l'approche des victimes en raison de la confidentialité à laquelle sont tenus les organismes et institutions qui ont pour mission de leur porter secours et assistance. Agissant directement sur le terrain, et non en laboratoire, le chercheur se doit également de posséder une grande sensibilité pour recueillir l'information auprès de victimes, lesquelles peuvent s'avérer réticentes à collaborer. Ceci, en raison du rappel d'un événement qui leur est difficile à supporter et d'une possible augmentation de la détresse ressentie. Des problèmes plus pratiques comme ceux du transport, d'estimation des coûts réels, de disponibilité des sujets, etc., représentent d'autres types de contraintes importantes pour les chercheurs. Un désastre survenant généralement de façon subite, ceux-ci ont également à agir très rapidement afin de procéder à l'élaboration du modèle de recherche et à la collecte de l'information. À cet effet, Baum *et al.* (1993) font ressortir l'importance pour les chercheurs de pouvoir disposer de réserves financières leur permettant de se préparer à l'avance en développant des outils et des modèles de recherche appropriés à d'éventuelles catastrophes, en prévoyant des plans d'échan-

tillonnages et en formant des interviewers. Dans cet ordre d'idées, la possibilité de tester les instruments développés auprès de populations résidant dans des zones à risque peut leur procurer des données pré-désastres inestimables, données qui font souvent défaut.

[29]

Marmar *et al.* (1996) ont proposé que le peu de différences obtenues dans l'évaluation du stress entre un groupe de secouristes fortement engagés et deux groupes contrôles pouvait être lié à la désirabilité sociale chez les sujets. Celle-ci fait en sorte que les individus rapportent moins de symptômes que ce qui est réellement ressenti et ce, pour des raisons d'estime de soi ou d'assurance de pouvoir faire face à des urgences dans un cadre journalier. La crainte de perdre son emploi est aussi un facteur qui entre en considération sous ce rapport. La pertinence sociale de la recherche apparaît également un élément mitigé. Ainsi, selon Dunning (1990), la plupart des travaux sur les stratégies d'intervention pour prévoir les effets à long terme ont été réalisés après les événements et dans une perspective de réaction améliorée lors d'interventions futures, tandis que Gibbs *et al.* (1993) mentionnent que peu de tentatives pour intégrer la recherche à l'application ont été réalisées. Bien qu'on ne puisse s'opposer à la récente tendance sociale à une imputabilité accrue et à une responsabilisation consécutive à l'utilisation des ressources naturelles liées à des activités industrielles, il faut également prendre en considération que des difficultés méthodologiques peuvent émerger des processus légaux et compensatoires post-désastres, lesquels induisent un effet pernicieux sur les activités de recherche (Alexander, 1990 ; Baum *et al.*, 1993 ; Coulter et Noss, 1988).

Les méthodes utilisées

[Retour à la table des matières](#)

Les stratégies et méthodes utilisées dans le champ de la recherche auprès des intervenants engagés lors de catastrophes ou de divers incidents générant un stress important sont autant diversifiées que les différentes catégories d'intervenants ⁷ qui y participent, les types de désastres et les origines disciplinaires des chercheurs. Afin d'illustrer cette diversité, certains aspects méthodologiques privilégiés par quelques chercheurs lors de la réalisation d'études sont rapportés dans le tableau 1.

⁷ Le résumé en annexe démontre également la diversité de catégories d'intervenants échantillonnés dans un même groupe de sujets.

[30]

Tableau 1
Considérations méthodologiques

[Retour à la table des matières](#)

AUTEURS	STRATÉGIE	MÉTHODE	OUTILS
Taylor et Frazer (1982)	Empirique, clinique, statistique et naturalistique. Démarche longitudinale.	Entrevues cliniques, entrevues structurées, questionnaires auto-administrés et observation.	POPS (Physicians Outpatient Psychopathology Scale), questionnaire construit par les auteurs, documents divers sur la tragédie et notes des auteurs, HSCL (Hopkins Symptom Check List).
Stuhlmiller, C. (1994)	Démarche qualitative et exploratoire basée sur l'analyse interprétative d'entrevues, de documents et sur l'observation participante.	Entrevues semi-structurées enregistrées.	Questionnaire comprenant des données démographiques et des questions à partir de thèmes ressortis des récits auprès des premiers sujets.
Moran et Britton (1994)	Étude comparative.	Utilisation d'outils standardisés et de mesures subjectives et analyse à régression multiple.	Questionnaire comprenant des données démographiques, le Hardiness Scale (Bartone et al, 1989), le Defensive Style Questionnaire (Andrews et al, 1989), The Symptom Check List 90R (GSI et PST) (Derogatis, 1977 et des questions sur l'exposition à des incidents traumatisants et des expositions à des situations d'urgence stressantes.

AUTEURS	STRATÉGIE	MÉTHODE	OUTILS
[31]			
Marchant <i>et al.</i> (1989)	Étude rétrospective et clinique.	Mesures objectives et subjectives auprès d'individus et de groupes contrôles (individus et collègues non exposés).	Données sur le passé médical et examens de santé physique (The American Thoracic Society Chest Questionnaire, Ferris, 1978 ; The Horowitz Life Stress Impact Scale, Horowitz <i>et al.</i> , 1979). Un questionnaire auto-administré de santé générale (Cornell Medical Brodman, 1956) ainsi qu'un questionnaire sur la satisfaction au travail et sur l'expérience environnementale et une échelle portant sur le stress d'événements.
Jenkins, S.R. (1996)	Étude longitudinale et exploratoire dans une démarche à la fois qualitative et quantitative.	Mesures objectives et analyse corrélationnelle.	Entrevues semi-structurées et analyse de contenu basée sur les travaux de Lazarus et Folkman (1984) et un questionnaire sur l'incident (The Support Questionnaire) (Zich et Temoshok, 1987). Les mesures répétées pour la détresse psychologique furent obtenues à l'aide du SCL90R (Derogatis, 1992) et, pour la détresse psychosomatique, un instrument fut développé par les auteurs.

AUTEURS	STRATÉGIE	MÉTHODE	OUTILS
Werner <i>et al.</i> (1992)	Exploratoire.	Entrevues semi-dirigées.	Questionnaire élaboré par les auteurs en se rapportant aux travaux de Mitchell et Robinson, et de Folkman et Lazarus.

[32]

Résumons

[Retour à la table des matières](#)

La recherche sur les intervenants oeuvrant en situation d'urgence ou de désastre, qu'ils soient professionnels ou bénévoles, est un phénomène relativement nouveau. Nombreux sont les auteurs qui réitèrent la nécessité d'approfondir nos connaissances sur les effets de l'intervention sur la santé biopsychosociale des intervenants. C'est par ailleurs chez les intervenants offrant du support psychologique aux diverses catégories de victimes que le déficit en matière de connaissances semble le plus important. Certains facteurs ont contribué aux lacunes observées dans le domaine de la recherche sur les intervenants, entre autres :

- * le refus ou la réticence des organismes et institutions à reconnaître l'impact des désastres sur la santé psychologique des victimes et des intervenants ;
- * la présence de stéréotypes favorisant une image d'invulnérabilité des intervenants ;
- * la tendance chez les organismes intervenant en situation d'urgence ou de désastre à prioriser les approches médicales et militarisées ;
- * la formation des intervenants ayant peu développé l'aspect potentiellement traumatisant que peut comporter l'intervention et ses conséquences sur la santé psychologique ;
- * la croyance à l'effet que l'expérience et la formation produisent une immunité contre les effets psychologiques négatifs chez les intervenants ;
- * la tendance chez les intervenants à nier ou à ne pas reconnaître la présence de symptômes psychologiques.

On remarque cependant l'émergence d'un intérêt des organisations [33] engagées dans les opérations et activités liées à la gestion des situations d'urgence et de désastre à se préoccuper davantage des répercussions psychologiques sur la population touchée et sur les intervenants.

La reconnaissance de l'apport bénéfique des activités de recherche sur la performance des intervenants et, par le fait même, sur l'efficacité des organisations engagées dans les opérations de gestion des désastres a également contribué à leur accorder une place de plus en plus importante. Certains facteurs méthodologiques entrent également en considération dans les difficultés inhérentes à la recherche. Parmi les principaux, notons :

- * la fragilité des assises théoriques sur lesquelles reposent les activités de recherche ;
- * quasi-absence de groupes contrôles et d'évaluation de santé physique ou psychologique pré-désastre ;
- * la fréquente hétérogénéité des catégories d'intervenants chez un même groupe de sujets ;
- * l'ignorance ou le manque d'uniformité de certains critères de morbidité et de certaines variables indépendantes dans les modèles de recherche qui rendent difficiles les comparaisons et la généralisation ;
- * les difficultés inhérentes à l'évaluation du stress vécu chez les intervenants ;
- * la diversité dans la définition des concepts généralement utilisés par les chercheurs ;
- * la difficulté d'intégration des diverses orientations et disciplines.

[34]

D'autres facteurs pratiques constituent également des contraintes ou des obstacles à la réalisation d'activités de recherche lors d'un désastre ou d'une situation d'urgence ; mentionnons, entre autres :

- * l'imprévisibilité des désastres et les limites de temps qu'elle sous-entend réduisent les délais d'élaboration des modèles de recherche et d'étapes préliminaires importantes ;
- * les difficultés liées à l'évacuation ou aux déplacements à la suite d'un désastre ;
- * le degré de perturbation psychologique des victimes ou des sinistrés ;
- * l'usage du déni ou la difficulté, pour les individus affectés, de déceler les symptômes ;
- * le chaos ou le contexte de confusion régnant à la suite d'un désastre.

[35]

Sinistres et intervenants. Essai.

Chapitre 2

La définition des concepts

[Retour à la table des matières](#)

Certains concepts sont fréquemment utilisés dans le domaine de la recherche sur les désastres et précèdent généralement les dimensions et variables à définir. Ils ont également un rôle primordial à jouer dans le développement du cadre théorique utilisé par les chercheurs. Quelques définitions de base sont proposées afin de mieux évaluer l'ensemble des dimensions auxquelles ces concepts peuvent se rapporter.

Les intervenants

Les désastres mobilisent une grande diversité de personnes. Ainsi, la variété d'intervenants qui se retrouvent sur les lieux ou le site d'un désastre diffère considérablement en fonction de plusieurs facteurs contextuels, situationnels, géographiques, professionnels, etc. La nature du désastre et sa complexité influent également sur le nombre d'intervenants pouvant être requis ainsi que sur les qualifications et habiletés professionnelles que l'on s'attend à retrouver chez ceux-ci. Si certains intervenants détiennent une formation spécifique pour l'intervention en situation d'urgence, tels les pompiers, les policiers, les ambu-

lanciers, etc., d'autres sont des intervenants bénévoles, dont certains sont formés « dans l'action » ou des personnes qui se rendent immédiatement et instinctivement disponibles en attendant les secours des organismes officiels (Wright *et al.*, 1990). Tous auront cependant à répondre spontanément à des besoins criants exprimés par les victimes ou par leurs proches (Raphael *et al.*, 1980).

[36]

Duckworth (1991) énonce que, lors d'une catastrophe, la plus pressante demande repose sur les intervenants de première ligne, soit le personnel des incendies, de la police et des services médicaux et ambulanciers, qu'il définit comme les « first-line disaster workers » (p. 13). Toutefois, l'auteur n'exclut pas que d'autres services puissent être engagés dans les opérations de secours. Talbot *et al.* (1992) classifient les intervenants sous le terme « crisis workers », incluant les secouristes, les ambulanciers, les pompiers, les policiers, les psychologues, les travailleurs sociaux, les psychiatres et les infirmières. Les travaux de Moran et Britton (1994) ont davantage porté sur le personnel bénévole, spécifiant que ces intervenants sont exposés à une variété d'expériences potentiellement traumatisantes. Au regard de cet aspect, Dynes et Quarantelli (1980) ont fait ressortir quatre formes d'assistance bénévole. Ainsi, on retrouve les personnes qui sont membres d'organismes dont la charte énonce des responsabilités en cas d'urgence et qui agissent selon un plan prédéterminé (ex. la Croix-Rouge). Dans un deuxième temps, certains individus sont membres d'organisations qui vont élargir leurs activités lors de situation de désastre (ex. la Société Saint-Vincent-de-Paul). En troisième lieu, les gens peuvent extensionner leurs rôles professionnels habituels et porter assistance en accomplissant des tâches similaires à celles qu'ils effectuent dans une structure institutionnelle (ex. infirmiers et infirmières). Finalement, il y a les citoyens ordinaires qui consentent à modifier leur rôle civique en dépit de certaines contraintes normatives relatives aux responsabilités qui leur sont dévolues.

Selon Gibbs *et al.* (1993) l'appellation travailleurs d'urgence (emergency workers) :

[...] couvre une variété de personnels, incluant les sauveteurs sur place, le personnel ambulancier, le personnel de police et les pompiers, les médecins et infirmières, le [37] personnel de la morgue, les intervenants en santé mentale et les administrateurs (notre traduction, p. 190).

Lamontagne (1983) utilise les termes « travailleurs des équipes d'urgence », « spécialistes des urgences » et « personnel opérationnel », qu'il s'agisse de pompiers, policiers, médecins, ambulanciers, etc.

Utilisant le terme « aidants » (helpers), Raphael *et al.* (1980) ont spécifié qu'il incluait ceux qui peuvent être engagés dans divers aspects de l'assistance portée aux victimes directes, soit les opérations spécifiquement liées au sauvetage, les tâches médicales lors de décès ou de blessures, l'information, la communication et les services de support aux victimes ainsi qu'à leurs proches. Raphael et Wilson (1994) ont récemment utilisé l'expression « rescue worker » en ne le limitant pas aux secouristes ou aux sauveteurs explicitement, mais en considérant les nombreux rôles et fonctions qui peuvent être tenus en situation de désastre.

Les intervenants en tant que victimes

[Retour à la table des matières](#)

Bien qu'on reconnaisse qu'une grande diversité ou plusieurs catégories d'intervenants agissent aux plans de la prévention, de la planification, de la gestion et de l'intervention en situation de crise ou de désastre, peu de connaissances sont actuellement disponibles sur la manière dont les catégories ou sous-groupes d'intervenants risquent d'être affectés par leur travail en situation de désastre (Dyregrov *et al.*, 1996).

Dès les années 50, Menninger (1952-1953) évoquait que certains bénévoles ayant participé à une opération de secours à la suite d'une inondation, même s'ils n'étaient pas affectés personnellement par le désastre lui-même, l'étaient indirectement à travers leurs amis ou pro-

ches qui demeuraient dans la zone touchée. Selon Shepherd et Hodgkinson (1990), le terme victime a [38] généralement été appliqué à ceux qui sont directement touchés par l'impact d'un désastre et il a rarement été étendu pour inclure le personnel de sauvetage, de support et le personnel médical. Il est clair, néanmoins, que plusieurs individus peuvent être affectés indirectement par les désastres, pour le moins les aidants qui peuvent souffrir d'un impact affectif énorme. Parce que les stress rencontrés par les aidants ont souvent été ignorés, ces personnes ont été décrites comme les victimes cachées, ignorées ou méconnues des désastres ⁸ (Alexander, 1990 ; Duckworth, 1986 ; Fullerton *et al.*, 1992 ; Paton, 1996c ; Raphael *et al.*, 1980 ; Shepherd et Hodgkinson, 1990 ; Wright *et al.*, 1990).

Diverses tentatives ont été faites pour classifier les types de victimes associées aux désastres. En se référant aux travaux de Shepherd et Hodgkinson (1990), Taylor et Frazer ⁹, de même que Wright *et al.* (1990) ont repris la classification suivante : les victimes primaires : celles de la ligne de front, qui ont été exposées au maximum à l'événement catastrophique ; les victimes secondaires : les parents et amis affectés ; les victimes tertiaires : le personnel de sauvetage et de rétablissement ; les victimes de quatrième degré : la communauté touchée par le désastre, incluant ceux qui convergent, qui offrent de l'aide, qui partagent la peine et la perte, ou qui remplissent diverses responsabilités de toutes sortes ; les victimes du cinquième degré : celles qui peuvent être précipitées dans différents états de perturbation même si elles n'ont pas été touchées directement ; et finalement, les victimes du sixième degré : celles qui, en raison de chance ou de hasard, ont pu échapper à un éventuel statut de victime primaire ou secondaire. Les auteurs précisent que les aidants, y compris les intervenants en santé mentale offrant du support lors d'un désastre, pourraient être inclus dans les troisième ou quatrième catégories. Ce modèle de classification, contrairement aux autres, ne tient pas compte de la sous-catégorisation d'aidants comme s'ils ressentaient directement ou indirectement les effets des désastres.

⁸ Les auteurs utilisent l'expression *hidden victims*.

⁹ Taylor, A.J.W. et A.G. Frazer (1981). *Psychological Sequelae of Operation Overdue following the DC-10 Aircrash in Antarctica* (Victoria University of Wellington Publications in psychology, n° 27), Wellington, New Zealand : Victoria University.

[39]

Tel que mentionné précédemment, peu de chercheurs ont inclus dans leurs études des intervenants offrant du support psychologique (Shepherd et Hodgkinson, 1990). Toutefois, Berah *et al.* (1984) ont interviewé, à l'aide d'un questionnaire un mois après leur dispersion, dix-neuf membres d'une équipe de bénévoles en santé mentale qui sont intervenus à la suite d'incendies dévastateurs survenus en Australie en 1983. Raphael *et al.* (1984) ont aussi étudié les réactions de 95 intervenants, incluant une minorité offrant du support psychologique, c'est-à-dire cinq travailleurs sociaux et sept membres de l'Armée du Salut, un mois après le déraillement de train de Granville à Sydney en 1977. Quant à Bartone *et al.* (1989) ont examiné les effets du désastre de Gander (écrasement d'un avion militaire en 1985) sur les officiers qui ont offert du support aux familles endeuillées.

Dudasik (1980) a identifié quatre catégories de victimes, suivant un tremblement de terre ¹⁰. Ce sont : les victimes de l'événement, qui souffrent le plus des effets directs ; les victimes de contact, celles qui demeurent dans la communauté mais qui ne sont pas directement touchées par le désastre ; les victimes périphériques, celles qui ont des liens forts avec la communauté par le biais de la famille ou d'amis mais qui n'y résident pas et, finalement, les victimes introduites, qui sont les intervenants de diverses catégories qui viennent de l'extérieur du site ou de la région pour porter secours et assistance. Selon Wright *et al.* (1990), la communauté affectée par un désastre constitue le groupe de personnes et d'organisations qui sont touchées, peu importe les frontières géographiques ou physiques où elles se trouvent. Dans le cas de l'écrasement du vol III de la Swissair en novembre 1998, par exemple, ce ne sont pas seulement les gens de Peggy's Cove (Nouvel-Écosse) qui ont été affectés. Les familles endeuillées, les confrères de travail de l'équipage et bien d'autres ont souffert à divers degrés.

Mitchell et Everly (1995) identifient quant à eux le personnel [40] d'urgence, les secouristes, le personnel hospitalier et le personnel de sécurité publique comme victimes secondaires potentielles. Cette catégorie de victimes constitue ceux qui sont d'une manière ou d'une

¹⁰ L'auteur réfère au tremblement de terre survenu en 1970 sur la côte péruvienne et les terres situées au nord de Lima, où plus de 20 000 personnes perdirent la vie.

autre des observateurs des traumatismes immédiats des victimes primaires. Explicitant la définition de victimes tertiaires, et se référant aussi à Taylor ¹¹, Berah *et al.* (1984) ajoutent que celles-ci comprennent :

[...] ceux chez qui les occupations et responsabilités requièrent de répondre à toute alerte survenant dans la communauté et d'assister dans n'importe quel effort de réhabilitation et de restauration (notre traduction, p. 354).

Burkle (1996) offre une définition moins détaillée qui inclut les intervenants. Selon l'auteur, les victimes primaires sont celles qui sont atteintes au plan physique, tandis que les victimes secondaires sont associées à celles qui n'ont pas été confrontées directement au désastre (les endeuillés, les proches ou les amis dépressifs ou anxieux des victimes primaires). Quant aux victimes tertiaires, elles incluent les intervenants non blessés qui présentent des symptômes actuels ou latents de stress post-traumatique ¹². Dans une perspective semblable, les travailleurs du désastre peuvent être reconnus comme « victimes indirectes » de celui-ci (Raphael et Middleton, 1987) ou plus précisément comme des victimes du travail qu'ils ont eu à effectuer (Raphael, 1991).

Duckworth (1991) explique quant à lui les différences dans les problèmes vécus entre les intervenants et les victimes primaires par le fait que les intervenants sont bien formés pour l'intervention en situation d'urgence et qu'ils ont l'expérience pour composer avec des situations dramatiques. Il ajoute également que le rôle professionnel des intervenants ainsi que leur type d'engagement diffèrent de celui d'une victime qui s'est trouvée, bien malgré elle, précipitée dans un désastre. L'exercice de [41] synthèse des résultats théoriques et empiriques des réactions psychologiques en opposition à la victimisation chez divers

¹¹ Taylor, A.J.W. (1983). Hidden Victims and the Human Side of Disasters, *UNDRO News*, March/April : 6-12.

¹² Burkle réfère ici à Taylor, A.J. (1987). A Taxonomy of Disasters and their Victims, *Journal of Psychosomatic Research*, 31 : 536-544.

groupes de McCann *et al.* (1988) s'appuie sur les définitions de victime et de catastrophe suivantes :

[...] une victime est définie comme quelqu'un qui a souffert d'un danger, d'une blessure ou d'une perte résultant d'actions intentionnelles ou négligentes d'un autre être humain, ou ceux dont la vie a été perturbée par une catastrophe. Une catastrophe ¹³ est définie comme un événement extraordinaire ou une série d'événements qui sont soudains, bouleversants et souvent dangereux pour soi-même ou d'autres personnes qui nous sont significatives (notre traduction, p. 532).

Les auteurs précisent aussi que les accidents et désastres environnementaux provoquent une victimisation sérieuse.

Ceux qui ne participent pas directement au travail d'urgence peuvent être également affectés par un stress important et, plus particulièrement, par la culpabilité. Il s'agit de ceux qui sont incapables d'affronter l'événement, ceux qui étaient éloignés des lieux du sinistre, ceux qui furent incapables de se rendre à temps pour porter secours et ceux qui tenaient un rôle important (coordonnateur de la circulation, personnel infirmier d'urgence en poste à l'hôpital, etc.) mais qui n'étaient pas directement engagés dans les opérations de secours (Jenkins, 1997 ; McCarroll *et al.*, 1992 ; Wright, 1996). Burkle (1996) associe aux victimes tertiaires diverses catégories d'intervenants, soit les secouristes, les médecins et les infirmières ainsi que d'autres types de personnel d'hôpital, les différenciant des non-professionnels, des bénévoles ou des secouristes occasionnels qui ressentent un stress similaire à celui des victimes primaires ou secondaires. Lors des exercices de catégorisation de victimes, on observe aussi une tendance à ignorer les groupes qui se forment dès les premiers [42] moments de la catastrophe ou qui émergent instantanément pour s'impliquer dans les activités de gestion du désastre, avant que n'interviennent les organismes formels ou spécifiquement mandatés (Wright *et al.*, 1990).

¹³ Les auteurs se réfèrent ici à Figley (1985b). *Trauma and it's Wake : the Study and Treatment of Post-traumatic Stress Disorder*, New York : Brunner/Mazel.

L'événement et l'incident stressant ou critique, la crise et le désastre

[Retour à la table des matières](#)

Dans une perspective de gestion et de planification des désastres, Counts et Prowant (1994) évoquent l'unicité de l'expérience d'un désastre, d'où l'absence de réaction universelle pouvant être appliquée à tous les services ou organisations concernées, aux régions affectées et aux réseaux d'intervention. Il n'en demeure pas moins que les désastres constituent des événements comportant un fort potentiel traumatique et que, pour plusieurs intervenants, leur relation à de telles circonstances représentera le pire événement vécu pendant leur vie ¹⁴ (Ersland *et al.*, 1989). Selon Mitchell (1983), un incident créant un stress grave (Critical Incident Stress) peut être défini comme toute situation qui génère une forte réaction émotionnelle inhabituelle avec le potentiel d'interférer sur le fonctionnement physique et psychologique ainsi que sur la santé. Cette définition fut d'ailleurs récemment reprise par plusieurs auteurs (Armstrong *et al.*, 1991 ; Hollister, 1996 ; Werner *et al.*, 1992) :

[...] toute situation rencontrée par le personnel des services d'urgence qui lui cause de fortes réactions émotionnelles inhabituelles qui renferment un potentiel d'interférer avec son habileté à fonctionner soit sur le moment ou plus tard (notre traduction, Mitchell, 1983, p. 36).

Selon Gibbs *et al.* (1993), le stress de l'événement est un concept qui inclut non seulement l'exposition à la mort ou à des corps démembrés, mais aussi toute la dimension du danger que peut receler l'évé-

¹⁴ Chez l'ensemble du personnel ayant porté secours aux sinistrés à la suite du naufrage d'une plate-forme pétrolière où 123 travailleurs perdirent la vie, 62% considéraient que l'événement représentait le pire qu'ils aient vécu pendant toute leur vie tandis que 23% l'estimaient comparable au pire événement qu'ils avaient vécu.

nement pour le travailleur et l'exposition [43] directe à une destruction physique qui peut être horrifiante (p. 199). Évoquant que la dimension stressante d'un événement n'est pas nécessairement liée à la confrontation à l'atteinte physique individuelle, Duckworth (1991) relate que les « événements extrêmes » peuvent être constatés même en l'absence de blessure physique. Se référant à l'American Psychiatric Association (1987), l'auteur précise que le traumatisme psychologique décrit habituellement l'impact d'événements qui sont externes à l'expérience humaine habituelle. Ursano et Fullerton (1990) mentionnent également que les traumatismes et désastres sont :

[...] des événements généralement dangereux, bouleversants et soudains, qui sont marqués par une force extrême et soudaine provenant d'un agent externe causant de la peur, de l'anxiété, du retrait et de l'évitement. Ils possèdent une haute intensité, sont inattendus, non fréquents et varient en ce qui a trait à leur durée qui peut être de quelques minutes, quelques heures ou des années (notre traduction, p. 1767).

Abondant dans ce sens, Dunning (1990) souscrit au potentiel traumatique important des désastres naturels (tremblements de terre, ouragans, etc.) et des désastres accidentels (écrasements d'avion, déraillements de train, etc.), alors que Gist et Taylor Harris (1996) parlent de « situations ou des circonstances auxquelles la plupart des personnes n'ont jamais été confrontées » (notre traduction, p. 34). Selon Young (1991), les dimensions spatiales d'un désastre permettent d'en délimiter l'importance. La première dimension à considérer est la proximité des individus affectés par le désastre avec l'événement lui-même. Ensuite, une tragédie de masse peut aussi être déterminée par l'importance du nombre d'individus qui convergent vers les lieux du désastre. Ainsi, plus grand sera le nombre d'individus touchés par la tragédie, plus grande sera la probabilité [44] que ce désastre soit associé à un traumatisme chez l'ensemble de la communauté.

Selon Roberts (1991), le concept d'intervention de crise fut introduit par Lindermann et ses collègues en 1943 après l'incendie du Co-

conut Grove ¹⁵. En 1961, Caplan s'intéressa aux stades de développement de crise. Il définit celle-ci comme étant :

[...] un dérangement d'un état stable dans lequel l'individu rencontre un obstacle qu'il ne peut surmonter à travers des activités traditionnelles de résolution de problèmes (Roberts, 1991 : 5, notre traduction).

Rapoport (1970) mentionne quant à elle qu'une situation de crise résulte d'un problème qui peut être perçu comme une menace, une perte ou un défi. Trois facteurs interreliés sont habituellement identifiés comme créant cet état : un événement inattendu, une menace aux buts de la vie et une inhabileté à répondre avec des mécanismes d'adaptation inadéquats. Selon Aguilera et Messick (1974), une situation de crise peut être décrite en termes d'événement développemental et situationnel qui cause un déséquilibre psychologique et atténue l'efficacité des mécanismes de défense et d'adaptation d'un individu. Similairement, Roberts (1991) évoque qu'une crise peut être définie comme :

[...] une période de déséquilibre psychologique ressenti comme étant le résultat d'un événement ou d'une situation inattendu qui constitue un problème significatif qui ne peut être soulagé en utilisant les stratégies d'adaptation familiales (Roberts, 1991 : 4, notre traduction).

Quarantelli et Dynes (1977) relèvent une dimension de dissension qui peut s'établir dans la communauté lors d'une crise. S'inspirant de Stallings ¹⁶, ils réitèrent qu'une crise peut être marquée [45] par la dissension lorsqu'il n'y a pas de vision d'ensemble et d'accord sur la nature de la situation, sur ce qu'elle apporte et sur les moyens de la résor-

¹⁵ Il s'agit de l'incendie d'une boîte de nuit de Boston où 493 personnes perdirent la vie.

¹⁶ Stallings, R.A. (1973). The Community Context of Crisis Management, *American Behavioral Science*, 16 : 312-325.

ber. Les conflits armés, les révolutions ou autres crises civiles illustrent bien ce type de crises. La crise consensuelle est quant à elle caractérisée par un accord de la communauté dans sa perception de la situation, des normes et des valeurs à privilégier, et des actions à prioriser. Les désastres naturels ou technologiques intègrent ce type de crises.

Baum *et al.* (1983), qui discutent l'essence des différences entre les désastres naturels et technologiques, évoquent que les premiers sont surtout marqués par leur faible prévisibilité, la soudaineté de leur impact, etc. et que dans leurs suites, la défiguration de l'environnement et la perte de certains services (électricité, eau, etc.) laissent à penser que le pire peut être à venir. Les désastres technologiques ou causés par l'homme sont davantage liés à des manquements, des bris, ou encore des pertes de contrôle sur certaines dysfonctions de l'arsenal technologique développé pour améliorer la qualité de vie des individus. Britton *et al.* (1990) associent quant à eux un désastre à un processus social distinct au cours duquel la phase d'urgence produit un changement majeur dans les normes et la structure de la société. Ce changement correspond à un nouveau mode de fonctionnement social temporaire où les valeurs et les priorités sont spécifiquement organisées en fonction du désastre.

Omer et Alon (1994) décrivent une expérience traumatisante comme un événement « [...] consistant en une surcharge cognitive, émotionnelle et physiologique intense qui provoque une rupture du fonctionnement mental » (notre traduction, p. 283). Dans sa recherche auprès d'intervenants du Québec ¹⁷, Lamontagne suggère une définition d'un désastre comportant certains critères :

¹⁷ L'auteure a procédé à un *débriefing* (CISD) auprès d'intervenants (représentants des services d'incendie, policiers de la Sûreté du Québec, membres du coroner et certains journalistes) impliqués dans un carambolage suivi d'une explosion et d'un incendie sur la route transcanadienne à Sainte-Madeleine en 1983 et à un second exercice auprès d'employés (200) de l'Assemblée nationale où, à la suite d'une fusillade en 1984, l'on enregistra trois morts et treize blessés.

Cet incident rencontrait donc les deux critères essentiels de notre définition d'un désastre : la disproportion des [46] ressources disponibles par rapport à l'ampleur de l'incident et un contexte psychologique chargé (Lamontagne, 1983 : 14).

Les réactions individuelles à un événement extrême peuvent aussi être considérées en lien avec le potentiel individuel de chacun. Ainsi, selon Nivet *et al.* (1989), une catastrophe correspond également à un « fidèle révélateur de la personnalité et des potentialités, positives ou négatives de chacun » (p. 22).

La pratique et les techniques de débriefing

[Retour à la table des matières](#)

En considération de l'abondance des travaux réalisés au regard de l'importance du *débriefing* comme variable pouvant influencer ou prévenir diverses réactions au stress post-désastre chez les intervenants, une attention particulière est apportée à l'émergence de cette pratique et à son actualisation. On estimait jusqu'à tout récemment que plus de 300 équipes ont été formellement entraînées aux États-Unis pour ce type d'intervention et que plus de 10 000 interventions ont été complétées aux États-Unis, au Canada, en Australie et en Europe de l'Ouest (Dyregrov, 1997 ; Everly, 1995). Abordée comme élément du support organisationnel, elle sera ultérieurement revue, dans ce document, en considération des résultats obtenus par certains chercheurs chez divers groupes d'intervenants.

La pratique du *débriefing* est utilisée depuis plusieurs décennies chez les membres des forces armées engagés dans des conflits armés. S'appuyant sur une croyance que le fait de partager une expérience traumatisante peut procurer un soulagement psychologique, les psychiatres militaires ont utilisé cette intervention auprès de soldats afin que les militaires soient capables de retourner au combat dans les plus brefs délais. La pratique du *débriefing* est toutefois plus récente chez le personnel concerné par les désastres naturels ou technologiques,

mais elle gagne en popularité en raison de la reconnaissance de l'effet [47] psychologique des traumatismes (Armstrong *et al.*, 1995 ; Dyregrov, 1997 ; Hollister, 1996). On remarque un intérêt croissant de la recherche pour cette pratique qui est devenue presque courante (Dyregrov, 1997 ; Everly, 1995). Cependant, ce type d'intervention ne semble pas avoir complètement protégé tous ses bénéficiaires de la manifestation d'une morbidité psychiatrique à long terme ou chronique, et on se plaint du manque d'évaluations systématiques de son efficacité (Kenardy *et al.*, 1996 ; Raphael, 1995).

La recherche est récente en ce qui a trait à l'efficacité du *débriefing* sur ceux qui s'en prévalent et des besoins sont constatés à cet effet (Gibbs *et al.*, 1993 ; Kenardy *et al.*, 1996 ; Raphael, 1995 ; Robinson et Mitchell, 1993). Dans cette perspective, Dyregrov (1997) mentionne plusieurs lacunes méthodologiques qui suscitent des doutes quant à la validité de la démarche : le manque de clarté quant au « timing » de l'intervention, la durée des sessions, la taille et l'homogénéité des groupes, etc. Selon l'auteur, il semble également que l'on ait peu remis en question les dimensions de l'expérience, de la formation et des qualités personnelles requises et détenues par ceux qui occupent la fonction de « leader » lors des sessions de *débriefing*.

Papell et Rothman (1980) proposent que les groupes de *débriefing émergent* de trois courants majeurs de l'intervention de groupe et qu'ils s'intègrent dans le courant dominant du modèle d'intervention en travail social. Ils s'adressent à des groupes structurés et sont orientés vers la psychothérapie. D'autres caractéristiques ou similarités sont observées par rapport au modèle d'intervention en travail social : les membres participants partagent un but commun, l'engagement actif et le leadership sont privilégiés et les échanges s'effectuent selon le sens donné à l'événement par le groupe. L'existence d'un but prédétermine poursuivi par tous et d'un plan d'élaboration de travail [48] aide chacun des membres à atteindre les objectifs poursuivis et caractérise également cette technique d'intervention. Il s'agit également de groupes structurés où les participants ne sont pas considérés comme étant malades et sa nature préventive vise à encourager la discussion des expériences vécues par les individus exposés à des événements stressants pour endiguer les effets négatifs pouvant se manifester. La confidentialité est également fortement suggérée et valorisée. Outre l'aspect préventif, une composante éducative est intégrée au groupe de

débriefing. Les leaders ou les intervenants qui supportent le déroulement des séances de débriefing procurent une atmosphère supportante tant pour les aspects négatifs que positifs qui seront ventilés et exprimés par les participants.

Le modèle CISD (Critical Incident Stress Debriefing) fut proposé par Mitchell (1983) afin d'atténuer le potentiel de développement de l'état de stress post-traumatique chez le personnel d'urgence exposé à des événements très stressants. Ce modèle permet aux personnes touchées par de telles situations de revivre le déroulement de l'événement et est axé sur ce qu'ils ont ressenti, sur la manière dont ils ont agi et sur la façon dont ils se sont adaptés psychologiquement. La composante éducative de ce modèle aborde les manifestations de l'état de stress post-traumatique et son développement habituel. Le CISD permet également de donner un sens, dans un environnement sécuritaire, à l'événement lui-même. Smith et de Chesnay (1994) associent le CISD à une forme de gestion de crise pour diverses catégories d'intervenants (sauveteurs, policiers, pompiers, etc.) engagés dans des incidents graves ou lors de désastres naturels. Les auteurs considèrent aussi que le modèle CISD peut prévenir et contrôler les réactions négatives engendrées par le stress de l'événement traumatisant. Généralement, il est proposé de tenir les sessions de débriefing le plus tôt possible après l'incident critique (Bisson et Deahl, 1994 ; Raphael, 1995). Wright *et al.* (1990) suggèrent également d'en limiter la durée, tandis que [49] Robinson et Mitchell (1993) évaluent que les sessions devraient être tenues dans les 24 à 72 heures suivant l'incident et qu'elles devraient durer de deux à trois heures.

Armstrong *et al.* (1991, 1995) ont expérimenté une variante du CISD, le MSD (Multiple Stressor Debriefing) qui utilise la psychoéducation formatée en quatre phases : un retour et une discussion sur les événements, l'identification des sentiments et les réactions vécues, les stratégies d'adaptation utilisées et l'intégration ou la conclusion de l'expérience de l'intervention par les intervenants. Les membres de l'organisation touchée sont invités à y souscrire, même s'ils ne perçoivent pas ressentir de symptômes apparents de stress. Lors des sessions, ils sont encouragés à décrire une variété d'expériences générant du stress et à chercher à intégrer celles-ci dans leur vie. Ces sessions favorisent les processus d'intégration et de résolution pour déboucher sur une phase d'achèvement qui peut ne pas être atteinte par tous les

participants, lesquels sont encouragés à continuer le processus après la fin des sessions. Ce modèle comporte également un aspect éducatif portant sur les réactions normales au stress et les stratégies d'adaptation. Contrairement aux sessions de CISM, qui s'adressent plus spécifiquement au personnel touché par un incident critique intense et bref, à la suite duquel le personnel peut retourner chez lui après son quart de travail, le MSD est davantage conçu pour le personnel qui intervient lors d'événements qui supposent une implication de plus longue durée ou pour les intervenants qui ne peuvent retourner à leur domicile étant donné la prolongation des heures de travail en raison de divers facteurs liés au sinistre ¹⁸. L'intérêt de ce modèle semble découler de la composante se référant aux stratégies d'adaptation et spécialement conçue à l'intention du personnel qui rencontre plusieurs stressors dans une période prolongée de travail.

Mitchell et Everly (1995) suggèrent dix-huit principes de base [50] sur lesquels s'établit le CISM afin de rendre cette technique plus efficace. L'essence de ces principes repose, entre autres, sur la dissociation du CISM avec la psychothérapie, la nécessité d'un entraînement spécifique, l'efficacité de l'intervention de groupe dans la diminution du stress et des effets négatifs de ce dernier, l'approche d'équipe, l'aspect préventif, la référence à un traitement psychologique plus spécifique en certains cas, l'intervention hâtive, l'adaptation à différents groupes d'individus exposés à des événements critiques, la confidentialité et la participation volontaire ainsi que les structures pluridisciplinaires des équipes de gestion du CISM.

Autre variante, le PD (Psychological Debriefing) à l'intention d'intervenants en santé psychologique, privilégie la ventilation des sentiments, le retour à la normalisation et la préparation à d'autres événements traumatisants éventuels. Brandt *et al.* (1995) proposent cette définition du débriefing : « Le débriefing est une intervention *orientée vers le groupe* au *cours* de laquelle les *participants* partagent les expériences d'un traumatisme commun » (notre traduction, p. 90).

¹⁸ Raphael (1995) et Kenardy *et al.* (1996) évoquent que ce modèle de *débriefing* est le plus adapté en raison du respect de l'individualité des stressors et de leurs caractères différents, malgré que son efficacité n'ait pas été mise à l'épreuve par des études systématiques.

Le succès du débriefing est aussi lié à l'implication de l'intervenant, à son désir manifeste de rétablissement ou de modification de son état et à sa volonté de s'investir personnellement dans *le processus* de résolution. Selon Dunning (1990), deux protocoles de débriefing comportant diverses composantes peuvent supporter les intervenants. Les composantes sont synthétisées au tableau 2.

Selon Talbot *et al.* (1992), les intervenants en santé mentale ¹⁹ diffèrent des autres travailleurs d'urgence (ambulanciers, secouristes, pompiers, etc.) et des modèles spécifiques de debriefing leur sont nécessaires. Le modèle proposé par Raphael (1986) pour les intervenants en santé mentale a pour objectif de composer avec les stress liés au travail d'intervention. Les lea-

¹⁹ Dans leur article, Talbot *et al.* (1992) utilisent le terme « psychologues » pour inclure psychologues, travailleurs sociaux, infirmières psychiatriques et psychiatres.

[51]

Tableau 2
Protocoles de débriefing éducatif et psychologique

[Retour à la table des matières](#)

PROTOCOLE DE <i>DEBRIEFING</i> ÉDUCATIF	PROTOCOLE DE <i>DEBRIEFING</i> PSYCHOLOGIQUE
<p>Partage d'expériences informationnelles liées aux réactions psychologiques et comportementales dont les objectifs spécifiques sont de :</p> <ul style="list-style-type: none"> * fournir de l'information sur les réactions personnelles possibles ; * minimiser les répercussions par une connaissance appropriée des réactions normales ; * favoriser l'intervention thérapeutique si nécessaire ; * préparer l'intervenant au <i>counseling</i> en enlevant les barrières à l'expression des émotions à des aidants externes et supprimer les tabous relatifs au besoin d'aide et de support. <p>Généralement dirigé par deux personnes : un intervenant des services de santé et un membre crédible de l'unité des services en question qui mettent l'accent sur le partage d'expériences similaires, les symptômes susceptibles de se manifester, tant physiques que psychologiques, et les stratégies d'adaptation habituellement utilisées.</p>	<p>Possède deux composantes majeures : la ventilation des sentiments et la discussion des symptômes de réaction au stress. Ce module permet :</p> <ul style="list-style-type: none"> * de privilégier l'ouverture à partager les émotions et réactions personnelles aux symptômes reliés à l'expérience de l'événement. Deux types de <i>débriefing</i> psychologiques sont habituellement utilisés : le premier présente trois étapes, soit la ventilation et l'évaluation de la réaction au stress, le support et le réconfort, et la mobilisation de ressources de référence. Les objectifs de ce type de débriefing sont : * d'intervenir dans les 24 à 48 heures suivant le désastre. Les participants sont incités à faire part des sentiments vécus face au désastre et à discuter de ce qui leur arrive aux plans physique, mental et professionnel. Le conseiller met l'accent sur la normalité des réactions par des notions éducatives face aux symptômes et assure l'accès à de l'aide. Un suivi dans les semaines subséquentes est généralement recommandé ; * de mettre l'accent sur l'adaptation et la maîtrise de l'événement. L'ouverture se fait davantage par rap-

PROTOCOLE DE <i>DEBRIEFING</i> ÉDUCATIF	PROTOCOLE DE <i>DEBRIEFING</i> PSYCHOLOGIQUE
	port aux faits qu'aux sentiments et aux problèmes d'évitement, de résistance et de rejet. L'intervenant y est perçu comme un individu pouvant utiliser les techniques menant au succès de la résolution de l'événement traumatisant et augmente chez ce dernier sa capacité à les utiliser.

Source : Dunning, C. (1990). Mental Health Sequelae in Disaster Sorkers : *Prevention and Intervention-International Journal of Mental Health*. 19 (2). 99-101.

[52]

ders de l'équipe peuvent formellement ou informellement procurer une possibilité aux membres de revoir l'expérience de l'intervention à laquelle ils ont participé. À cette occasion, les intervenants peuvent exprimer leurs sentiments, craintes, frustrations et succès. Les relations personnelles avec les confrères et la famille sont également abordées afin de permettre la ventilation des sentiments. Globalement, l'exercice permet l'intégration et la maîtrise de l'expérience du désastre chez les intervenants.

Talbot *et al.* (1992) proposent un modèle de *débriefing* pour les intervenants en santé mentale incluant les composantes de ceux proposés par Mitchell (1988)²⁰ et Raphael (1986). Ce modèle spécifie qu'une dimension encore plus importante est de favoriser une compréhension psychologique de la crise dans son entier chez les intervenants. Cette compréhension doit également s'étendre aux conséquences chez les victimes et aux réactions qu'elles vivent, et faire prendre conscience aux intervenants de quelle manière ils ont été eux-mêmes affectés aux plans personnel et professionnel. Hollister (1996) mentionne que les objectifs généralement poursuivis par les sessions de débriefing sont l'écoute des conséquences de l'événement stressant, l'accélération du rétablissement des travailleurs et de leur retour au travail.

Résumons

[Retour à la table des matières](#)

La définition des concepts joue un rôle primordial dans l'opérationnalisation des variables. Les chercheurs, selon leurs orientations disciplinaires et leurs champs d'intérêts particuliers, définissent différemment les concepts généralement utilisés dans le domaine de la re-

²⁰ Mitchell, J.T. (1988). *The Psychological Impact of the Air Florida 90 Disaster on Fire, Rescue, Paramedical and Police Officer Personnel*, Paper Presented at the International Conference on Stress and Trauma in Emergency Services, Melbourne, Australia.

cherche sur les désastres. Ainsi, un désastre ou un incident causant un stress important pourront être conceptualisés selon les divers domaines de connaissance, orientations ou intérêts qui marquent les préoccupations des chercheurs. Aux fins du présent exercice, et au regard des objectifs qu'il supporte, retenons surtout que :

[53]

- * la nature du désastre détermine la quantité et les diverses catégories d'intervenants engagés dans les opérations de secours et de support ;
- * les intervenants sont généralement appelés à jouer plusieurs rôles et à offrir du support psychologique ou social ;
- * le terme intervenants englobe une forte diversité d'individus. Ainsi, certains intervenants rémunérés sont spécifiquement formés à intervenir en situation d'urgence ou lors de désastres (pompiers, policiers, ambulanciers, etc.), alors que d'autres pourront détenir une formation professionnelle et agir ponctuellement ou bénévolement lors de la manifestation d'un désastre (infirmières, médecins, travailleurs sociaux, etc.). D'autres intervenants bénévoles oeuvrent également auprès d'organismes à vocation humanitaire et détiennent certaines techniques ou de la formation, donnée par l'organisme ou provenant d'un cheminement professionnel particulier, pour l'intervention en situation d'urgence, et d'autres se manifestent spontanément pour porter assistance en attendant les secours officiels. Certains intervenants rémunérés ou bénévoles sont également affectés à des tâches parallèles à l'intervention directe (gestionnaires, répartiteurs, etc.) ;
- * récemment, les chercheurs et les autorités ont reconnu que les intervenants, tout comme la population directement touchée par un désastre, risquent d'être affectés au plan biopsychosocial par le travail en situation d'urgence ou qu'ils peuvent constituer des victimes secondaires et tertiaires ;
- * selon les orientations disciplinaires des chercheurs, un désastre, une situation d'urgence, un événement critique ou une crise sont définis différemment. Ils constituent toutefois des situations

uniques qui recèlent un danger potentiel [54] et un stress important pouvant altérer la santé physique, psychologique ou sociale ;

- * le débriefing vise à un partage de l'expérience de l'intervention chez les intervenants et à atténuer la possible manifestation de répercussions psychologiques négatives chez ce groupe ;
- * plusieurs modèles de débriefing ont été élaborés au cours des dernières décennies. Ce n'est toutefois que très récemment que cette technique a été appliquée aux intervenants ;
- * la recherche sur l'efficacité du *débriefing* ou sur ses effets médiateurs sur la symptomatologie post-désastre semble embryonnaire à l'heure actuelle et on note une importante divergence d'opinions chez les chercheurs quant à cet aspect ;
- * si le *débriefing* semble le plus souvent évalué comme bénéfique ou aidant par les intervenants, son effet protecteur sur la symptomatologie ne semble pas avoir été systématiquement démontré.

[55]

Sinistres et intervenants. Essai.

Chapitre 3

Les effets de l'intervention en situation critique sur la santé biopsychosociale des intervenants

[Retour à la table des matières](#)

Le personnel des services d'urgence (pompiers, ambulanciers, policiers), les professionnels de la santé physique ou psychologique (psychologues, travailleurs sociaux, psychiatres et le personnel psychiatrique infirmier) ainsi que le personnel hospitalier qui interviennent lors de situations de crise sont affectés par les circonstances du travail dans lesquelles ils évoluent (Alexander et Wells, 1991 ; Talbot *et al.*, 1992 ; Waters *et al.*, 1992 ; Wright, 1996). Cette situation est par ailleurs amplifiée par l'absence ou les trop brèves périodes de repos, le travail effectué pendant de longues heures et des restrictions en regard du personnel alloué (Gibbs *et al.*, 1996 ; Mitchell et Dyregrov, 1993) et n'est toutefois pas particulière au personnel régulier. En effet, les intervenants qui n'évoluent pas à l'intérieur d'un cadre habituel de travail en situation d'urgence, qui se présenteront volontairement ou qui seront réquisitionnés par diverses autorités confrontées à la gestion d'un désastre, risquent également d'être plus affectés par leur interven-

tion ponctuelle comparativement à ceux qui gravitent régulièrement dans ce secteur (Mitchell et Dyregrov, 1993).

Il n'en demeure pas moins que les symptômes physiques sont attribuables aussi bien au stress physique qu'émotionnel que génère le travail en situation d'urgence et qu'ils constituent une réaction commune chez les intervenants (Gibbs *et al.*, 1993) même si la manifestation des symptômes physiques, psychologiques ou sociaux diffère selon les individus et [56] que l'impact sur la santé varie d'une personne à l'autre (Duckworth, 1991 ; Gist, 1996 ; Mitchell et Dyregrov, 1993 ; Sansone et Roman, 1996).

Certaines réactions ou symptômes, tant physiques que psychologiques, sont considérés comme normaux dans les suites d'un engagement très stressant auprès de personnes ou de groupes menacés ou atteints, à divers degrés, au plan de leur intégrité physique ou psychologique. Dans la plupart des cas, ils se résorbent plutôt rapidement. Cependant, d'autres se transforment ou traduisent une psychopathologie pouvant devenir chronique.

Les problèmes les plus communément rapportés chez les intervenants sont similaires à l'épuisement physique, émotionnel et psychologique rapporté en situation de burnout ²¹ (Lamontagne, 1983 ; Shepherd et Hodgkinson, 1990) ou au stress du combat évoqué par Figley (1981). Se référant aux travaux de Shulman (1992) et Weisman et al. (1983), Brede (1998) définit le burnout comme :

[...] un terme non technique qui décrit de l'apathie ou du ressentiment originant du stress et de la frustration liés à un travail [...] dans lequel les travailleurs ont plus de responsabilités que de contrôle. Le stress professionnel peut s'infiltrer dans la vie personnelle des membres du personnel et provoquer des extractions croissantes d'énergie physique et psychique. Ultimement, ce phénomène peut résulter en de l'insatisfaction personnelle, du *burnout*, un moral faible et des conflits interpersonnels (notre traduction, p. 123).

²¹ Shepherd et Hodgkinson se réfèrent à l'ouvrage de Cherniss, C. (1980). *Staff Burnout*, London : Sage.

Le burnout semble aussi se manifester plus particulièrement chez les individus idéalistes et consciencieux au plan professionnel et constitue une perturbation grave difficile à contrer, surtout [57] en présence d'une maladie physique indécélée dont les symptômes peuvent être spécifiquement attribués à une psychopathologie (Rosser, 1997).

Gibbs *et al.* (1993) suggèrent quant à eux une diversité dans les types de réactions psychologiques. Ainsi, les personnes intervenant dans le support aux sinistrés à l'extérieur du site du désastre auront plutôt tendance à manifester de la dépression liée au sentiment d'impuissance, alors que l'état de stress post-traumatique sera plus perceptible chez celles qui sont exposées directement à des scènes horribles. Raphael (1986) a proposé le modèle du syndrome du contre-désastre (*counterdisaster syndrome*). Ce modèle suppose que certains travailleurs d'urgence réagiront par le déni de leur fatigue et de leurs besoins propres, qu'ils deviendront superactifs et travailleront jusqu'à l'effondrement. Dans certains cas, les intervenants doivent être relevés de leurs fonctions en raison d'une efficacité diminuée ou d'un jugement altéré. Il semble également que ce syndrome se remarque davantage chez ceux qui sont gestionnaires de la crise (Raphael et Wilson, 1994).

De manière générale, il semble que les intervenants ne soient pas à l'écoute de leurs propres besoins (Brende, 1998) ou n'identifient pas leurs réactions comme psychologiques et vont rarement rechercher de l'aide (Gibbs *et al.*, 1993)²², effectuant bien souvent un retour à la maison sans avoir pu intégrer l'expérience potentiellement traumatisante (Armstrong *et al.*, 1991). Bradford et John (1991), se référant à Sutherland et Cooper²³, mentionnent que les intervenants sous-estiment l'effet de contagion après le travail auprès des victimes directes ou l'impact de l'expérience directe avec les conditions débilitantes du désastre en lui-même. Alexander et Wells (1991) suggèrent par contre que l'impact négatif du travail en situation de catastrophe s'est révélé relativement léger au plan de la morbidité psychiatrique.

[58]

²² Les auteurs appuient cette affirmation en se basant sur les travaux de Hart-sough (1982) et Lindy *et al.* (1981).

²³ Sutherland, V. et C. Cooper (1990). *Understanding Stress*, London : Chapman and Hall.

Se référant aux travaux de Charlesworth et Nathan ²⁴, Myers (1985) identifie certains agents de stress auxquels sont exposés les intervenants. Certains de ces stressseurs peuvent s'avérer positifs pour le personnel. Myers (1985) énonce que les agents cognitifs de stress concernent la manière dont l'intervenant interprète les événements. Les agents qui relèvent du domaine social impliquent les interactions directes avec les autres tandis les agents de stress familiaux se rapportent aux situations telles le mariage, les naissances, le divorce, etc. Les stressseurs environnementaux évoquent la chaleur, le froid, la fumée, etc., tandis que les agents de stress liés au travail concernent les horaires, les responsabilités, etc. D'autres sources ou agents de stress dits transitoires sont également évoqués par l'auteur ; ce sont le changement d'emploi, les déménagements, etc., de même que des stressseurs chimiques (caféine, alcool, nicotine, etc.) et physiques (douleur, maladie, mauvaise alimentation, etc.).

Afin d'approfondir cet aspect, les effets du travail en situation de désastre seront donc mis en évidence dans les pages suivantes, à partir de la documentation recensée et en considérant, dans un premier temps, les répercussions physiques ou physiologiques. Par la suite, les symptômes psychologiques fréquemment rapportés ainsi que les réactions émotionnelles et cognitives souvent rencontrées feront l'objet de notre attention. Une vigilance particulière sera ensuite portée aux résultats ayant montré des modifications comportementales et relationnelles chez les individus qui sont intervenus lors de désastres ainsi que des changements profonds des attitudes face à la conception de sa propre existence.

Les répercussions physiques ou physiologiques

[Retour à la table des matières](#)

Les écrits recensés font mention de nombreux symptômes associés à l'effet du stress sur la santé physique de diverses catégories d'intervenants. Dans leur revue des écrits sur le sujet, Gibbs *et al.* (1993), se référant à plusieurs auteurs, mentionnent que les [59] rhumes, les pro-

²⁴ Charlesworth, E.A. et R.G. Nathan (1984). *Stress Management : a Comprehensive Guide to Wellness*, New York : Atheneum.

blèmes de sommeil, la perte d'appétit, un comportement sexuel altéré ²⁵, les migraines, les maux d'estomac, les douleurs au cou et au dos ainsi que les problèmes cutanés étaient fréquents à la suite de l'intervention en situation de désastre. Ce que confirment également deux études effectuées auprès d'intervenants rémunérés ou bénévoles impliqués dans l'application des mesures d'urgence lors de la tempête de verglas de janvier 1998 (Maltais *et al.*, 2000a ; Maltais *et al.*, 2000b).

Selon Shepherd et Hodgkinson (1990), plusieurs études ont noté des changements dans les habitudes de sommeil et d'alimentation, des niveaux d'énergie altérés et un accroissement des taux d'accidents et des problèmes de santé physique ²⁶. Des résultats similaires sont également rapportés par Laube-Morgan (1992) qui fait référence à certains professionnels de la santé physique et mentale qui mentionnaient être demeurés plusieurs jours sans dormir ni manger et avoir éprouvé une grande tension et de la fatigue physique après un tremblement de terre dévastateur au cours duquel ils étaient intervenus. Ces intervenants ont aussi rapporté des problèmes d'insomnie et des cauchemars. Laube (1985) fait également état de symptômes somatiques chez des intervenants lors d'une tornade. Fullerton *et al.* (1992) ont aussi noté, en observant des résultats provenant de séances de débriefing chez deux groupes de pompiers ²⁷, que ceux-ci ressentaient une grande fatigue physique et de l'épuisement.

Certaines répercussions physiques du stress peuvent se manifester sous forme de blessures subies par les intervenants ou se prolonger dans le temps (Mitchell et Dyregrov, 1993). Mitchell (1983, 1998) mentionne que les réactions physiologiques chez les intervenants se présentent sous forme d'agitation, d'irritabilité, de fatigue excessive, de problèmes de sommeil, d'anxiété, de réactions d'alarme face à la pression, de perte d'intérêt, de tremblements musculaires, de difficultés à se concentrer, [60] de cauchemars, de vomissements et de

²⁵ Duckworth (1991) mentionne également l'inhibition sexuelle comme symptôme physique.

²⁶ Raphael *et al.* (1984) ; Berah *et al.* (1984) ; Taylor et Fraser (1982), et Miles *et al.* (1984).

²⁷ Un premier groupe s'était engagé après un écrasement d'avion meurtrier et le second était constitué de membres d'une élite intervenant dans des situations particulièrement difficiles dans la ville de New York.

diarrhées ²⁸. Des problèmes de sommeil furent également rapportés par Raphael *et al.* (1984) en tant que comportement pouvant perdurer un mois après le désastre chez plusieurs secouristes (23%), alors que Miles *et al.* (1984) ont noté la présence de rêves et de cauchemars liés à l'incident chez 35% de leurs sujets.

Raphael et Middleton (1987) mentionnent que les secouristes engagés lors du déraillement de Granville (70%) vivaient une certaine tension dont les sources provenaient du sentiment d'impuissance, de la magnitude de la dévastation, de la mutilation des corps, de l'angoisse des familles des victimes, de la pression à travailler dans des conditions d'urgence et de l'incertitude liée au rôle qu'ils devraient jouer lors des opérations. Le constat de blessures chez les victimes semble aussi intervenir dans le stress vécu (Hodgkinson et Stewart, 1991). Selon Miles *et al.* (1984), les problèmes musculo-squelettiques (nouveaux ou exacerbés) étaient parmi les malaises les plus communément rapportés par les intervenants (20%) après l'intervention, 13% ont également fait part d'une augmentation de leurs difficultés respiratoires ou gastro-intestinales, alors que 11% se plaignaient de problèmes neurologiques.

Les officiers de police évalués par Smith et de Chesnay (1994) évoquaient tous des problèmes de sommeil, des symptômes gastro-intestinaux et ceux qui souffraient de problèmes de santé antérieurs avaient vu ceux-ci exacerbés, notamment l'hypertension. Berah *et al.* (1984) ont rapporté l'apparition de symptômes physiques chez des sujets offrant du support psychologique après un incendie majeur : les deux tiers d'entre eux éprouvaient de la fatigue intense ou modérée quatre mois après les opérations, un tiers éprouvait des problèmes de sommeil et une augmentation de tension musculaire. Dans des proportions moindres, d'autres ont mentionné de la tension ou de la nervosité, des maux de tête, des dérangements [61] d'estomac et d'évacuation. De plus, près de la moitié ont relaté avoir souffert de la grippe ou de l'influenza pendant leur travail, alors que cinq ont rapporté des accidents routiers ou domestiques.

Pour Bradford et John (1991), la perte ou le manque d'énergie, les modifications dans les habitudes d'alimentation et de sommeil corres-

²⁸ Raphael (1991) fait également mention de nausées et de vomissements chez un groupe de secouristes.

pondent à des symptômes physiques fréquents chez les intervenants en situation d'urgence. Selon les auteurs, l'augmentation du nombre d'accidents et la détérioration de la santé physique sont des résultantes de stress chroniques. Les intervenants affectés par le stress et qui ne reçoivent pas le support nécessaire peuvent enregistrer un accroissement de leurs problèmes de santé (Burstein, 1985). L'épuisement général chez le personnel hospitalier fut aussi constaté lors d'une augmentation soudaine de patients dans les jours suivant une importante tempête de neige (Théoret, 1979).

En plus des symptômes physiques cités précédemment Lamontagne (1983) fait état de perturbations endocriniennes (problèmes menstruels ou thyroïdiens), de diabète, d'allergies, de tremblements et de douleurs à la poitrine qui peuvent se manifester pour une période généralement brève.

Chez des officiers offrant du support psychologique aux familles éprouvées lors d'un écrasement d'avion meurtrier, six mois après le désastre, une moyenne de 3,11 symptômes étaient toujours présents. Les symptômes les plus fréquemment persistants étaient les maux de tête (40%), la sensation de nervosité ou de tension (33%), les problèmes de sommeil (31%), les malaises ou douleurs générales (26%), la grippe commune (25%) l'humeur dépressive (21%) et le manque d'énergie (20%) Bartone *et al.* (1989) ont aussi constaté chez la même population qu'une plus forte proportion de celle-ci ressentait ces symptômes un an après le désastre et que la moyenne de symptômes [62] ressentis était aussi amplifiée, passant à 6,59. Parmi les autres symptômes communs s'ajoutaient les difficultés de concentration et les maux d'estomac.

Une forte proportion des intervenants observés par Dyregrov *et al.* (1996), soit 81% des bénévoles et 56% des professionnels, ont mentionné que leur participation aux opérations de secours correspondait à la plus forte tension qu'ils aient pu ressentir au cours de leur vie. Vues sous un autre angle, les modifications physiologiques peuvent créer une sensation hautement énergisante chez les intervenants. Toutefois, lorsque ces opérations induisent un investissement physique accru qui outrepassé les forces réelles de l'individu, il risque de mener à de l'épuisement (Hartsough, 1985). Selon Taylor et Frazer (1982), leur échantillon de personnel engagé dans les opérations après une catas-

trophe aérienne ²⁹ rapportait, entre autres, des changements dans leurs habitudes de sommeil (80,5%) et dans leur appétit (76%).

Plus près de nous, Marchant, Guernsey et Yoshida (1989) ont évalué, trois ans après l'événement, certains symptômes physiques chez les pompiers étant intervenus immédiatement lors de l'écrasement d'avion survenu à Gander (Terre-Neuve) en 1985. Comparativement à un groupe contrôle non exposé, les pompiers exposés rapportaient plus de maux de tête, d'étourdissements, de douleurs aux articulations, de douleurs à la poitrine, de gripes sévères et de fatigue. De plus, ils éprouvaient davantage de sentiments d'incompréhension et étaient perturbés par des cauchemars. Ces symptômes étaient liés au travail sur le site. Par ailleurs, les personnes exposées ont estimé une plus importante augmentation de maladies durant les trois années suivant l'intervention que le groupe contrôle. La maladie s'était manifestée, pour la majorité, dans les six mois à un an après l'écrasement. Si certains avaient récupéré entre-temps, d'autres ont dû obtenir des soins médicaux.

[63]

Certains symptômes psychologiques

[Retour à la table des matières](#)

Le stress post-traumatique regroupe un ensemble de réactions fréquemment observées après un engagement direct ou indirect dans un événement traumatisant. Ces réactions peuvent se manifester aux plans physique, émotionnel, comportemental et intellectuel. Ce sont avant tout des réactions dites *normales*, dans un contexte jugé quant à lui *anormal*, qui s'atténuent graduellement à partir de la première semaine suivant l'incident ou plus tard si elles se manifestent après un certain laps de temps.

²⁹ On fait référence à l'écrasement d'un DC-10 de la Air New Zealand, survenu en 1979 sur un versant du mont Erebus en Antarctique où 257 passagers et membres d'équipage perdirent la vie. Les intervenants furent engagés dans les opérations de récupération et d'identification des victimes.

Parmi les symptômes psychopathologiques les plus fréquemment rapportés chez les intervenants exposés à des situations traumatisantes, les auteurs mentionnent surtout ceux qui correspondent ou qui sont associés à un diagnostic d'état de stress post-traumatique ³⁰, qui fut reconnu comme un diagnostic officiel en 1980 ³¹ et qui influença significativement le domaine de la recherche des effets psychopathologiques subséquents aux désastres naturels ou technologiques (Green, 1991). Alexander (1990) précise que bien que l'état de stress post-traumatique ne soit pas inclus dans la classification standard des désordres psychiatriques en Angleterre, il est fortement utilisé pour décrire une importante variété de symptômes communément rencontrés chez les victimes de désastre. Les réactions peuvent aussi être caractérisées en termes de symptômes associés à un état de stress post-traumatique (Bartone *et al.*, 1989), quoique Jones (1995) ait évoqué une certaine propension à conclure universellement à une pathologie liée à des symptômes qui, en certaines circonstances, peuvent plutôt être associés à des stratégies normales utilisées pour s'adapter ou survivre à des situations pouvant être qualifiées d'anormales. Alexander (1990) résume assez bien les cinq caractéristiques d'un diagnostic d'état de stress post-traumatique :

³⁰ Evans et Evans (1992) mentionnent que le taux d'état de stress post-traumatique dans la population générale se situe à environ 1%, mais qu'il peut être plus communément rencontré chez certains groupes à risque comme par exemple les victimes d'agressions personnelles.

³¹ L'intérêt pour les réactions post-traumatiques a été suscité par la participation des soldats à des conflits armés. Il remonte à la Première Guerre mondiale où l'on a identifié la « fatigue de la bataille » et le « choc de la coquille » qui furent associés à des causes organiques. Plus tard, Freud y associa une perspective psychologique. Durant la Deuxième Guerre mondiale, l'intérêt pour la réaction au stress connut une résurgence et celle-ci fut incluse dans le DSM 1 (1952) sans qu'on s'étende sur des symptômes spécifiques. Le stress post-traumatique y était vu comme transitoire et réversible. Le stress post-traumatique n'apparut pas dans la seconde version du DSM II en raison, entre autres, du climat de paix relative. La guerre du Vietnam a suscité un intérêt explosif pour le traumatisme de guerre et les travaux d'Horowitz et ses collègues ont permis la réintroduction du diagnostic de l'état de stress post-traumatique dans une troisième version du manuel d'évaluation des désordres psychologiques de 1980 (DSM III) (McCann *et al.*, 1988).

- * la réexpérimentation de l'événement traumatisant (sous forme de rêves ou cauchemars par exemple) ;

[64]

- * une détresse psychologique intensive face à des souvenirs de l'événement ;
- * une augmentation marquée de l'anxiété et de l'excitation, des problèmes de concentration, des réactions exagérées de sursaut et une activité autonome accrue ;
- * un évitement marqué des choses qui rappellent le traumatisme ;
- * une diminution de l'intérêt pour des activités agréables, incluant les relations personnelles.

Dans cette perspective, certains auteurs ont précisé que le personnel intervenant en situation d'urgence est à risque de développer diverses réactions au stress vécu dont l'état de stress post-traumatique (Armstrong *et al.*, 1995 ; Gibbs *et al.*, 1993 ; Raphael et Wilson, 1994) et certaines études corroborent cette hypothèse. Ainsi, selon Laube-Morgan (1988), comparativement à une population non affectée par un tremblement de terre ³², les intervenants démontraient des symptômes d'intrusion affective et cognitive ainsi que des symptômes d'évitement à un degré significatif. Des résultats similaires se dégagent d'une étude subséquente où de l'intrusion cognitive et affective et de l'évitement étaient plus élevés que la norme constatée dans une population normale chez divers intervenants en santé physique et mentale (infirmières, médecins, travailleurs sociaux, psychologues et psychiatres) ayant porté secours aux victimes et assistance aux familles lors d'un désastre de même nature ³³ (Laube-Morgan, 1992).

D'autres chercheurs ont aussi remarqué la présence de symptômes répondant aux critères de diagnostic de l'état de stress post-

³² L'auteur se réfère ici au tremblement de terre survenu à Kalamata, en Grèce en 1986.

³³ On évoque le tremblement de terre de Loma Prieta survenu dans la région de San Francisco en Californie. On y dénombra 62 morts et 3 000 blessés. De plus, 14 000 personnes se retrouvaient sans domicile alors qu'on enregistrait un total de 116 882 édifices et maisons endommagés.

traumatique chez 14% de l'échantillon d'intervenants engagés à la suite de l'explosion d'un immeuble à appartements, comparativement à 17% chez un autre groupe après des tornades [65] dévastatrices en Angleterre (McCammon *et al.*, 1988). D'autres symptômes subséquents tels la dépression et l'anxiété ont également été constatés à la suite d'une tornade ³⁴ (Laube, 1985), alors que Smith et de Chesnay (1994) ont noté une réminiscence des événements traumatisants chez leurs sujets. Andersen *et al.* (1991) ont aussi conclu à un diagnostic d'état de stress post-traumatique chez 6% des intervenants, six mois après un déraillement de train.

La recherche de McFarlane (1988) auprès de 50 pompiers exposés à un incendie majeur a également confirmé un diagnostic définitif ou « borderline » d'état de stress post-traumatique chez près du tiers des sujets après huit mois, et que chez huit d'entre eux, la persistance des symptômes se maintenait trois ans après le désastre. Ersland *et al.* (1989) ont démontré quant à eux que 50% des intervenants, qui évaluaient leur santé mentale comme déficiente en raison de leur travail sur les lieux du désastre, rapportaient un degré d'intrusion assez élevé selon les critères du DSM III pour l'état de stress post-traumatique. Durham *et al.* (1985) ont aussi trouvé qu'au moins 80% des intervenants ³⁵ démontraient un symptôme d'état de stress post-traumatique cinq mois après le désastre et que chez 11% des sujets ayant agi sur les lieux du désastre (explosion d'un immeuble à logements), ceux-ci répondaient à huit ou plus des 21 symptômes de diagnostic d'état de stress post-traumatique et étaient significativement plus affectés que le personnel hospitalier ($p < .02$). Dans une évaluation de l'état de santé psychologique d'intervenants, réalisée à partir des échelles de l'Impact of Event Scale, trois ans après un écrasement d'avion, Marchant *et al.* (1989) ont noté que les pompiers exposés ressentaient des symptômes retardés associés à un état de stress post-traumatique d'élévé à léger qui aggravait leur maladie existante, intervenait dans le développement de nouvelles maladies ou la réapparition d'une maladie préexistante.

³⁴ Il s'agit ici de la tornade Xénia en Ohio.

³⁵ Cinquante-trois pour cent des sujets ont participé aux opérations de secours et donné des premiers soins sur les lieux du désastre. Le personnel hospitalier a quant à lui donné du support social ou émotionnel aux victimes et familles, de même que certains soins médicaux et infirmiers.

Afin d'approfondir les effets psychologiques du travail en [66] situation d'urgence, ceux-ci seront abordés dans les pages suivantes en fonction des dimensions émotionnelles/cognitives, relationnelles, comportementales et des modifications dans la perception de la vie chez les intervenants. Notons également que, bien que celles-ci puissent en certains cas être associées à des symptômes caractéristiques d'état de stress post-traumatique, les auteurs les ont généralement répertoriées sous les catégories susmentionnées.

Les répercussions émotionnelles et cognitives

[Retour à la table des matières](#)

Les réactions ou répercussions émotionnelles et cognitives chez les intervenants en situation de désastre ont été constatées par plusieurs chercheurs et semblent se rencontrer communément (Bradford et John, 1991 ; Hodgkinson et Shepherd, 1994 ; Mikulencak, 1992 ; Miles *et al.*, 1984 ; Raphael, 1991 ; Shepherd et Hodgkinson, 1990).

Lamontagne (1983) souligne quant à elle que certains symptômes cognitifs sont fréquemment rencontrés en situation de désastre et que ceux-ci peuvent affecter certaines facultés mentales ou intellectuelles des individus (tableau 3).

Tableau 3
Symptômes cognitifs affectant
le processus mental ou intellectuel

[Retour à la table des matières](#)

* Les difficultés de la mémoire* Les difficultés de processus mental* Les difficultés à établir des priorités* La diminution de la créativité* Les difficultés d'élocution* Les pensées répétitives* La perte d'objectivité* La diminution de l'attention/concentration

Source : Lamontagne (1983). Des effets *psychologiques des désastres sur le personnel opérationnel*, rapport présenté à Planification d'urgence Canada.

[67]

Lamontagne (1983) suggère également que l'étonnement, l'incrédulité et l'engourdissement émotionnel font partie des réactions psycho-émotionnelles généralement communes chez les intervenants, ces réactions se manifestant au début de l'incident. Par la suite, d'autres émotions, pour la plupart de courte durée, sont aussi susceptibles d'être ressenties, soit la peur, la vulnérabilité, l'impuissance, la tristesse, la dépression, la solitude, l'instabilité émotionnelle, l'irritabilité et les troubles du sommeil.

Selon Miles *et al.* (1984), les difficultés psycho-émotionnelles sont les plus communs problèmes rapportés par les sauveteurs étant intervenus lors d'une rupture de passerelle au Hyatt-Regency à Kansas-City (MO). Duckworth (1991), analysant les répercussions d'un incendie dans un stade de base-ball à Bradford et l'affaissement d'un stade à Hillsborough en Angleterre, a aussi mentionné que l'évitement complet à regarder la télévision et à lire les journaux, tant que des ré-

férences au désastre y étaient faites, étaient des comportement fréquents chez les intervenants. À la suite du passage de l'ouragan Andrew, des infirmières ont fait part de leurs incapacités à se concentrer, de crises de larmes et de fortes difficultés à contrôler leurs émotions trois mois après l'événement (Mikulencak, 1992).

Les répercussions émotionnelles communes sont l'anxiété accrue, la dépression, l'angoisse, la culpabilité, la colère, l'irritabilité et les sentiments d'impuissance et de désespoir (Bradford et John, 1991 ; Shepherd et Hodgkinson, 1990 ³⁶). Les intervenants qui supportent les autres voient leur fardeau émotionnel alourdi par l'exposition aux plaintes des victimes, la confrontation à leur propre vulnérabilité face à la mort et les difficultés relatives aux interactions avec les survivants. Abondant dans ce sens, Raphael *et al.* (1980) ont aussi évoqué le constat de sa propre vulnérabilité comme générateur de difficultés émotionnelles. Ils ont, par exemple, décrit les réactions des aidants [68] comme une confrontation avec la mort et la destruction qui les obligeait à une certaine prise de conscience de leur propre mortalité. Ce ne sont donc pas seulement les personnes endeuillées ou souffrantes qu'ils ont besoin de consoler, mais également eux-mêmes comme étant affectés par la perte éventuelle de leur propre vie.

Nivet *et al.* (1989) abordent la réaction psychique chez les intervenants en situation de désastre selon quatre formes de réactions émotionnelles qui peuvent se manifester sur les lieux mêmes ou à plus long terme. Celles-ci ont été synthétisées dans le tableau 4.

L'étude de Hodgkinson et Shepherd (1994), réalisée auprès de travailleurs sociaux étant intervenus à la suite de deux catastrophes en Angleterre ³⁷, démontrait que des problèmes cognitifs se manifestaient sous forme d'intrusion de pensées déplaisantes chez les sujets, d'où des résultats significativement élevés, en comparaison avec la population générale, à l'échelle de l'obsession-compulsion. Ces auteurs, ainsi que Bradford et John (1991) et Gibbs *et al.* (1993), ont par ailleurs cité dans des revues documentaires antérieures d'autres effets cognitifs

³⁶ L'auteur se réfère à Raphael, B. (1986) ; Berah *et al.* (1984) ; Duckworth (1986) et Taylor et Fraser (1982).

³⁷ Il s'agit de l'explosion d'une plate-forme de forage pétrolier en haute mer et d'un accident ferroviaire survenu en 1988 où respectivement 167 et 35 personnes perdirent la vie et où 62 et 118 furent blessées.

rapportés par certaines études, tels des changements dans la mémoire et l'habileté à se concentrer, la confusion, la présence de cauchemars et de pensées intrusives ainsi que des images récurrentes liées au désastre ³⁸.

À la suite d'un écrasement d'avion ³⁹, Brandt *et al.* (1995) ont rapporté la manifestation du symptôme d'identification ⁴⁰ comme réaction émotionnelle s'étant fortement manifestée chez les intervenants de Ramstein. Des impressions perturbantes ont également plus de probabilité de perdurer chez les intervenants parmi lesquels le symptôme d'identification se manifeste (Williams *et al.*, 1988). Il est également précisé par Brandt *et al.* (1995) que cette réaction devrait être étudiée davantage

³⁸ Shepherd et Hodgkinson (1990) se réfèrent aux études de Berah *et al.* (1984), et Taylor et Frazer (1982).

³⁹ Les auteurs font référence ici à la catastrophe survenue à Ramstein en 1988, en Allemagne, où trois avions militaires se sont entrechoqués lors d'un spectacle aérien pour ensuite s'écraser et exploser. Trente personnes trouvèrent la mort et plus de 500 furent sérieusement blessées.

⁴⁰ Ursano et Fullerton (1990) définissent l'identification aux victimes comme un processus cognitif de l'implication émotionnelle par lequel un individu, dans le cas qui nous préoccupe un intervenant, voit une autre personne étant comme ou similaire à lui-même.

[69]

Tableau 4
émotionnelles immédiates et à long terme chez les intervenants

[Retour à la table des matières](#)

RÉACTIONS ÉMOTIONNELLES	DESCRIPTION ET SYMPTÔMES
Le choc émotionnel initial	<ul style="list-style-type: none"> * Immédiat et bref (quelques secondes ou minutes). * Symptômes ou comportements pouvant y être associés : sidération brève et comportements de réassurance se traduisant par : immobilité, mouvement de recul, désarroi, indécision, oubli des gestes utiles, répétition mécanique de gestes inutiles, regroupement ou lieu de dispersion pour accomplir chacun sa tâche, imitation des gestes des autres et hésitation à l'initiative. * Manifeste chez le personnel non expérimenté surtout et son intensité peut s'accompagner de tachycardie, pâleur, tremblement, bégaiement, nausées et vomissements. * Contrôlable, peu invalidant, peu extériorisé et plus facilement maîtrisé par le personnel endurci. * Maîtrise de l'émotion et adaptation efficace ou choc émotionnel prolongé.
Le choc émotionnel prolongé	<ul style="list-style-type: none"> * Sidération émotionnelle durable. * Peut être compensé par le recours aux automatismes appris. * Symptômes ou comportements émotionnels associés : altération de la lucidité, ralentissement de l'idéation, impression de vie artificielle. * Symptômes à la motricité : lenteur, maladresse des gestes, automatisme sans complémentarité ni communication avec l'entourage. * Compatibilité avec une intervention adéquate. * Attitude de défense contre l'irruption émotionnelle. * Manque d'efficacité en raison de la non-flexibilité ad-

RÉACTIONS ÉMOTIONNELLES	DESCRIPTION ET SYMPTÔMES
	venant un imprévu et de l'aspect solitaire versus un besoin d'intégration lors des opérations de secours.
[70]	
La réaction émotionnelle différée	<ul style="list-style-type: none"> * Manifestation tardive après la cessation des activités d'urgence. * Réponse à l'épuisement physique ou moral. * Symptômes ou comportements : prostration dépressive ou crise d'agitation motrice ou d'agressivité verbale ou gestuelle. * Situation généralement éphémère et sans séquelles. * Libérateur de l'anxiété retenue. * Possibilité d'affecter l'atmosphère ambiante, l'ordonnance des secours et le moral des victimes.
Les névroses traumatiques	<ul style="list-style-type: none"> * Apparition après une période de latence. * Symptômes ou comportements associés : syndrome de répétition avec reviviscence de certaines scènes traumatisantes, réactions de sursaut, détérioration du sommeil, cauchemars, fatigue et inhibition de la personnalité. * Chronicité en l'absence de traitement approprié.

Source : Nivet, P., J.M. Alby et L. Crocq (1989). Les réactions émotionnelles chez les décideurs, les sauveteurs et les soignants, *Soins psychiatrie*, 106/107 : 18-22.

[71]

dans le but d'actions préventives. Dans cet ordre d'idées, le symptôme d'identification avec les victimes peut constituer une dimension très significative de l'événement pour les intervenants et il semble relever de leurs capacités emphatiques. Paradoxalement, l'empathie peut contribuer à une plus grande vulnérabilité et une détresse plus importante (Robinson et Mitchell, 1993).

Raphaël *et al.* (1984), qui ont rencontré 95 intervenants, incluant une minorité offrant du support psychologique, c'est-à-dire cinq travailleurs sociaux et sept membres de l'Armée du Salut, un mois après le déraillement de train de Granville à Sydney en 1977, ont noté que la plus commune expérience stressante était le sentiment d'impuissance. L'angoisse des proches et la souffrance des blessés étaient aussi communément rapportées par les travailleurs sociaux. Seulement 10% se plaignaient de problèmes liés au désastre provoquant un fonctionnement altéré au travail et à la maison. Toutefois, 25% des sujets démontraient des symptômes d'anxiété, de dépression et d'insomnie, et 70% exprimaient une tension évidente.

La réactivation des expériences traumatisantes liées à un incendie (Berah *et al.*, 1984) ainsi que l'irritabilité et l'hyperactivité (Duckworth, 1991) rapportées par les intervenants ont aussi été évoquées comme réactions émotionnelles importantes. Lamontagne (1983) fait également état de tristesse, d'insécurité importante, de perte d'illusion quant à la relative absence de violence dans le contexte social, de peur, de vulnérabilité, d'impuissance/culpabilité, de colère et d'instabilité émotionnelle. Ersland *et al.* (1989) ont identifié chez plus de la moitié de leurs sujets des réactions de stress émotionnel se traduisant sous forme de découragement, d'agitation ou de nervosité, d'incertitude, d'anxiété et d'irritation. Ces réactions émotionnelles constituaient par ailleurs l'élément le plus perturbateur pendant le travail de sauvetage. Mitchell (1998) a regroupé, dans [72] un feuillet informatif à l'intention du public, certains symptômes cognitifs et émotionnels communs chez une personne traumatisée. Ils sont reproduits dans le tableau 5.

Tableau 5
Signes et symptômes cognitifs et émotionnels

[Retour à la table des matières](#)

SIGNES ET SYMPTÔMES COGNITIFS	SIGNES ET SYMPTÔMES ÉMOTIONNELS
<ul style="list-style-type: none"> * Un ralentissement de la pensée * La difficulté à prendre des décisions * La difficulté à résoudre des problèmes * La confusion * La désorientation (endroit/temps) * La difficulté à calculer * La difficulté à se concentrer * Les problèmes de mémoire * La difficulté à nommer des objets communs * La vision répétitive de l'événement * Les rêves de détresse, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> * L'anxiété * La peur * La culpabilité * La douleur * La dépression * La tristesse * Le sentiment de perte * Le sentiment d'abandon * Le sentiment d'isolement * L'inquiétude pour les autres * L'angoisse * Les maux de tête * L'irritabilité * L'impression d'engourdissement * Le désir de limiter ses contacts avec les autres

Raphael et Wilson (1994) ont aussi suggéré que neuf dimensions du désastre correspondaient à des composantes émotionnelles de l'expérience du désastre en elle-même et que ces composantes pouvaient susciter de fortes réactions affectives chez les intervenants qui tentent d'en limiter les effets en utilisant divers moyens de défense spécifiques. L'essentiel des propositions des auteurs est présenté au tableau 6.

[73]

Tableau 6
Dimensions du désastre et composantes émotionnelles associées

[Retour à la table des matières](#)

La force et la destruction	Se rapporte à la nature massive, à la force et la destruction du désastre communautaire qui est à même de créer un sentiment de terreur. Les intervenants, comme les victimes, peuvent être subjugués par l'ampleur de ce qu'ils voient ou perçoivent.
La confrontation à la mort	Les décès inattendus surviennent en l'absence de dignité humaine et d'accomplissement des rites habituels qui leur sont liés culturellement. Ils ajoutent au stress de l'intervenant, même chez les plus expérimentés, et influent positivement sur le développement de réactions post-traumatiques. C'est également, pour l'intervenant, une confrontation à sa propre mort ou à celle de ceux qui lui sont chers, mais aussi une expérience pouvant mener à une réévaluation de ses valeurs personnelles.
Le sentiment d'impuissance	Ce sentiment prédomine chez tous ceux qui s'investissent dans le travail lors d'un désastre. Certains facteurs (nature du désastre, pénurie ou matériel inadéquat, etc.) peuvent amplifier le sentiment d'impuissance en rendant impossible l'application de techniques ou d'interventions pour lesquelles l'intervenant était pourtant préparé. Les intervenants peuvent également croire qu'ils n'ont pas fait tout ce qui était en leur pouvoir pour aider ou sauver quelqu'un ou que leurs actions n'étaient pas appropriées. En raison de distorsions cognitives, les intervenants peuvent également penser que des occasions d'aider étaient plus fréquentes, contrairement à ce que la réalité laisse supposer.
La colère	La colère peut être ressentie face à la perte de son invulnérabilité ou à celle de ses proches. Elle peut aussi être liée à la réalité ou la projection de ce qui aurait pu être fait en termes d'avertissement, de prévention, d'arrêt ou de modération des effets de la catastrophe et dirigée vers diverses personnes touchées à différents niveaux.

La perte	Des pertes significatives (personnelles, communautaires ou symboliques) sont génératrices de peine, même si elles ne sont pas exprimées après le choc initial. Le sentiment de perte peut aussi être ravivé par des pertes personnelles antérieures vécues par l'intervenant ou par l'empathie d'identification avec les victimes.
[74]	
Les attachements (les relations)	Le rapprochement entre les intervenants confrontés à de mêmes menaces, amenés à gérer des tâches fortement déprimantes et à atteindre des objectifs ensemble, découle bien souvent de la chute de barrières sociales pour ceux qui ont réussi, ensemble, à « passer au travers » d'une situation critique particulière. Une relation spéciale peut aussi se développer entre l'intervenant et la victime qui ont été exposés à une situation difficile commune.
L'exaltation	Cette réaction qu'on pourrait croire étrangère au traumatisme ou aux pertes occasionnées par un désastre survient fréquemment et mérite d'être comprise. Elle peut être liée au fait d'avoir survécu là où beaucoup d'autres ont péri et est généralement transitoire et suivie presque immédiatement d'un choc, d'un sentiment de culpabilité, de colère, de gêne ou de peine. L'exaltation peut se prolonger sur une période plus longue si elle est associée à une tâche bien faite, une vie sauvée, etc. et se manifester sous forme de réjouissance et de célébration de la vie. Pour certains, qui peuvent être l'objet de reconnaissance publique spéciale, elle peut se transformer en hypomanie qui peut causer des problèmes dans les relations interpersonnelles ou au travail.
La culpabilité du survivant	Elle est subséquente aux thèmes évoqués précédemment et mène à la dépression, au blâme personnel, au désespoir ou à d'autres comportements non réparateurs et excessifs. Les intervenants apprécient un travail intense et ressentent une certaine euphorie en situation où ils ont à défier la vie et la mort ; pourtant, ils peuvent se sentir coupables d'éprouver ces impressions à la suite d'une intervention dans des situations où la destruction et la mort sont présentes. Cette culpabilité peut aussi être ressentie face au décès de confrères ou encore lorsque leurs décisions, actions ou omissions non intentionnelles ont contribué à l'augmentation du nombre de décès.

Le voyeurisme	Au plan psychique, il peut correspondre à la tentative de maîtriser sa peur de la mort, et c'est une dimension que nous avons de la difficulté à accepter.
----------------------	--

Source : Raphael, B. et J.P. Wilson (1994). When Disaster Strikes : Managing Emotional Reactions in Rescue Workers, J.P. Wilson et J.D. Lindy (Eds), *Countertransference in the Treatment of PTSD*, The Guilford Press, New York, London. pp. 333-350.

[75]

Évoquant la situation des intervenants qui offrent du support psychologique, Casseta (1994) mentionne que ceux-ci peuvent vivre de la culpabilité (liée aux limites de l'aide qu'on peut apporter), des pensées fantaisistes (attentes irréalistes par rapport à l'aide que l'on veut apporter) et une phase héroïque (qui motive à aller au-delà de ses forces) ajoutant du stress à la situation. Les résultats de Werner *et al.* (1992), auprès de bénévoles s'impliquant dans les opérations de secours lors d'accidents routiers, concluent que les facteurs ayant le plus de probabilité d'être associés à un impact émotionnel grave sont le fait de connaître ou de s'identifier aux victimes ou à leur famille, le fait de constater plusieurs décès et le fait de ne pas être suffisamment préparé ou d'être exposé pour la première fois à une situation stressante. Selon Burrell (1996), c'est davantage la nature des interventions que le nombre de celles-ci qui a une répercussion plus importante chez les intervenants (ambulanciers). L'exposition à des décès est d'ailleurs associée à plus de symptômes psychologiques et physiologiques. Dans ce cas, les stratégies d'adaptation basées sur les émotions vont à l'encontre du bien-être des intervenants. Pour leur part, Ursano et McCarroll (1994) ont mentionné que l'exposition à des décès correspond à une expérience traumatisante pour les intervenants.

Les modifications relationnelles et comportementales

[Retour à la table des matières](#)

L'impact de l'intervention lors d'événements catastrophiques ou critiques peut également se manifester au plan interrelationnel et à celui des habitudes comportementales individuelles ou sociales. Selon Shepherd et Hodgkinson (1990), les effets relationnels se concrétisent par des changements rapportés dans les relations intimes, sexuelles, sociales ou professionnelles. Par exemple, l'investissement au travail peut rendre les intervenants irritables et non réceptifs à ceux qui sont proches d'eux ou qui ont davantage besoin d'être assurés de leur affection ou de leur amour. Le sentiment d'incapacité à partager leurs expériences [76] avec leur famille et leurs amis peut provoquer des sentiments d'isolement, alors que l'impact émotionnel du travail peut influencer les attitudes des intervenants sous l'angle de la relative importance des autres activités. Les effets comportementaux incluent aussi l'usage inadéquat de drogues (d'alcool, de cigarettes, caféine, etc.), le retrait social et la perte d'intérêt dans les activités habituelles ⁴¹. L'abus alimentaire, le mutisme ou, inversement, les conversations excessives ont également été associés à un comportement perturbé (Mitchell et Dyregrov, 1993).

Les relations familiales des intervenants peuvent être affectées par les répercussions émotionnelles du désastre (Mitchell, 1983). La surcharge émotionnelle risque éventuellement de mener à une incapacité de répondre aux besoins interactionnels et affectifs des conjoints ou des enfants (Brende, 1998). L'incapacité ou l'impossibilité des intervenants de partager leurs expériences avec leur conjoint peut aussi susciter un besoin de support professionnel chez ce dernier (Raphael, 1991). En effet, les conjoints et autres membres de la famille des intervenants peuvent aussi subir un stress très élevé lié à l'éloignement géographique et psychologique de l'aidant, et certains les considéreront comme étant indirectement « victimes » du désastre (Paton, 1996b ; Paton et Kelso, 1991).

⁴¹ Comme le rapportent les études de Berah *et al.* (1984) et Miles *et al.* (1984).

Par ailleurs, les membres de la famille des intervenants peuvent être considérés comme des victimes tertiaires du désastre, étant affectés indirectement par celui-ci (Mitchell et Everly, 1995). McCarroll *et al.* (1992) ont précisé que les conjointes des intervenants étaient incluses dans la réaction de la communauté au désastre et qu'elles constituaient la principale source de support pour les travailleurs. Les intervenants ont peu de temps à leur accorder lors du désastre et ils sont réticents à partager leur expérience avec elles et à leur parler de ce qu'ils ont vu ou vécu, contribuant par le fait même à diminuer la source de support la plus importante qu'ils possèdent. Il arrive également que les [77] conjointes soient réticentes à écouter le récit de l'expérience vécue et qu'en certains cas, les intervenants ne veuillent pas exposer celles-ci à un stress supplémentaire (McCarroll *et al.*, 1993).

Burstein (1985) évoque par ailleurs qu'une détérioration de la vie familiale peut être notée chez les intervenants qui ne reçoivent pas le support psychologique dont ils ont besoin. Smith et de Chesnay (1994) ont aussi fait mention d'une augmentation des problèmes familiaux chez plusieurs officiers de police soumis à des situations traumatisantes. Robinson et Mitchell (1993), lors d'une évaluation de 31 groupes ayant participé à des sessions de *débriefing*, ont noté que 40% du personnel d'urgence et 51% des intervenants des services sociaux rapportaient que leurs activités lors d'incidents critiques avaient eu un impact sur les membres de leur famille et que des réactions supportantes ou négatives s'en étaient suivies.

Paton et Kelso (1991) ont quant à eux noté que les épouses des intervenants bénévoles engagés dans les opérations de secours après un tremblement de terre survenu en Arménie étaient affectées par le travail de leur mari et ce, à tous les stades d'activités générées par leur engagement ⁴². Les auteurs ont remarqué que les épouses des interve-

⁴² Les auteurs ont suggéré trois phases ou stades de l'engagement dans le désastre : la première concerne la préparation qui commence dès que l'organisme est avisé du désastre et se termine quand le conjoint retourne à la maison ; la deuxième, l'action, débute lorsque l'équipe est au travail sur le site du désastre et sa durée est variable ; elle se termine quand l'équipe interrompt ses fonctions utilitaires et, finalement, la troisième, le retour, commence lorsque l'équipe prend le chemin du retour à la maison ; elle concerne le retour et la réintégration à travers la reprise des activités habituelles. Il est également spéci-

nants vivaient des difficultés à toutes les étapes de l'engagement de ceux-ci et que les enfants pouvaient également être affectés. En plus du stress et de l'anxiété, certaines ont rapporté divers symptômes (difficultés de sommeil, manque d'énergie, nausées, isolement, agressivité, frustration, etc.). D'autres problèmes provenaient également de leur incertitude quant aux manières appropriées d'agir avec leurs conjoints et de discuter des événements. Elles notaient de plus divers changements d'attitudes et symptômes chez ceux-ci, soit de l'irritabilité due à la couverture médiatique, de l'incapacité à se confier à elles, de l'empressement à retourner travailler pour oublier l'événement, des difficultés de sommeil et des cauchemars, [78] ainsi que des pleurs faciles, des sentiments de frustration et un certain détachement.

Inversement, le travail en situation de désastre peut aussi permettre la création de nouvelles amitiés chez les travailleurs (Armstrong *et al.*, 1991) ainsi qu'un rapprochement des membres de la famille ou de la communauté (Alexander, 1990).

Au plan des modifications comportementales, certains chercheurs précisent que celles-ci sont surtout associées à une hausse de la *consommation de drogues* comme l'alcool, la caféine et les médicaments ou de l'usage de cigarettes et à des changements dans les habitudes alimentaires (Berah *et al.*, 1984 ; Bradford et John, 1991). L'abus de substances nocives comme les drogues n'étant pas socialement acceptable, les intervenants peuvent être réticents à le mentionner lors des recherches, aspect auquel les chercheurs doivent être spécialement attentifs (Gibbs *et al.*, 1993).

Les intervenants de Taylor et Frazer (1982) rapportaient des modifications dans leurs discussions (talking) avec les autres (40%) et des changements dans leurs activités sociales (33%). La diminution des activités sociales ou, encore, le retrait ou l'isolement social peuvent correspondre, selon Bradford et John (1991), à une réaction à des pensées intrusives ou à un mécanisme de défense contre celles-ci.

fié par les auteurs que le temps nécessaire pour la réintégration diffère selon les individus, s'échelonnant de quelques jours à plus d'un an.

Les changements dans les attitudes face à la vie

[Retour à la table des matières](#)

Ce ne sont pas que des effets négatifs qui peuvent être enregistrés chez les intervenants à la suite d'un désastre ou lors d'interventions liées à des incidents critiques. Myers (1985) mentionne que des effets positifs pouvant être ressentis sont un sentiment de progrès, de créativité, de croissance personnelle, de survie et d'augmentation de l'énergie et de l'endurance. Selon Shepherd et Hodgkinson (1990), certains intervenants peuvent [79] envisager la vie dans une autre perspective. Certains, confrontés à leur éventuel décès, constatent leur propre invulnérabilité et, conséquemment, voient la vie comme étant plus ténue ou fragile. D'autres trouvent que leur expérience les amène à une réévaluation positive de leur vie qui se transpose en changements dans leurs valeurs, plus spécialement dans leurs valeurs matérialistes (Gibbs *et al.*, 1993 ; Raphael *et al.*, 1984).

Les intervenants ne ressentent donc pas nécessairement une dégradation de leur perception de la vie ou un déferlement d'attitudes négatives face à celle-ci à la suite du travail en situation d'urgence (Alexander et Wells, 1991 ; Berah *et al.*, 1984 ; Durham *et al.*, 1985 ; Hodgkinson et Shepherd, 1994 ; Raphael, 1986, 1991 ; Raphael *et al.*, 1983-1984 ; Smith et de Chesnay, 1994 ; Taylor et Frazer, 1982). D'autres recherches ont aussi conclu que la majorité des sujets considéraient leur expérience de travail comme émotionnellement et professionnellement valable (Alexander et Wells, 1991 ; Berah *et al.*, 1984 ; Weinrich *et al.*, 1990). Raphael *et al.* (1983-1984) et rapportent que l'expérience aidante vécue par les intervenants, après un déroulement de train, contribuait chez plusieurs à augmenter la satisfaction ressentie face à leur propre existence. Lors d'un désastre de même type, Andersen *et al.* (1991) ont souligné que 46% des secouristes de diverses catégories professionnelles mentionnaient que l'intervention avait eu un impact positif sur leur vie.

La majorité des travailleurs sociaux (61%) ayant participé à l'étude Hodgkinson et Shepherd (1994) ont mentionné des changements dans

leurs attitudes face aux événements de la vie. De cette proportion, 34% ont évoqué avoir repositionné leurs valeurs personnelles, tandis que 27% ont rapporté une hausse de leur sentiment d'attachement. D'autres auteurs sont également arrivés à des constats similaires, précisant que 35% des gens ayant donné du support psychologique lors du déraillement d'un [80] train se sentaient plus positifs face à leur propre vie et estimaient que l'expérience avait favorisé l'émergence de nouvelles valeurs ou les avait amenés à apprécier davantage leur famille et le support qu'ils en recevaient (Raphael, 1991 ; Raphael *et al.*, 1984 ; Smith et de Chesnay, 1994). Bradford et John (1991) suggèrent aussi que, pour plusieurs intervenants, c'est toute leur philosophie de vie qui se voit changée après un engagement actif dans un désastre ou lors d'une situation critique. Les individus ont tendance à réévaluer leurs objectifs et leurs ambitions, et à accorder moins d'importance aux biens matériels. Pour certains, le questionnement est d'ordre spirituel. Des professionnels ont ainsi évoqué que le désastre les avait amenés à réaliser que rien n'était vraiment acquis et qu'ils s'étaient engagés, à la suite de leur travail auprès de sinistrés, dans une démarche spirituelle ou s'investissaient davantage au sein de leur Église (Laube-Morgan, 1992 ; Smith et de Chesnay, 1994).

Dyregrov *et al.* (1996) ont aussi mentionné que ce sont davantage les bénévoles, comparativement au personnel professionnel, qui ont fait part de changements dans leur façon de concevoir la vie après un désastre. Deux tiers des bénévoles ont conservé cette opinion plus d'un an après leur intervention, bien qu'elle eût diminué en intensité, comparativement aux données recueillies un mois après l'événement. Les intervenants, dans l'ensemble, ont fait part d'une appréciation plus importante face à leurs proches et de plus d'attention à leur endroit. Ils ont aussi mentionné apprécier davantage la vie et ressentir une crainte respectueuse face à la force que l'on peut retrouver chez les individus en danger ou aux ressources humaines que l'on a généralement tendance à sous-estimer. Près du tiers des secouristes bénévoles étudiés par Werner *et al.* (1992) ont aussi mentionné que leur expérience d'un incident comportant un stress grave leur avait permis de changer leur philosophie de vie et d'être plus conscientisés et opposés à la conduite en état d'ébriété et à la vitesse excessive sur les routes.

[81]

La durée des effets

[Retour à la table des matières](#)

Les opérations de désastre ou de sauvetage peuvent durer plusieurs jours, semaines ou mois et les répercussions émotionnelles peuvent se manifester immédiatement sur la scène même du désastre. Elles apparaissent aussi dans les jours ou les mois qui suivent l'intervention (Mitchell, 1983). Gordon (1996) précise que les réactions à court terme se situent dans les premiers jours ou les premières semaines, tandis que les conséquences à moyen terme s'étendent dans les semaines ou mois qui suivent et que le long terme varie de plusieurs mois à un an ou plus. Pendant une période de réaction individuelle au désastre, laquelle peut durer jusqu'à trois semaines ⁴³, les intervenants sont exposés à vivre différents événements traumatisants (Armstrong *et al.*, 1995). Paton et Smith (1996), se référant à l'American Psychiatric Association (1994), mentionnent que l'on considère *aigu* un syndrome dont la durée des symptômes est inférieure à trois mois, *chronique* s'ils perdurent trois mois ou plus et *d'apparition retardée* si les symptômes se manifestent au moins six mois après l'exposition au stress.

Les diverses formes de symptômes ressentis par les intervenants sont généralement temporaires, et relativement peu d'entre eux en souffrent très longtemps. Il peut toutefois arriver que ces symptômes soient retardés et que leurs effets n'apparaissent qu'après une certaine période de temps (Burstein, 1985). Dans cet ordre d'idées, Bradford et John (1991), abordant les aspects manifestation et durée des effets des catastrophes, précisent les besoins de recherches dans ce domaine, spécifiant qu'il ne faut pas sous-estimer l'effet « dormant » du travail

⁴³ Emrys-Roberts (1987) fait mention, dans un article anecdotique, qu'elle et ses amis ont souffert d'une dépression post-désastre d'une durée d'environ trois semaines. Ceux-ci furent exposés comme victimes primaires et intervenants en soins de santé lors de l'ouragan Uma qui a frappé la république de Vanuatu (Pacifique Sud), faisant 45 morts, sans compter les personnes blessées ou touchées par les épidémies qui s'en suivirent.

d'urgence, laissant supposer que les intervenants s'adaptent au début, mais qu'ils ne sont pas à l'abri d'une résurgence ou de l'émergence de problèmes à plus long terme. Selon Shepherd et Hodgkinson (1990), il y a maintenant un consensus au regard des effets psychologiques à court terme, à travers un débat qui continue au sujet de l'existence d'effets à long terme. Les auteurs énoncent que, bien [82] que plusieurs études suggèrent que les effets, quoique communs, soient habituellement de courte durée, le plus souvent on y retrouve une minorité d'individus qui vivent des effets à long terme. Miles *et al.* (1984) suggèrent que certains intervenants peuvent utiliser le déni et la répression pour continuer à fonctionner au plan professionnel.

Plusieurs résultats obtenus confirment effectivement diverses perturbations à court et long terme chez plusieurs intervenants, de même que la manifestation de certains effets négatifs retardés. Par exemple, un mois après une intervention lors d'un déraillement de train, 20% des secouristes ayant participé à l'étude (95) éprouvaient des problèmes psychologiques spécifiques (Raphael *et al.*, 1983-1984). Selon des données obtenues sept semaines et six mois après un tremblement de terre, des intervenants oeuvrant dans les domaines de la santé physique et mentale démontraient à un degré significatif ($p < .05$) que les symptômes d'intrusion cognitive et affective s'étaient maintenus à un niveau similaire (SM : 12.21-12.47) tandis que les symptômes d'évitement avaient légèrement diminué (SM : 9.94-8.53) (Laube-Morgan, 1992). D'autres données recueillies douze mois après un désastre démontraient un niveau élevé et persistant de stress chez des travailleurs sociaux (Hodgkinson et Shepherd, 1994) alors que de la dépression, de l'anxiété et des problèmes somatiques furent rapportés deux ans plus tard chez des individus ayant porté assistance à des victimes d'une tornade (Laube 1985).

Pour leur part, Sansone et Roman (1996) ont noté une diminution des symptômes psychologiques un mois après l'intervention chez des bénévoles (internes en psychiatrie). Musekari *et al.* (1990) ont quant à eux fait mention de sentiments d'impuissance, de colère et d'irritabilité ainsi que de confusion chez deux différentes équipes de travailleurs en santé mentale huit semaines et six mois après l'ouragan Hugo. Les sujets de Kenardy *et al.* (1996) démontraient également une diminution

des symptômes [83] perturbants mesurés avec le GHQ-12 ⁴⁴ et le IES ⁴⁵ (27, 50, 86 et 114 semaines).

Une atténuation graduelle fut aussi remarquée chez l'ensemble des sujets d'Andersen *et al.* (1991) mais, par contre, chez ceux qui avaient développé une psychopathologie selon le GHQ (18%) ou à l'IES (10%), on notait une augmentation significative des symptômes à sept mois, comparativement à trois mois au GHQ et à l'échelle de l'intrusion à l'IES. Le score total à l'IES et celui de l'évitement étaient aussi plus élevés mais non significatifs. De plus, 30% de l'ensemble des répondants ont souligné avoir éprouvé des symptômes physiques ou psychologiques à quelques moments après les opérations de secours, et 10% rapportaient que des symptômes perduraient encore sept mois après le désastre.

Ersland *et al.* (1989) ont trouvé que 24% des secouristes, neuf mois après le naufrage d'une plate-forme pétrolière, percevaient leur santé mentale comme déficiente en raison de leur intervention. Une forte relation positive entre cette évaluation subjective et un degré élevé de détresse à l'IES fut également notée. Des relevés d'évaluation du stress chez des pompiers ont également résulté en de graves symptômes ressentis même trois ans après le désastre. Dans une démarche longitudinale, McFarlane (1988a) a trouvé que, parmi un groupe de pompiers volontaires (469), 32% étaient associés à un diagnostic d'état de stress post-traumatique après quatre mois, 27% à onze mois et que, 29 mois après l'incendie, 30% se voyaient attribuer un tel diagnostic. L'auteur a également rapporté que, chez un groupe à risque élevé interviewé huit mois après le désastre, les données révélaient que, chez quinze sujets démontrant un état de stress post-traumatique définitif ou « borderline », huit d'entre eux demeuraient symptomatiques trois ans après l'incendie (McFarlane, 1988b).

[84]

La nature cyclique de la détresse a aussi été constatée lors d'un suivi réalisé vingt mois après un désastre par Taylor et Frazer (1982), alors que 23% de leur échantillon obtenaient un score élevé de stress (mesuré avec le HSCL), dont certains n'avaient pas été évalués com-

⁴⁴ General Health Questionnaire (12 items).

⁴⁵ Impact of Event Scale.

me tels après une première mesure réalisée trois mois après l'incident traumatisant. Similairement, l'étude de Bartone *et al.* (1989) a démontré une expression retardée d'effets-maladie, le suivi au bout de douze mois démontrant que les intervenants peuvent par conséquent souffrir des conséquences physiques ou psychologiques négatives avec des effets qui sont amplifiés ou qui émergent seulement avec le temps. Selon les auteurs, les officiers d'assistance aux familles (FAOs) étaient à risque élevé pour la présence de maladies, de symptômes psychiatriques et pour l'atteinte d'un bien-être psychologique négatif jusqu'à un an après le début des activités de support. Ils éprouvaient également des sentiments de tristesse et d'impuissance. Des symptômes tels les maux de tête, la tension, la fatigue, la dépression et des problèmes de sommeil étaient communément rapportés. Ces malaises étant doublement plus sérieux douze mois après l'intervention, comparativement à six mois après celle-ci. Les réactions ont pu aussi être intensifiées par l'anniversaire de l'événement ⁴⁶. L'étude de Green *et al.* (1985) abonde également dans le même sens. Ainsi, les sauveteurs qui sont intervenus lors d'un grave incendie ⁴⁷, selon les mesures utilisées au moment de la première enquête, ne démontraient aucune psychopathologie dans la première année ; toutefois, dans la seconde année, on constatait une augmentation de l'abus de substances nocives et davantage de comportements conflictuels chez ceux-ci, comparativement aux victimes et aux endeuillés.

Chez un groupe d'infirmières en milieu hospitalier, à la suite de l'ouragan Hugo, Waters *et al.* (1992) ont trouvé que même si les symptômes de détresse psychologique avaient diminué après quatre mois et un an après le désastre, comparativement à la première évaluation à un mois, une réémergence de ceux-ci était [85] constatée au premier anniversaire de l'événement, en regard de l'évitement, de l'intrusion et de l'impact mesurés à l'IES.

Malgré la manifestation de divers symptômes ou leur apparition après une certaine période de latence, le rétablissement graduel a été

⁴⁶ Comme le suggèrent Raphael (1983) et Frederick (1981), l'anniversaire d'un désastre ou d'un événement traumatisant peut susciter une réactivation des symptômes.

⁴⁷ On se rappelle ici l'incendie accidentel du Beverly Hills Super Club où plusieurs personnes avaient trouvé la mort.

aussi été évoqué. McCarroll *et al.* (1992) mentionnent un retour à la normale après six semaines, qui se constatait par une capacité des travailleurs à discuter des événements liés au désastre avec moins d'affects négatifs et avec la possibilité de reconsidérer les actions de ces journées d'une manière non émotionnelle mais non détachée. Douze mois après l'intervention, le retour à la normale semblait encore plus évident ; certains voyaient leur vie comme « normale », mais continuaient de voir l'événement comme un film où ironisaient certains faits. Lors des évaluations réalisées deux semaines et quatre mois après une avalanche, Johnsen *et al.* (1997) ont aussi noté une diminution des symptômes de stress ressentis par des militaires. Chez les groupes d'intervenants bénévoles et professionnels étudiés par Dyregrov *et al.* (1996), 54% et 90% ont respectivement mentionné qu'un délai d'une semaine leur avait été nécessaire pour se remettre des suites des opérations de secours. Toutefois, les résultats obtenus à l'IES ont démontré, après un mois, que les bénévoles expérimentaient davantage de pensées intrusives et d'évitement que les professionnels. Après treize mois, seulement l'évitement était significativement plus élevé chez les non-professionnels. Un mois après l'événement, il fut noté que 25% des bénévoles vivaient une détresse profonde selon les résultats obtenus à l'échelle de l'intrusion, comparativement à une proportion de 13% chez les professionnels. Pour l'ensemble, on a également remarqué qu'à treize mois, la grande majorité des intervenants rapportait une détresse considérée comme faible selon les résultats aux échelles d'intrusion et d'évitement. Les résultats au GHQ reflétaient également que l'impact négatif à long terme était faible chez les deux groupes.

[86]

Résumons

[Retour à la table des matières](#)

Les intervenants risquent d'être affectés par le contexte du désastre et les circonstances dans lesquels ils doivent assumer leurs tâches et responsabilités. Différents symptômes, réactions ou sentiment sont éprouvés, à des degrés divers, par les personnes engagées dans les opérations de secours, d'urgence ou de support générées par un désas-

tre et sont considérés comme « normales ». Toutefois, des réactions « anormales » sont constatées chez certains individus. Ce sont des symptômes similaires à ceux associés au burnout qui semblent davantage rapportés par les intervenants à la suite du travail en situation de désastre.

Les réactions ou symptômes psychologiques constatés chez les intervenants sont généralement de courte durée mais, chez certains, ils peuvent se manifester plus longuement, faire leur apparition plus tardivement ou se transformer en problèmes chroniques. Certains agents de stress s'avèrent par contre positifs en augmentant l'efficacité ou la résistance de l'intervenant, ou en s'intégrant en termes de gain au plan personnel ou professionnel à travers l'expérience de l'intervention. On note également que les intervenants ont tendance à ignorer ou à nier les symptômes ressentis et à refuser de rechercher de l'aide appropriée, et que c'est chez les individus ne bénéficiant pas du support social nécessaire que l'on constate davantage de problèmes de santé physique.

Le tableau 7 illustre les problèmes de santé physique ou les symptômes physiologiques le plus souvent mentionnés par les intervenants.

[87]

Tableau 7
Symptômes et réactions physiques ou physiologiques
le plus souvent mentionnés

[Retour à la table des matières](#)

- * Les rhumes et les grippes communes
- * Les problèmes de sommeil (insomnie, cauchemars, éveil, modifications dans les habitudes de sommeil)
- * Les problèmes d'alimentation (modification dans les habitudes alimentaires, perte d'appétit)
- * Les problèmes gastro-intestinaux (maux d'estomac, vomissements, diarrhées)
- * Les problèmes cutanés et les allergies
- * Les douleurs musculaires et les problèmes musculo-squelettiques
- * La fatigue généralisée et l'épuisement
- * La baisse d'énergie et la perte d'intérêt
- * L'augmentation, l'apparition ou la réapparition de divers malaises ou maladies
- * La tension et l'hypertension
- * L'accroissement des accidents et des blessures
- * Les perturbations endocriniennes et le diabète
- * Les problèmes neurologiques
- * L'agitation, l'irritabilité, la nervosité et les difficultés de concentration
- * Les difficultés respiratoires
- * Les migraines et les étourdissements
- * L'altération du comportement sexuel

Des réactions émotionnelles, psychologiques ou psychiatriques se manifestent fréquemment lors de la phase immédiate d'urgence ou dans la phase post-désastre ou post-intervention. Ce sont toutefois une minorité d'intervenants qui développeront une symptomatologie importante et celle-ci est généralement de courte durée. Les répercussions psychologiques négatives sont généralement évaluées sous forme de symptômes post-traumatiques ou d'état de stress post-traumatique. On remarque un certain manque d'uniformité dans les regroupements de symptômes ou dans leur catégorisation.

[88]

Plusieurs symptômes ou réactions émotionnelles et cognitives sont rapportés dans les écrits scientifiques. Le tableau 8 présente ceux qui sont le plus souvent mentionnés.

Les répercussions relationnelles et comportementales chez les intervenants se transposent dans trois domaines, soit aux plans de la vie intime ou personnelle (relations familiales et relations de couple), de la vie sociale (relations amicales et relations avec la communauté) et de la vie professionnelle (performance, relations au travail, etc.). Les principales répercussions ou modifications notées se présentent sous forme :

- * d'irritabilité envers le conjoint ou les membres de la famille ;
- * d'incapacité ou de réticence à partager ses émotions et ses sentiments ou l'expérience du désastre avec les personnes significatives ;
- * la fermeture ou la non-réceptivité aux besoins affectifs et interrelationnels ;
- * la diminution du temps consacré à la famille ;
- * la détérioration de la vie familiale ou l'émergence de problèmes familiaux ;
- * les difficultés à partager l'expérience du désastre ou de l'intervention avec les amis ;
- * la diminution ou la perte d'intérêt pour les activités sociales ;
- * le retrait et l'isolement social ;
- * le retranchement dans le travail ;
- * le détachement émotif ;
- * les abus ou les usages inappropriés de substances nocives ou de drogues ;
- * les débordements de paroles ou, inversement, le mutisme ;
- * le repli sur soi.

[89]

Tableau 8
Réactions émotionnelles et cognitives le plus souvent mentionnées

[Retour à la table des matières](#)

- * Les problèmes de mémoire, de concentration et de jugement
- * La difficulté d'établir des priorités personnelles ou professionnelles
- * La perte de créativité
- * Les problèmes d'élocution
- * Les pensées récurrentes et la réactivation du traumatisme
- * Les réactions de courte durée comme l'étonnement, l'incrédulité, la sidération, la confusion ou l'engourdissement émotionnel
- * Les crises de larmes et la difficulté à contrôler ses émotions
- * La détresse et la dépression
- * L'évitement des sources médiatiques ou d'information
- * Les sentiments de tristesse, de désarroi, de découragement, d'impuissance ou de désespoir
- * L'insécurité et la solitude
- * L'anxiété et l'irritabilité
- * La peur et la colère
- * L'agitation, la nervosité et l'incertitude
- * Le symptôme d'identification aux victimes
- * L'intrusion
- * Le sentiment de vulnérabilité et de culpabilité
- * Les problèmes de sommeil

Les conjoints et les membres de la famille peuvent aussi être affectés négativement par les activités de l'intervenant engagé dans les opérations liées à un désastre et être identifiés comme victimes tertiaires de ce dernier. La documentation consultée fait également mention de modifications ou de répercussions positives, comme par exemple la création de nouveaux liens amicaux et le rapprochement avec la famille ou la communauté.

D'autres répercussions positives ressortent des résultats obtenus [90] par les chercheurs auprès des intervenants et sont associés à des changements appréciés au plan de certaines attitudes face à la vie. Ainsi, l'expérience de l'intervention en situation de désastre permet d'attribuer de nouvelles valeurs au quotidien, d'en apprécier davantage certains aspects et de ressentir une plus forte satisfaction face à sa propre existence. Pour plusieurs, il s'agit donc d'une remise en question individuelle qui s'opère et qui est généralement perçue en termes de gain.

[91]

Sinistres et intervenants. Essai.

Chapitre 4

Les effets sur la santé et la performance au travail

[Retour à la table des matières](#)

Les études portant sur le stress au travail, plus spécifiquement chez les travailleurs de la santé, ont généralement décrit les effets du stress en relation avec la performance au travail, la chute de la productivité, l'absentéisme, l'incapacité à performer efficacement et le roulement de personnel. Toutefois, d'autres répercussions peuvent aussi être sous-jacentes à la présence de stress. Un sentiment d'insatisfaction face au travail peut, par exemple, se manifester au plan psychophysiologique sous forme d'insomnie, d'essoufflement, de problèmes gastriques ou de maux de tête. Dans une perspective plus globale, la détresse psychologique, les modifications comportementales et relationnelles peuvent également s'avérer le produit du stress occupationnel (Cecentano et Johnson, 1987).

La stabilité et la persistance à l'emploi semblent avoir été peu investiguées chez les intervenants ou le personnel d'urgence ayant participé à des opérations de secours ou de support. Peu d'études abordent

cet aspect. De même, le stress au travail, chez le personnel d'urgence engagé directement ou indirectement dans les opérations, semble à l'heure actuelle avoir fait l'objet de peu de recherches ou avoir été ignoré comme variable importante à considérer dans les mesures de réhabilitation du personnel (Grevin, 1996 ; Jenkins, 1997 ; Raphael, 1995).

Revicki et Gershon (1996) ont toutefois conclu, après une [92] étude longitudinale réalisée chez des techniciens en urgence médicale, que ceux-ci vivaient de la détresse psychologique originant du stress au travail. Les auteurs ont aussi suggéré qu'un faible support perçu des confrères de travail et une supervision de style autoritaire influent positivement sur le degré de dépression. Les scores obtenus au WRSI (*Work-related Strain Inventory*) étaient les plus forts prédicteurs de détresse psychologique et les changements dans les résultats du stress lié au travail correspondaient significativement aux changements observés au plan de la détresse psychologique dans une période se prolongeant au-delà de six mois. On a également noté qu'un haut degré de stress au temps initial produisait une détresse psychologique accrue après six mois. Jenkins (1997) a aussi observé, lors d'une étude réalisée deux mois et demi après l'ouragan Andrew, que les membres du personnel répartiteur (policiers et pompiers) éprouvaient des symptômes de stress traumatique (intrusion et évitement) comparables à ceux ressentis par des sauveteurs et autres intervenants d'urgence engagés lors d'une catastrophe aérienne majeure ⁴⁸ et de victimes ayant été relocalisées lors d'une inondation ⁴⁹.

Les effets du stress engendré par l'intervention en situation de désastre semblent correspondre pour certains à l'abandon ou au retrait de ce domaine professionnel particulier. L'incapacité à s'adapter au stress vécu peut engendrer une retraite hâtive (Smith et de Chesnay, 1994). Lamontagne (1983) ⁵⁰ a noté qu'un mois après une explosion meurtrière à Buffalo (NY) ⁵¹, la moitié des ambulanciers dépêchés sur les lieux ont quitté définitivement leur emploi et qu'un an après un écra-

⁴⁸ Voir à cet effet Gibbs et al. (1996).

⁴⁹ Voir à cet effet Steinglass et Gerrity (1990).

⁵⁰ L'auteure n'a toutefois pas précisé les sources de ses références.

⁵¹ Cinq pompiers dépêchés sur les lieux de l'incident y avaient trouvé la mort.

sement d'avion ⁵², le service ambulancier local a enregistré la démission de 25% de son personnel, comparativement à un taux annuel de roulement de personnel de 8%. Un haut roulement de personnel (70%) a aussi été constaté par Razen (1974) chez des infirmières de départements de soins d'urgence, comparativement à un taux de 28% chez le personnel d'autres unités d'un même établissement.

[93]

Certaines recherches ont toutefois noté l'absence de réticences de la majorité du personnel à participer à d'éventuelles opérations de secours, même lorsque celles auxquelles il venait de s'impliquer semblaient avoir été fort éprouvantes (Alexander et Wells, 1991 ; Sansone et Roman, 1996). Dans cette perspective, Sthulmiller (1994) a noté que les défis physiques et psychologiques, les montées d'adrénaline, le tissage de relations étroites, les conditions de travail, les congés, la bonne rémunération et l'aide qu'ils avaient apportée à la communauté faisaient que les pompiers demeuraient engagés dans leur travail après leur intervention lors d'un tremblement de terre. Ayant intégré un groupe contrôle à leur étude, Alexander et Wells (1991) n'ont pas remarqué de différence entre celui-ci et les policiers ⁵³ au plan du nombre de jours de congés de maladie utilisés dans la période subséquente au désastre. Inversement, les difficultés organisationnelles et le manque de compétences des gestionnaires ainsi que le faible support reçu de l'organisation semblaient un frein à s'impliquer à nouveau lors d'une catastrophe chez les travailleurs sociaux (Newburn, 1993). Ceux-ci, dans une proportion de 40%, ont mentionné ne pas être intéressés à vivre une autre expérience de ce type si un éventuel désastre se produisait.

Allison *et al.* (1987) ont étudié les différences dans les facteurs de satisfaction et de stress au travail chez des techniciens d'urgence médicale rémunérés et bénévoles. La possibilité d'aider les autres était une source commune de satisfaction chez les deux groupes. La culpabilité face à un manque de compréhension du patient, les attentes non réalistes du travail et le manque de collaboration entre confrères de

⁵² Lamontagne évoque ici l'écrasement du vol 759 survenu à l'aéroport de Kenner en Louisiane.

⁵³ Il s'agit de policiers directement engagés dans les suites de l'explosion d'une plate-forme pétrolière ayant causé plusieurs décès.

travail étaient des sources de stress partagées par les deux groupes d'intervenants. Le personnel rémunéré était significativement plus enclin à mentionner une interférence du travail dans la vie familiale.

Un consensus semble émerger chez les chercheurs et auteurs [94] se préoccupant des effets du travail en situation de désastre sur la santé et le bien-être des intervenants. En effet, qu'il s'agisse d'effets négatifs ou positifs, la performance objective ou subjective au travail risque d'être modifiée par l'intervention dans un contexte fortement stressant. Dans une dynamique de réciprocité, la performance réelle ou perçue peut constituer un élément qui influence la santé des intervenants. Il faut également prendre en considération que, pour certains intervenants, leur participation à des opérations de secours peut être ponctuelle, sinon exceptionnelle, alors que pour d'autres professionnels (policiers, pompiers, etc.), elle s'avère beaucoup plus fréquente ou régulière. Pour ces derniers, la performance au travail peut donc être considérée en fonction du travail effectué sur les lieux du sinistre ou de celui réalisé dans le cadre des fonctions régulières.

Selon Hartsough (1985), l'absentéisme ou le manque d'investissement au travail peuvent être des symptômes de *burnout* auxquels peuvent être sujets les individus s'étant engagés activement dans une situation critique. Les après-chocs émotionnels, de même que les images récurrentes rappelant le désastre peuvent envahir la pensée de l'individu affecté et rendre difficiles la concentration et la réalisation des tâches habituelles (Duckworth, 1991 ; Mitchell, 1983 ; Paton, 1996). Smith et de Chesnay (1994) ont évoqué la diminution de la performance au travail chez des officiers de police ayant été exposés à des événements critiques impliquant des confrères de travail ou des victimes innocentes. À la suite de leur intervention lors d'un tremblement de terre majeur, certains professionnels de la santé disaient prendre moins à cœur l'absence de patients aux rendez-vous en raison de la fatigue accumulée. Ils admettaient aussi une baisse de productivité et d'empressement au travail (Laube-Morgan, 1992). Une attitude cynique au travail fut également rapportée chez des intervenants qui étaient régulièrement confrontés à des incidents critiques (Lamontagne, 1983).

La performance peut aussi être affectée sur les lieux même du désastre par la gravité des événements. Ainsi, Ersland *et al.* (1989) ont mentionné que l'habileté à planifier avant l'action fut la faculté mentale la plus perturbée sur les lieux du désastre, alors que 48% des non-professionnels ont eu ce problème, comparativement à 30% des professionnels. Les auteurs ont également noté qu'entre 47% et 65% des secouristes vivaient diverses réactions de stress pendant les opérations et qu'un peu moins de 20% ont mentionné que cela avait réduit leur capacité fonctionnelle. Dyregrov *et al.* (1996) ont également observé que des malaises ou dérangements psychophysiologiques étaient associés à un fonctionnement altéré au travail à court terme chez 37% des bénévoles et professionnels ayant porté assistance aux victimes d'un accident routier impliquant les passagers d'un autobus. L'absence d'intervention professionnelle auprès d'intervenants contribue également au déclin de la performance au travail (Burstein, 1985).

Dans une relation inverse, une performance inadéquate ou insatisfaisante, réelle ou perçue, risque d'affecter la symptomatologie post-désastre. Dans cette optique, Raphael (1991) mentionne qu'une insatisfaction chez l'intervenant, au regard de sa performance individuelle, peut générer un conflit intérieur qui se transposera en symptômes de détresse conduisant à une perte d'intérêt au travail. Par exemple, le sentiment de n'avoir pas pu faire autant qu'on aurait voulu pour les victimes est un agent stresser de premier plan. La performance au travail peut également être affectée par une formation inadéquate ou déficiente (Dingman, 1995 ; Dyregrov *et al.*, 1996).

La performance au travail correspond aussi à une hausse de satisfaction personnelle et individuelle. Comme le rapportent Hodgkinson et Shepherd (1994), dans une proportion de 85%, les travailleurs sociaux ont fait mention de gains aux plans personnel et professionnel à la suite d'une expérience de support [96] auprès de victimes et de leurs familles. Perry *et al.* (1996) ont aussi trouvé que, devant le sérieux de la situation, les intervenants appréciaient démontrer et confronter leur habileté d'intervention dans des conditions climatiques hivernales difficiles. Les attentes réalistes face à son travail auprès des victimes et le sentiment d'avoir été productif peuvent avoir un effet sur l'adaptation des intervenants (Armstrong *et al.*, 1995). L'organisme peut jouer un rôle important sous cet aspect. À cet effet, Violanti et Aron (1993) ont noté que ce sont davantage les stresser organisationnels (ex.

manque de reconnaissance, faible participation aux décisions, etc.) que les facteurs inhérents au travail en lui-même (gestion de crise, attaques physiques, mort ou blessures de confrères, etc.) qui augmentaient significativement la détresse chez les policiers. Les auteurs suggèrent que si les gestionnaires ont peu d'influence sur les facteurs de stress inhérents au travail, les pratiques et politiques organisationnelles qui tendent à augmenter la satisfaction au travail peuvent parallèlement diminuer la détresse. Ce point de vue semble également partagé par Newburn (1993) qui a noté que les difficultés psychologiques et émotionnelles des travailleurs sociaux furent amplifiées par les difficultés organisationnelles, notamment, une gestion inadéquate des travailleurs et un manque de support et de compréhension de la part des gestionnaires. Hartsough (1985) identifie comme principales sources de stress celles qui relèvent du travail lui-même, soit les longues heures de travail, la formation insuffisante et les stressors organisationnels que constituent la faible rémunération et les conflits entre les organisations.

Résumons

[Retour à la table des matières](#)

Le stress généré par le travail en situation de désastre ou d'urgence majeure risque de se répercuter sur la santé, la performance et la stabilité au travail des intervenants en provoquant divers symptômes de détresse psychologique chez ceux-ci. Les chercheurs ont identifié certains facteurs organisationnels qui peuvent contribuer à amplifier le risque de morbidité psychologique [97] et, inversement, des facteurs qui semblent l'atténuer. Le tableau 9 fait état des principaux facteurs regroupés en deux catégories : facteurs organisationnels contraignants ou facilitants.

Lorsque les effets du stress vécu au travail par les intervenants ne peuvent être intégrés adéquatement, ceux-ci se transposent en des comportements, des réactions ou des attitudes qui affectent la vie professionnelle et personnelle des individus. Parmi ceux le plus souvent mentionnés, notons :

- * l'évitement ou la réticence à s'engager lors de désastres ou de situations d'urgence ;
- * l'absentéisme ;
- * la retraite prématurée ;
- * la réorientation professionnelle ;
- * l'atténuation de l'investissement au travail ;
- * les attitudes inadéquates envers les victimes ou les sinistres ;
- * les difficultés à agir ou à planifier pendant l'intervention ;
- * les baisses d'intérêt et de concentration au travail ;
- * l'accomplissement inadéquat des tâches et des responsabilités.

L'absence d'intervention adéquate auprès des intervenants vivant des difficultés psychologiques actuelles ou non résolues entraîne également une diminution de la performance générale au travail. On note aussi que ce sont davantage les facteurs organisationnels que les éléments du désastre lui-même qui semblent affecter la santé au travail des intervenants. Les organismes qui font la promotion et qui mettent en place des stratégies visant à augmenter la satisfaction au travail contribuent à diminuer le risque d'effets psychologiques négatifs chez leurs membres à la suite de l'intervention en situation de désastre ou d'urgence. Toutefois, la valeur personnelle et professionnelle des intervenants peut aussi être accrue par les difficultés et le stress rencontrés et gérés adéquatement.

[98]

Tableau 9
Facteurs organisationnels contraignants et facilitateurs

[Retour à la table des matières](#)

FACTEURS ORGANISATIONNELS CONTRAIGNANTS	FACTEURS ORGANISATIONNELS FACILITANTS
<ul style="list-style-type: none"> * La perception d'un faible soutien des confrères de travail * La supervision de style autoritaire * Le manque de compétences des gestionnaires * Le faible support de l'organisation * Le sentiment de culpabilité de n'avoir pu faire davantage * Les attentes trop élevées face à sa propre performance * Le manque de collaboration au sein de l'équipe de travail * L'interférence du travail avec la vie familiale * Le manque ou le peu de reconnaissance * La faible participation aux processus décisionnels 	<ul style="list-style-type: none"> * L'établissement de relations étroites avec les confrères de travail * Les conditions de travail adéquates * Les congés * La rémunération adéquate * Le sentiment de valorisation retiré du travail et de l'aide apportée à la communauté ou aux individus * La possession d'habiletés nécessaires à l'intervention * Le sentiment de performance

[99]

Sinistres et intervenants. Essai.

Chapitre 5

Les réactions, les facteurs de stress et les sentiments éprouvés par les intervenants

[Retour à la table des matières](#)

Les intervenants, professionnels ou bénévoles, qui sont réquisitionnés ou qui s'offrent pour secourir ou porter assistance à une population aux prises avec diverses difficultés et besoins, tant physiques que psychologiques, liés aux conséquences immédiates d'un désastre ou aux risques qu'il leur fait encourir, sont exposés à diverses réactions, facteurs de stress et sentiments. Ceux-ci proviennent de sources diversifiées et peuvent se manifester dès l'appel de l'organisme à leurs services, lors de l'exposition directe aux événements, ou encore émerger après l'intervention en situation d'urgence. Raphael (1986) suggère trois sources de stress extrême : la proximité de la rencontre de la mort, rappelant aux intervenants leur propre vulnérabilité ; le partage de l'angoisse des victimes et la proche identification emphatique qui en résulte ; et les difficultés liées au rôle de l'intervenant (ambiguïté/conflit). Chez deux groupes de pompiers, Fullerton *et al.* (1992) ont

d'ailleurs noté quatre réactions caractéristiques liées à leur engagement dans des situations catastrophiques : l'identification avec les victimes, les sentiments d'impuissance et d'incrédulité, la peur de l'inconnu et les réactions psychophysiologiques.

Pour les intervenants en santé mentale, Talbot *et al.* (1992) évoquent que ceux-ci sont confrontés à des difficultés particulières relevant du travail lui-même. L'absence de contrôle sur plusieurs aspects de la situation ⁵⁴, l'ambiguïté du rôle des intervenants ⁵⁵,

100 SINISTRES ET INTERVENANTS

le transfert ⁵⁶ et l'impact sur l'organisation qui intervient ⁵⁷ sont des éléments qui sont susceptibles de causer un stress d'où découle une série d'effets.

Les intervenants qui offrent du support psychologique lors de désastres collectifs sont susceptibles d'être affectés de diverses façons. Selon Newburn (1993), l'impact du travail peut être catégorisé sous trois aspects : la nature du travail, l'impact sur les émotions et les comportements, et les pressions et stress de nature organisationnelle.

⁵⁴ Dans quel type d'environnement l'intervenant se retrouvera-t-il ? Qui sera présent sur les lieux ? Disposera-t-il suffisamment de temps pour la préparation des interventions et pour les effectuer ? Y aura-t-il un espace dont il pourra disposer ? Quelles seront ses réactions dans un environnement non familier ? Sera-t-il exposé à de fortes demandes ? Etc.

⁵⁵ D'une personne qui est à la disposition pour assurer de l'aide, il devient une personne qui peut avoir à proposer directement de l'aide. Cette situation pourra-t-elle sembler intrusive pour les victimes ? Ce sont peut-être davantage de l'empathie et de l'écoute plutôt qu'une approche ou une intervention structurée qui seront nécessitées par les victimes traumatisées ?

⁵⁶ La réaction de l'intervenant risque de se rapporter à ses expériences personnelles passées et irrésolues, d'où une interprétation et une réponse erronées face aux difficultés de la victime.

⁵⁷ Les attentes de l'organisation face aux intervenants sont souvent élevées et peu définies. Elles peuvent également aller à l'encontre des attentes des victimes elles-mêmes, aussi bien qu'à l'encontre de celles des intervenants.

Les résultats obtenus auprès des travailleurs sociaux d'Hillsborough ⁵⁸ révélaient que les deux tiers des travailleurs sociaux se sentaient plus vulnérables que d'habitude à la suite de leur intervention auprès des victimes, et environ la moitié ont rapporté une augmentation de leur consommation d'alcool.

Dans une perspective semblable, Bartone *et al.* (1989) ont examiné les effets du désastre de Gander (écrasement d'un avion militaire en 1985) sur les officiers qui ont offert du support familial aux endeuillés. Selon l'utilisation de mesures d'exposition, de santé (physique et psychologique), de caractéristiques de la personnalité endurcie et de support social qui furent prises six et douze mois suivant le désastre, cinq situations ont créé un stress important chez les sujets. La détresse des endeuillés, la période initiale de confusion associée à un manque d'information et à une communication déficiente, le délai nécessaire à l'identification des corps (qui produisait un sentiment d'impuissance) ainsi que les difficultés résultant de l'identification des décédés et d'une forte association aux familles de victimes constituaient des dimensions du travail qui génèrent un stress majeur.

Des facteurs de stress sont aussi associés aux conditions dans lesquelles s'effectue le travail des aidants. Ainsi, le fait de travailler loin de chez soi, dans un lieu qui peut sembler hostile, et de demeurer dans des endroits non familiers sont, pour certains, [101] être générateurs de stress (Armstrong *et al.*, 1991). Selon Laube (1973), les efforts physiques exigeants et excessifs ainsi que la prolongation des heures de travail sont des stressseurs majeurs. Le fait de se préoccuper de sa propre sécurité, de celle des membres de sa famille et de ses patients ainsi que l'absence de matériel adéquat sont aussi des situations provoquant du stress chez les intervenants ⁵⁹ (Laube, 1973). Même si les longues heures de travail sont difficiles à supporter pour certains, Dunning (1990) suggère qu'il est préférable que les intervenants demeurent le plus longtemps possible sur le site ou au cœur des opérations, même si cela va à l'encontre de la prévention de la fatigue. L'auteure évoque que l'éloignement physique du site du désastre, en

⁵⁸ L'effondrement des terrasses du stade de Hillsborough en 1989 tua 95 spectateurs et en blessa plus de 400.

⁵⁹ L'étude qui conclut à ces résultats fut réalisée auprès d'infirmières ayant porté secours aux sinistrés lors d'un ouragan dévastateur.

raison de la rotation des quarts de travail ou d'un travail à l'extérieur du site, peut être vécue en termes d'isolement et de détachement, et risque de causer une importante frustration. Il semble également que le nombre d'heures effectuées ainsi que le manque de sommeil interviennent peu dans la manifestation de symptômes psychologiques (Quevillon *et al.*, 1991).

Certaines causes de stress et de frustration relèvent également de prérogatives organisationnelles, soit une tâche trop lourde à accomplir, des responsabilités trop importantes ou mal définies (Dingman, 1995), des attentes trop élevées des superviseurs qui veulent que l'intervenant continue de maintenir son rythme lors de la reprise de ses activités habituelles (Bradford et John, 1991). Le constat de désorganisation régnant parmi l'administration et l'obligation d'avoir à composer avec des cotravailleurs difficiles (Armstrong *et al.*, 1995) sont également à l'origine d'un stress important pour les intervenants. Un immense sentiment de découragement peut aussi constituer une réaction commune et ce, tant chez les professionnels que les non-professionnels (Ersland *et al.*, 1989).

D'autres éléments contribuant à des réactions de stress peuvent provenir d'agents ou d'organismes externes tels l'irritation [102] et les réactions négatives envers les agents médiatiques que les intervenants perçoivent quelquefois comme nuisibles à l'accomplissement de leurs tâches. Ils peuvent aussi estimer que ceux-ci manquent de sensibilité ou de respect en regard des victimes du désastre. (Dyregrov *et al.*, 1996 ; Lammens et Hodgkinson, 1990 ; Laube-Morgan, 1992). Le manque de confiance et la critique de professionnels d'organismes qui sont peu habitués aux techniques d'intervention priorisées (Armstrong *et al.*, 1995) ainsi qu'une sous-utilisation, réelle ou perçue, du potentiel ou de la formation des intervenants qui se rendent sur les lieux du désastre (Bozza-Marrubini, 1983 ; Stuhlmiller, 1994) exacerbent également le stress et la frustration. D'autres éléments incontrôlables tels l'absence ou le manque de moyens de communication (Laube-Morgan, 1992), les délais d'attente (Dyregrov *et al.*, 1996) interviennent aussi comme agents stressants.

Réconforter et tenter de soulager une population ou des victimes affolées, anxieuses ou qui viennent de subir la perte d'un être cher ou des pertes matérielles significatives demandent un investissement important en termes de disponibilité et d'énergie physique et psychologi-

que de la part des intervenants (Roberts, 1991). Plusieurs victimes ont aussi des maladies psychiatriques qui sont exacerbées par le désastre et l'hébergement dans des abris communautaires. Les intervenants sont susceptibles de vivre de l'exaspération ou de la frustration devant une impossibilité à répondre à des besoins psychosociaux immédiats des victimes, surtout chez les intervenants de première ligne qui offrent aussi de l'aide pour le logement, la nourriture, le vêtement, les soins médicaux et qui doivent rassurer des individus décontenancés par un séjour prolongé dans des abris dépourvus de signification où règne la promiscuité (Armstrong *et al.*, 1991). Les médecins et secouristes sont souvent confrontés à un grand nombre de personnes en quête d'aide psychologique et risquent d'avoir tendance à les percevoir comme des éléments perturbant [103] la bonne marche des opérations. Ils auront alors tendance à les rejeter, contribuant par le fait même à exacerber la tension psychique chez ces individus (Nivet *et al.*, 1989).

Plusieurs sentiments sont éprouvés face au désastre, aux victimes et au déroulement des opérations. Ces sentiments peuvent aussi être liés à la performance personnelle réelle ou perçue lors de l'intervention. Après un incendie ⁶⁰, lors de séances de débriefing, les intervenants de la Croix-Rouge américaine (personnel régulier, d'urgence et bénévole) ont identifié comme principaux stressors les deux éléments suivants : la nécessité d'intervenir auprès de victimes affolées et le déroulement d'événements stressants qui se passaient à leur propre domicile pendant qu'ils étaient au travail (Armstrong *et al.*, 1995). Lors d'un exercice semblable, des pompiers mentionnaient vivre de la culpabilité, un sentiment d'incompétence pour n'avoir pu faire autant qu'ils l'auraient voulu afin d'aider les victimes ainsi que de la colère (Armstrong *et al.*, 1995).

Selon Dyregrov *et al.* (1996), plusieurs intervenants font mention d'un sentiment d'impuissance et de découragement lors des opérations d'urgence. Plusieurs considèrent aussi qu'ils se retrouvent dans un contexte irréel. D'autres se sentent décontenancés, choqués, désillu-

⁶⁰ Les auteurs font ici référence à un incendie majeur survenue dans la région de la baie de San Francisco en 1991 à Oakland-Berkely où, pendant deux jours, les flammes ont causé la mort d'au moins 25 personnes, détruit plus de 3 500 habitations et obligé des milliers de victimes à fuir. Celles-ci se retrouvaient donc sans domicile, sans nourriture ni vêtements et nécessitaient un grand secours tant matériel que physique et psychologique.

sionnés ou déprimés en raison de fréquents changements de politique par les administrateurs de la crise (Armstrong *et al.*, 1991) ou évoquent ressentir de vives préoccupations face à l'anéantissement de sinistres qui viennent de perdre tous leurs biens (Laube-Morgan, 1988). Culpabilité, anxiété, irritabilité générale, ressentiment et tristesse sont également susceptibles d'être vécus postérieurement par les intervenants (McCammon *et al.*, 1988 ; Raphael, 1991).

Dyregrov *et al.* (1996) ont noté que, suivant le désastre, les réactions générales des intervenants furent le besoin de retrouver les leurs, l'inquiétude de savoir si leurs proches étaient bien [104] et la révélation d'une certaine force jusque-là ignorée. Par ailleurs, la tristesse, l'inquiétude générale, la présence de sursauts, les problèmes de sommeil, la peur de prendre l'autobus et la crainte d'un nouveau désastre furent vécus par plus de 20% des bénévoles, alors que 10% des professionnels ont mentionné ces réactions. Laube-Morgan (1992) rapporte que, suivant la crainte immédiate causée par le tremblement de terre, les intervenants professionnels identifiaient comme les plus importantes causes de stress, les éléments suivants : les préoccupations pour leurs proches (46%) puisqu'ils étaient demeurés sans nouvelles d'eux pendant plusieurs heures, le constat du nombre de morts et la gravité des blessures engendrées, les secousses secondaires et les difficultés de communication (téléphone hors d'usage).

Selon Smith et de Chesnay (1994), les réactions consistantes chez les intervenants sont l'empathie pour les victimes, le sentiment d'impuissance et la colère contre le responsable de l'incident. La culpabilité de n'avoir pu sauver des victimes, particulièrement lorsqu'il s'agit d'enfants, est également très forte. Les résultats obtenus par Berah et al. (1984) ont indiqué que la majorité des intervenants se sentaient encore ébranlés, confus, impuissants, tristes et fatigués un mois après leur intervention psychologique auprès de victimes d'un incendie. L'affliction et la consternation vécues par les intervenants, de même que le sentiment de culpabilité de n'avoir pu faire plus pour les victimes et l'impression de pertes irrésolues peuvent également interférer significativement dans l'adaptation post-désastre (Laube-Morgan, 1992 ; McCammon *et al.*, 1988).

L'impuissance peut aussi être fortement ressentie pendant et après le désastre, et elle est souvent mentionnée à titre de réaction (Brandt *et al.*, 1995). Mikulencak (1992) rapporte également ce sentiment chez

des infirmières ayant participé aux opérations lors de l'ouragan Andrew. Hodgkinson et Shepherd (1994) rapportent des sentiments d'impuissance chez 85% des travailleurs [105] sociaux face à leurs clients, tandis que Fullerton *et al.* (1992) mentionnent que l'impuissance associée à de la culpabilité de n'avoir pu faire davantage pour les victimes envahissait souvent les intervenants. Un sentiment de responsabilité peut aussi agir sur la motivation de l'intervenant à s'impliquer et sur la culpabilité ressentie. Stuhlmiller (1994) a noté que certains employés du réseau routier affectés à l'entretien des routes, qui étaient intervenus dans les opérations de secours à la suite du tremblement de terre dans la baie de San Francisco, ressentaient, à tort, avoir contribué indirectement au désastre en raison de l'effondrement d'un viaduc et que cette pensée motivait leur désir d'assister les victimes.

Tout comme les sinistrés, les intervenants peuvent aussi être terrifiés, paniqués ou effrayés lors de l'impact de l'événement ou de son déroulement, et être fortement affectés par la perte de personnes significatives (Ersland *et al.*, 1989) ou de ressources matérielles importantes (Laube-Morgan, 1992). Certains peuvent également être affligés par la critique, les abus ou la non-appréciation des victimes ou de la communauté à leur endroit, ou par une association de leur organisme à un système bureaucratique inefficace (Armstrong *et al.*, 1991).

Résumons

[Retour à la table des matières](#)

Les difficultés physiques, psychologiques, professionnelles ou sociales suscitées par le travail en situation de désastre ou d'urgence peuvent se manifester au cours de l'intervention, dans la période immédiate suivant celle-ci, ou encore après un certain laps de temps. Divers sentiments ou réactions de sources diversifiées sont aussi susceptibles d'être vécus ou éprouvés par les intervenants. Parmi les sentiments et les réactions les plus couramment rencontrés, mentionnons, entre autres :

- * les réactions psychophysiologiques (tremblements, étourdissements, difficultés respiratoires, etc.) ;

[106]

- * l'identification aux victimes et l'empathie pour celles-ci ;
- * le sentiment d'impuissance ou de culpabilité ;
- * la stupéfaction ;
- * la peur ou les attentes angoissantes face aux situations auxquelles on risque d'être exposé ;
- * la confusion, le découragement ou la désillusion ;
- * la frustration, l'irritation et l'exaspération ;
- * les sentiments dépressifs et la tristesse ;
- * l'anxiété et le ressentiment ;
- * l'inquiétude pour sa sécurité ou celle des proches ;
- * les craintes associées aux éléments du désastre (ex. seconde secousse d'un tremblement de terre) ;
- * l'effroi et la panique ;
- * la déception ou la dévalorisation face à un manque de reconnaissance pour le travail accompli.

[107]

Sinistres et intervenants. Essai.

Chapitre 6

Les facteurs et les variables intervenant dans la manifestation et dans l'intensité des effets du travail en situation de désastre

[Retour à la table des matières](#)

Le travail en situation de désastre peut comporter des conséquences négatives sur la santé biopsychosociale des intervenants. Il faut maintenant se demander si elles sont prévisibles et quels sont les facteurs ou les caractéristiques qui influencent l'adaptation de l'individu à de tels effets.

On note un courant ou une récente tendance à l'identification pré-désastre des individus susceptibles d'être plus affectés au plan biopsychosocial. À cet égard, Fullerton *et al.* (1992) précisent que l'on connaît relativement peu de choses sur les réactions psychologiques des intervenants et les facteurs qui les modèrent, et que seulement Bartone *et al.* (1989) ont examiné quelques facteurs en détail (c'est-à-dire le support social et l'endurcissement de la personnalité). Dans des perspectives d'efficience accrue et de prévention, des cher-

cheurs évoquent la nécessité d'identifier les intervenants qui sont susceptibles de développer une psychopathologie subséquente à l'intervention ou chez qui on décèle des facteurs de pré-morbidité (Bradford et John, 1991 ; Kenardy *et al.*, 1996).

Selon Shepherd et Hodgkinson (1990), les réactions biopsychosociales des intervenants semblent autant influencées par des variables individuelles telles les caractéristiques démographiques, les facteurs de personnalité ou l'expérience, ou des variables situationnelles/environnementales, notamment, les aspects du désastre, le support social (personnel et professionnel), [108] la formation dans l'application des mesures d'urgence et les facteurs organisationnels. Gibbs *et al.* (1993) présentent d'ailleurs un modèle théorique souvent utilisé pour la recherche sur le stress qui propose que la psychopathologie originant du stress varie en fonction de l'étendue et du type de stressseurs, qui sont modérés par des variables individuelles (démographiques, etc.) et par des ressources sociales (support social et formation, etc.).

Le modèle de Warheit (1985) est également mis à contribution dans ce document. Celui-ci propose, entre autres, que les événements d'origine socio-culturelle ⁶¹ ou géophysique ⁶² constituent des agents générateurs d'une modification de l'état de l'organisme auquel correspond le stress particulier à chaque événement. Le stress est en lui-même distinct de ses conséquences (symptômes, syndromes, dysfonctions sociales ou d'adaptation) et le degré sous lequel il sera ressenti est tributaire de l'intensité, de la durée et de l'importance des exigences individuelles qu'il suscite en relation avec les diverses ressources d'adaptation que possède l'individu (constitution biologique, physique et psychologique, ressources familiales, économiques, culturelles, communautaires, etc.).

Lane (1993-1994) mentionne en outre certaines variables agissant sur la vulnérabilité au stress. Le tableau 10 fait mention des principales variables influençant la présence de stress à la suite d'un incident critique.

⁶¹ Warheit associe par exemple l'incident de Three Miles Island à un événement de cette catégorie.

⁶² L'auteur fait référence ici à des catastrophes naturelles.

Ces variables seront maintenant examinées au regard de l'influence qu'elles sont à même d'exercer sur la santé biopsychosociale des intervenants. Dans un premier lieu, les variables qui sont davantage associées à l'individu lui-même, soit les variables sociodémographiques, les caractéristiques individuelles et les traits de personnalité, font l'objet d'une analyse. Par la suite, sont considérés les facteurs contextuels et organisationnels qui peuvent jouer un rôle important dans les effets immédiats et subséquents

[109]

Tableau 10
Les variables agissant sur le stress
à la suite d'un incident critique

[Retour à la table des matières](#)

VARIABLES INFLUENÇANT LA MANIFESTATION DU STRESS À LA SUITE D'UN INCIDENT CRITIQUE
<ul style="list-style-type: none"> * La gravité objective et subjective de l'incident * La durée temporelle de l'incident * Les caractéristiques perçues chez la victime (par exemple, des caractéristiques démographiques associées par l'intervenant à quelqu'un de significatif pour lui) * Les traits de personnalité de l'aidant * Les facteurs sociaux * La viabilité des stratégies d'adaptation * Les aspects éthiques et spirituels * La profondeur des relations formées avant l'incident

Source : Lane, P.S. (1993-1994). Critical Incident Stress Débriefing for Health Care Workers, *Omega*, 28 (4) : 310-315.

de l'intervention et, finalement, l'impact du support social et du soutien organisationnel en relation avec la modération ou l'intensification des effets de l'intervention sera examiné.

Les variables sociodémographiques

[Retour à la table des matières](#)

L'évidence de l'influence des variables socio-démographiques sur les symptômes et réactions enregistrés chez les intervenants semble peu perceptible selon la documentation recensée. La majorité des études supportant ce travail ne rapportent que peu de résultats significatifs au plan des variables retenues et de leur [110] lien avec les conséquences sur la santé biopsychosociale. À cet effet, Gibbs *et al.* (1993) énoncent que les résultats portant sur l'âge et le sexe comme facteurs prédicteurs sont peu consistants, bien que notés, car ils peuvent être influencés par d'autres variables, entre autres, le nombre d'années d'expérience, l'utilisation de stratégies d'adaptation efficaces, les facteurs inhérents au rôle d'intervenant en situation de désastre (hommes-femmes rôles différents) et les types de symptômes en eux-mêmes. Jenkins (1997) ne mentionne pas non plus de différence dans la détresse mesurée chez son échantillon de répartiteurs selon l'âge, l'éducation, le groupe ethnique ou la situation conjugale. Chez un échantillon de volontaires provenant de deux organismes concernés par la gestion et l'intervention lors de désastres et d'incidents critiques, Moran et Britton (1994) n'ont mentionné aucune différence entre les sexes quant aux caractéristiques personnelles étudiées (la personnalité endurcie, résistante ou inébranlable « hardiness » et les styles de défense individuelle « mature, immature, névrotique »), aux symptômes rapportés et aux réactions face aux pires incidents vécus. Toutefois, Lemyre et Benzimra (2000), dans une recherche effectuée auprès de 870 travailleurs d'Hydro-Québec répartis selon le type d'emploi, la région et le niveau d'affectation de la crise de verglas de 1998, ont constaté que les femmes ont été significativement plus stressées que les hommes. Les femmes présentaient des évaluations cognitives différentes des pires stressseurs : ces dernières ont perçu plus d'impact et plus d'in-

certitude que les hommes face aux pires stressseurs ; associés au ver-glas.

Il semble que l'âge plus avancé constitue un facteur de protection des intervenants (Durham *et al.*, 1985 ; Raphael *et al.*, 1991) ; bien que certaines variables semblent encore interférer (l'expérience, les stratégies d'adaptation), Shepherd et Hodgkinson (1990) ont proposé que les intervenants plus jeunes étaient plus à risque de subir des effets psychologiques négatifs. Les auteurs rapportent, entre autres, les résultats de Jones [111] (à la suite du suicide collectif de Jonestown) où il fut trouvé que les répondants plus jeunes démontraient de plus hauts taux de dysphorie ⁶³ à court terme. Toutefois, ces intervenants avaient également plus de probabilité d'avoir été enrôlés (armée) et d'avoir été exposés directement à des restes humains. Le même phénomène semble également se constater chez les sujets de Taylor et Frazer (1982). Les intervenants plus âgés démontraient une plus grande probabilité de se retrouver chez le groupe moins stressé, mais une plus grande expérience dans le recouvrement de corps leur semblait également associée.

En ce qui a trait au sexe, les intervenantes ou aidantes sont démontrées comme rapportant un plus grand nombre de symptômes par Dy-regrov *et al.* (1993), bien que les auteurs précisent que ce constat puisse être associé à un plus grand stress vécu ou à une expression plus ouverte, plus socialement acceptable chez des femmes qui expriment de la détresse. Revicki et Gershon (1996) ont aussi noté que les techniciens de sexe masculin rapportaient moins de détresse psychologique liée au stress au travail comparativement aux femmes. Robinson et Mitchell (1993) ont également remarqué que le personnel des services sociaux et hospitaliers ⁶⁴ éprouvait davantage de symptômes émotionnels, comparativement au personnel d'urgence qui se démarquait plus fortement au plan des symptômes cognitifs.

⁶³ « La dysphorie est un trouble de l'humeur caractérisé par un émoussement de l'intérêt et un sentiment général d'insatisfaction. Le sujet paraît désabusé, désenchanté. Parfois, il recherche une excitation factice dans l'alcool ou la drogue et peut finir par se suicider » (Norbert Sillamy, 1994, *Dictionnaire de la Psychologie*, Larousse, p. 86).

⁶⁴ Cette catégorie de personnel est généralement à prédominance féminine.

Newburn (1993) relate quant à lui que les hommes sont plus réticents à rechercher de l'aide ou du support psychologique. Dans son étude auprès des victimes d'Hillsborough, il précise que 36% des hommes n'avaient pas cherché à obtenir du support, comparativement à une proportion de 16% chez les femmes. Cette résistance semblait caractérisée, dans plusieurs cas, par une perception de sa propre image avant le désastre qui reflétait une capacité à s'adapter qui n'aurait pas été altérée, d'où la résistance à recevoir de l'aide professionnelle. Kaltreider *et al.* (1992), s'étant intéressées à du personnel des soins de [112] santé, dont certains s'étaient engagés bénévolement dans les opérations de secours, ont remarqué que le sexe agissait sur le processus cognitif et affectif de l'événement. Les femmes démontraient plus de symptômes psychologiques (IES) deux semaines après le tremblement de terre. Selon les anecdotes rapportées, les auteurs ont aussi décelé que les travailleuses professionnelles de la santé avaient tendance à s'autocritiquer et à percevoir péjorativement la détresse qu'elles avaient ressentie parce qu'elle ne correspondait pas à leur contrôle émotionnel habituel.

Clayer (1984) a aussi démontré que la situation conjugale était corrélée avec la morbidité du désastre. Les intervenants qui étaient divorcés au moment de l'intervention étaient à plus grand risque que les autres intervenants. Inversement, Jones (1985) n'a pas décelé de différence dans les effets émotionnels rapportés entre les intervenants vivant avec une partenaire, ou une épouse, ou chez ceux qui vivaient seuls. Toutefois, les célibataires et les personnes divorcées furent davantage notés comme rapportant des sentiments d'épuisement émotionnel provenant de leur travail, comparativement aux individus mariés. Ersland *et al.* (1989) ont également remarqué que ceux qui avaient des responsabilités parentales évoquaient davantage une santé mentale altérée par l'intervention lors du désastre, comparativement à ceux qui n'avaient pas ce type de responsabilités (89% contre 11%).

Les résultats concernant l'éducation semblent moins équivoques. Ainsi, une plus forte scolarité semble correspondre à une moins forte symptomatologie et à une meilleure adaptation et réaction psychologique au désastre (Burkle, 1996 ; Quevillon *et al.*, 1991). Cette variable semble ne pas intervenir uniquement sur la symptomatologie, mais sur les répercussions cognitives initiales. Selon les résultats obtenus par Ersland *et al.* (1989), une moindre éducation correspondait à une

plus importante [113] réduction de la capacité fonctionnelle pendant les opérations (Ersland *et al.*, 1989). Gibbs *et al.* (1993) suggèrent que la classe sociale peut influencer sur les symptômes. Les gens moins instruits, par exemple, peuvent être plus susceptibles d'effectuer des tâches plus difficiles, comparativement à ceux qui détiennent une instruction plus poussée (par exemple, certaines personnes se verront chargées d'intervenir dans la recherche et la récupération de corps sur les lieux du désastre, tandis que les médecins seront moins concernés par ces activités).

Les caractéristiques individuelles et les traits de personnalité

[Retour à la table des matières](#)

Si, pour certains individus, les interventions associées à la sécurité du public constituent un investissement ou un exercice ponctuel ou occasionnel relatif aux besoins manifestés, pour d'autres, qui en ont fait leur carrière, le travail dans le contexte d'urgences ou de situations critiques représente plus qu'une profession et est devenu un élément central de leur identité ainsi que de celle de leur famille (Gist, 1996).

Les différences individuelles interviennent dans la manifestation de la globalité des réactions émotionnelles et cognitives des intervenants (Bradford et John, 1991 ; Gibbs *et al.*, 1993 ; Paton et Smith, 1996). Ainsi, une expérience qui s'avérera traumatisante pour l'un aura un impact de moindre importance chez un autre (Dunning, 1990) ou, encore, un événement pourra sembler fortement menaçant pour un individu alors qu'un autre, engagé dans une même situation, la percevra comme un important défi à relever (Armstrong *et al.*, 1991). Il n'en demeure pas moins qu'un besoin imminent de recherches sur l'influence des caractéristiques personnelles sur les effets psychologiques post-désastre est constaté dans la documentation recensée et que ces caractéristiques (variables démographiques, indices d'ajustement à un traumatisme antérieur, stratégies d'adaptation personnelles et styles de personnalité) doivent faire l'objet d'une sélection [114] particulière et reposer sur une base théorique structurée (Fullerton, 1992 ; Gibbs *et al.*, 1993 ; Kenardy *et al.*, 1996 ; Lyons, 1991).

Bien que l'objectif de Dingman (1995) ne fût pas de mesurer si les effets modérateurs de certaines habiletés et compétences des intervenants pouvaient agir au plan de leurs réactions, sont retenues ici celles qui ont été énoncées sur la base du modèle d'intervention proposé par Gilliland et James ⁶⁵. Ce modèle suggère que les intervenants agissant lors de situations critiques doivent posséder les traits de personnalité ou de comportement suivants : diverses expériences de vie, équilibre, créativité, flexibilité ⁶⁶, rapidité des réflexes mentaux, ténacité, habileté à gratifier les autres, courage, optimisme, réalisme, calme, sang-froid, objectivité, sens du moi fort et croyance en la force combative de l'être humain. Se référant aux techniques professionnelles des formateurs du personnel, Gilliland et James (1993) ont aussi identifié que les compétences suivantes étaient requises : l'attention, l'acuité de l'écoute et de la réaction, la congruence dans la pensée, la prédisposition au sentiment et à l'action thérapeutique, la capacité de réconforter et de supporter les victimes, l'habileté de base à analyser, à synthétiser et à diagnostiquer, les habiletés de base à évaluer les difficultés des victimes et à recourir à des ressources de la communauté, la capacité à trouver des solutions et à résoudre des problèmes, et la connaissance de techniques comportementales, de relaxation et d'affirmation de soi.

Dans une perspective préventiviste, Bradford et John (1991) suggèrent certains critères de sélection du personnel appelé à intervenir en situation catastrophique. Ainsi, les individus possédant les caractéristiques d'une personnalité endurcie ou inébranlable auront moins de difficulté à s'adapter aux effets négatifs, tandis que les personnes déjà sous tension en raison d'événements particuliers tels un récent changement d'emploi, un mariage, une rupture de couple ou un décès d'un proche [115] risquent d'être plus atteintes au plan psychologique et sont plus vulnérables au stress occasionné par le désastre. Ces auteurs suggèrent la réalisation d'évaluations afin d'identifier préalablement le personnel présentant des risques à développer d'éventuels problèmes d'adaptation. Le degré de confiance en soi et en ses propres compétences est aussi important afin de requérir l'aide néces-

⁶⁵ Gilliland, B.E. et R.K. James (1993). *Crisis Intervention Strategies* (2nd ed.), Pacific Grove, CA : Brooks/ Cole.

⁶⁶ Ces attributs sont également mentionnés comme étant très importants pour l'intervention dans un contexte où les méthodes et les techniques habituelles peuvent s'avérer inapplicables (McFarlane, 1995).

saire en temps opportun et d'éviter de mettre sa propre vie ou celle des autres en danger. Thompson et Solomon (1991) ont aussi trouvé que des policiers qui s'étaient engagés bénévolement lors du désastre de Lockerbie ⁶⁷, et qui démontraient relativement peu d'altérations psychologiques, possédaient une personnalité stable et extravertie. Par ailleurs, une personnalité psychotique était associée à une plus importante dysfonction sociale et à la dépression.

Faisant une mise en garde contre la tendance à la manifestation de l'individualisme ou de narcissisme vers lesquels peuvent être portés le personnel soignant et les secouristes en situation d'urgence, Nivet *et al.* (1989) énoncent certains traits souhaités du personnel d'urgence dans les termes suivants :

Il est donc indispensable que tout sauveteur adopte un comportement calme en toutes circonstances, qu'il contrôle ses propres réactions émotionnelles et ses élans impulsifs, et qu'il fasse taire ses susceptibilités personnelles pour faire place à une attitude de modestie et à un esprit de discipline en acceptant de remplir la mission qui lui est assignée par l'autorité placée au-dessus de lui : mission de soins, mais aussi mission de tri, mission d'encadrement, d'évacuation (p. 20).

Selon Shepherd et Hodgkinson (1990), qui abordent aussi les facteurs personnels, on connaît peu de choses au sujet de l'influence des facteurs de personnalité pré-morbides se manifestant par des différences individuelles dans les styles ou comportements [116] d'adaptation qui ont été observés et/ou étudiés chez les intervenants. Plusieurs auteurs ont noté le syndrome de « *counter-disaster* » (Raphael, 1986) chez une minorité d'aidants, lesquels pouvaient ressentir un haut niveau d'excitation et d'engagement, devenant superactifs et continuant de travailler jusqu'à ce que le stade d'épuisement soit atteint.

La caractéristique de personnalité « endurcie » a émergé de l'étude de Bartone *et al.* (1989) comme un important médiateur du stress de l'aidant. Les aidants possédant cette caractéristique avaient une plus importante probabilité de résistance à un engagement accentué, étaient mieux préparés à composer avec leur rôle ambigu et, à long terme, semblaient effectuer une évaluation rétrospective plus optimiste de

⁶⁷ Survenu en décembre 1988, lors de l'explosion d'une bombe dans un transporteur de la Pan American Airlines, ce désastre résulta en la mort des 259 occupants et de 11 résidents de Lockerbie.

leurs expériences ⁶⁸. Dans un article subséquent portant sur les effets du travail en situation de désastre, Bradford et John (1991) rapportent également que le trait de personnalité « endurcie » favorise l'adaptation après l'intervention.

Hodgkinson et Stewart (1994) font aussi un constat similaire. Ils ont noté que les individus possédant moins la caractéristique d'endurcissement éprouvent plus de symptômes psychologiques. Quant à Raphael *et al.* (1991), ils évoquent que le style de personnalité est protecteur de par son sens d'engagement, de défi et de contrôle. McFarlane (1995) mentionne que le trait de personnalité « endurcie » et un empressement général des intervenants à confronter leurs propres craintes, ou le danger, peuvent prévenir l'émergence de l'évitement et la distanciation sociale. Les gens naturellement introvertis paraissent avoir les plus grandes difficultés à gérer et à surmonter ces symptômes du stress post-traumatique. Il n'en demeure pas moins que si le trait d'endurcissement semble protecteur, il est nécessaire de s'assurer qu'il ne corresponde pas seulement à une attitude superficielle que l'on pourrait lui associer. À cet égard, Robinson et Mitchell (1993) croient pour leur part que ceux qui possèdent [117] cette caractéristique d'endurcissement émotionnel se sélectionnent mutuellement à l'intérieur des organisations ou services d'urgence.

Dunning (1990), se basant sur les résultats de Deitz ⁶⁹, mentionne que les individus qui affichent un contrôle de soi et de l'habileté à conserver leur image invulnérable semblent spécialement affectés par les difficultés émotionnelles subséquentes.

Les stress de la vie personnelle méritent qu'une attention leur soit portée par les organismes lorsqu'ils envisagent ou apportent des mesures de soutien aux individus. Dans cet ordre d'idées, Clegg (1988) propose que ceux qui ont subi un deuil récent ou qui n'ont pu surmonter une perte passée sont plus vulnérables. Les résultats obtenus par

⁶⁸ Le concept de « l'endurcissement » ou *hardiness*, qui fut mis en évidence par Bartone *et al.* (1989) comme une caractéristique de la personnalité pouvant atténuer les effets du stress, possède trois composantes dispositionnelles : l'implication, une manière de voir ; le contrôle, un sens de l'autonomie et le défi ; de l'enthousiasme pour la vie (Gibbs *et al.*, 1993).

⁶⁹ Deitz, I. (1986). Time-limited Psychotherapy for Post-traumatic Stress Disorder : the Traumatized Ego and its Self-reparative Function, *American Journal of Psychotherapy*, 11 (2).

Hodgkinson et Shepherd (1994) démontraient également que les personnes ayant vécu

un deuil dans l'année précédant leur engagement démontraient un degré de symptomatologie plus élevé au HSCL, alors qu'au plan du bien-être psychologique, on ne notait aucune différence. Pour sa part, McFarlane (1988) souscrit à divers patterns de morbidité post-désastre qui peuvent être partiellement prédits par la combinaison de quatre variables pré-désastre : avoir vécu des événements difficiles, les névroses, un passé de traitements psychologiques et la tendance à l'évitement de pensées relatives à des situations indésirables ou à des expériences négatives.

La réaction initiale, les effets d'une intervention antérieure et la santé physique ou psychologique pré-désastre ont aussi avantage à être pris en considération dans l'évaluation des facteurs personnels associés aux effets du travail en situation d'urgence. Ersland *et al.* (1989) ont remarqué que ceux qui ont ressenti des réactions aiguës de stress lors de l'intervention présentaient une santé mentale déficiente neuf mois après le désastre. Certains symptômes de psychopathologie constatés lors d'une première évaluation après un désastre peuvent également [118] être prédicteurs de chronicité. Ainsi, McFarlane (1988a) a suggéré que les perturbations ou difficultés dans l'attention et la concentration constatées après huit mois chez des pompiers semblaient les meilleurs prédicteurs d'un état de stress post-traumatique chronique. Des intervenants de la Croix-Rouge récemment exposés à l'ouragan Hugo, et qui ont eu à intervenir lors du tremblement de terre de Loma Prieta, rapportaient à nouveau l'expérience de l'ouragan Hugo comme facteur de stress lors de l'évaluation des effets du tremblement de terre (Armstrong *et al.*, 1991). Gist, Taylor et Harris (1996) disent qu'une bonne forme physique est ce qui prépare le mieux à affronter le stress et que l'exercice physique modéré est un excellent facteur de rétablissement.

Howarth et Dussuyer ⁷⁰ (1988) ont reconnu que des facteurs personnels interviennent dans l'amélioration de la résistance au stress chez un individu et dans le maintien de son équilibre physique et émotionnel. Ces facteurs sont une bonne santé physique, une forte estime de soi, un support social adéquat et un sentiment de contrôle de sa

⁷⁰ Voir Mitchell et Dyregrov (1993).

destinée. McFarlane (1989a) a aussi noté que l'intensité de l'exposition au désastre, la menace perçue et les pertes générées par l'incident critique, lorsqu'elles étaient isolées, n'étaient pas des variables prédictrices d'un état de stress post-traumatique. Inversement, des variables telles l'introversion, l'existence de névroses et de désordres psychiatriques antérieurs constituaient des facteurs de pré-morbidité associés au développement de désordres post-traumatiques chroniques. Dans un autre article, l'auteur (1989b) précise, dans une étude auprès de 469 pompiers ayant combattu un feu de brousse, que les névroses et un traitement antérieur pour désordre psychiatrique étaient de meilleurs prédicteurs d'une morbidité psychiatrique post-désastre que le degré d'exposition au désastre après 4, 11 et 29 mois.

L'évaluation de la situation joue un rôle dans la médiation [119] des effets subséquents (Brandt *et al.*, 1995). Citant la pensée de Palmer ⁷¹, Duckworth (1991) précise que le sens que donne l'intervenant à l'événement critique agira sur l'impact de cet événement. Il est possible d'apprendre d'une situation en la voyant d'une manière détachée au plan psychologique. Les intervenants de première ligne pourraient demeurer en état de crise émotionnelle récurrente s'ils ne développaient pas des techniques d'interprétation émotionnelle neutre des événements auxquels ils sont confrontés. Duckworth (1991) corrobore donc que l'évaluation de l'événement constitue un facteur personnel médiateur ⁷². Selon l'auteur, un retour et une réflexion approfondie de l'intervenant sur la manière dont lui-même ou d'autres intervenants ont agi peuvent susciter du ressentiment, du blâme et de la culpabilité non justifiés.

Il semble également que les valeurs morales, éthiques et spirituelles préexistantes chez un individu l'aident à mieux percevoir et évaluer le danger (Dunning, 1990). De même, Paton et Smith (1996), se référant à Lyons (1971) ⁷³, ont proposé que la tolérance élevée à l'ambiguïté permet de mieux s'adapter aux situations où les demandes sont inconsistantes ou mitigées, et Burkle (1996) suggère que la maturité

⁷¹ Palmer, C.E. (1983). A Note about Paramedics' Strategies for Dealing with Death and Dying, *Journal of Occupational Psychology*, 56 : 83-86.

⁷² Il se réfère ici à l'ouvrage de Wesler, R.A et R.L. Wesler (1980). *The Principles and Practice of Rational-emotive Therapy*, San Francisco : Jossey-Bass.

⁷³ Lyons, J.A. (1971). Strategies for Assessing the Potential for Positive Readjustment following Trauma, *Journal of Traumatic Stress*, 4 : 93-112.

chez les intervenants correspond à une meilleure adaptation et réaction. Inversement, Moran et Britton (1994) évoquent que les variables de personnalité testées dans leur étude auprès de volontaires n'entraient pas en considération dans les effets liés à l'exposition aux incidents critiques.

Selon Berah *et al.* (1984), les motifs qui poussent les intervenants à s'investir lors d'événements potentiellement traumatisants ou dans des activités de soutien psychologique ⁷⁴ sont, par ordre d'importance, les sentiments de compassion, l'intérêt pour des techniques d'intervention en situation de crise ou leur maîtrise, le désir d'approfondir des connaissances sur les désastres et leurs effets, la volonté de participer de façon active lors d'une [120] crise et le besoin personnel de prendre des responsabilités face au stress psychologique ressenti par les victimes. Des résultats similaires émergent de l'étude de Sansone et Roman (1996) qui mentionnent que ce sont des considérations altruistes, le désir d'acquérir une expérience clinique, le besoin de se sentir efficace en aidant les autres et le désir d'acquérir une expérience émotionnelle personnelle qui ont motivé les étudiants en psychiatrie à œuvrer sur le site du désastre d'Oklahoma. Moran (1989) a également reconnu que l'altruisme était une raison commune de s'engager volontairement dans une organisation ayant pour objectif de porter secours en situation de désastre, de même que le besoin de reconnaissance personnelle. L'altruisme ou le désir d'aider peut aussi comporter certains effets négatifs. Ainsi, ceux qui ont tendance à trop s'identifier aux victimes sont enclins à souffrir plus fortement de burnout (Raphael, 1986). D'un autre point de vue, un faible degré d'empathie chez le personnel paramédical pourrait confirmer que ce trait de caractère correspondrait à une façon de s'adapter et de mieux performer dans ses tâches. Les résultats de Grevin (1996) portent par ailleurs à croire qu'une faible empathie serait davantage un trait de personnalité qu'une résultante du travail d'urgence à long terme.

⁷⁴ Berah *et al.* (1984) rapportent les résultats provenant d'une étude auprès de 19 intervenants qui ont visité pendant plus d'un mois 450 victimes chez elles ou dans des maisons mobiles à la suite d'incendies de brousse majeurs en Australie.

Les facteurs contextuels et les facteurs organisationnels

[Retour à la table des matières](#)

Interrogé quant à sa perception du contexte dans lequel s'étaient déroulées les activités des intervenants en santé lors de la crise du verglas survenue au Québec en 1998, un gestionnaire déclarait récemment :

C'est de devoir travailler dans un milieu surpeuplé, répondre à une demande de services largement supérieure à la normale, utiliser des équipements réduits, concevoir tous les plans possibles pour héberger le personnel sinistré, trouver du bois de chauffage pour les employés qui travaillent, ouvrir une garderie, etc. (Lacroix, 1998 : 17).

[121]

Plusieurs éléments externes à l'individu entrent en considération lorsque l'on cherche à déterminer l'impact de l'intervention sur la santé des personnes qui dirigent ou s'impliquent à divers degrés auprès des victimes ou dans la gestion générale des opérations liées à la crise. Ceux-ci semblent le plus souvent associés au contexte dans lequel doivent agir les intervenants. Ce contexte est lui-même déterminé par les caractéristiques propres au désastre comme, par exemple, sa nature (naturel ou technologique), son intensité, sa durée, sa soudaineté, son degré de dévastation, etc. Ce sont également les caractéristiques du désastre qui détermineront le degré d'engagement des intervenants en termes de durée et d'exposition à divers risques ou menaces.

Ces éléments peuvent aussi être envisagés dans une perspective organisationnelle, soit le degré de préparation ou d'efficacité des organismes concernés. Il importe ici de préciser que lorsque ces éléments contextuels ou organisationnels sont soulignés dans la documentation recensée, ils ne sont pas nécessairement dissociés des autres facteurs ou variables ayant été considérés.

Les éléments contextuels

[Retour à la table des matières](#)

Selon Shepherd et Hodgkinson (1990), une importante variété d'événements et d'expériences sont décrits en tant que désastres. Les facteurs tels la cause du désastre (naturel-technologique) et son étendue (taux de mortalité, degré de destruction) peuvent influencer le degré et le type de symptômes psychologiques vécus. Raphael (1986) ainsi que Baum (1987) ont observé que les désastres causés par des facteurs humains avaient plus de probabilités que les désastres naturels d'être associés à la colère chez les victimes primaires, et que les effets pouvaient perdurer plus longtemps. Les réactions, en conséquence, peuvent être spécifiques aux désastres et les résultats ne peuvent être généralisés à travers les études. Un désastre collectif est [122] également susceptible d'aggraver le stress vécu par les intervenants et ainsi susciter un fardeau psychologique additionnel (Raphael et al., 1991). L'étendue et l'envergure d'un désastre au plan géographique, par l'importance du territoire à couvrir ou à desservir, peuvent exacerber le sentiment de dépassement (Dingman, 1995). Selon Marmar *et al.* (1996), les opérations de secours et de sauvetage de grande envergure, si on les compare à celles qu'effectuent les intervenants lors d'incidents critiques survenant dans l'exercice habituel de leurs fonctions, sont associées à une plus grande détresse immédiate qui ne semble pas se répercuter à long terme. Cette dernière est davantage associée au sens que prendra l'événement pour l'individu. Mais peu importe la cause des désastres, selon Lamontagne (1983), les « drames collectifs » constituent des événements qui sont à même de susciter des problèmes psychologiques chez les intervenants.

Précisant que la pénurie de données empiriques obscurcissait les sources spécifiques du stress vécu, Werner *et al.* (1992) suggèrent néanmoins que cinq sources de stress se dégagent des travaux actuels. Il s'agit du fait de composer avec la mort, de l'identification à la victime, des difficultés liées à l'accomplissement des tâches, de la menace à sa propre vie ou à sa sécurité et de la présence de personnes indiscrètes ou insensibles à ce que vivent les victimes.

L'impact du désastre varie aussi en fonction de l'intensité et de la durée de l'engagement. Ainsi, quelqu'un qui agit au tout début de la crise, ou dans son moment le plus fort, ne vivra pas les mêmes expériences que celui qui interviendra lorsqu'il y aura un certain contrôle de la situation. Lemyre et Benzimra (2000) ont aussi constaté que la durée d'implication des intervenants est aussi un facteur qui expose ceux-ci à vivre plus de stress psychologique. C'est ainsi que dans leur recherche auprès des travailleurs d'Hydro-Québec, les répondants ayant œuvré plus [123] de trois mois aux efforts de recouvrement après la tempête de verglas présentaient un niveau de stress psychologique significativement plus élevé que les employés ayant été assignés moins longtemps. Ces mêmes auteurs ont également observé que les travailleurs assumant des tâches reliées à la planification, à la logistique ou à la coordination (travail de deuxième ligne) ont manifesté plus de stress que les employés occupant d'autres types de fonction. Les personnes ayant subi des changements dans leurs tâches habituelles, afin d'être affectées au rétablissement du service d'électricité, ont également présenté des niveaux de stress psychologique plus élevés que les employés qui ont continué de vaquer à leurs tâches routinières. Le type de travail qu'effectue l'intervenant entre aussi en ligne de compte et influe sur les répercussions de l'événement. Il importe aussi de considérer que lors d'un désastre, plusieurs intervenants peuvent être réquisitionnés sans disposer de beaucoup de temps pour s'y préparer (Lundin et Bodegard, 1993) ou être appelés à remplir subséquemment divers rôles (Armstrong *et al.*, 1991).

Unanimement, les chercheurs souscrivent à ce constat : les désastres caractérisés par l'horreur et la terreur, ou par de nombreux décès et blessures, sont prédictors de désordres émotionnels (Alexander, 1990 ; Gibbs *et al.*, 1993). Ils peuvent aussi constituer des facteurs de stress et de bouleversement pour les intervenants (Burstein, 1985 ; Laube-Morgan, 1992 ; McCarroll *et al.*, 1992 ; Raphael *et al.*, 1980). Hytten et Hasle (1989) mentionnent que la possibilité de découvrir des cadavres ou des blessés, la pression et les délais d'attentes constituent les facteurs les plus stressants pour les pompiers volontaires ayant à intervenir lors d'incendies ⁷⁵, et McCammon *et al.* (1988) ont par ailleurs conclu à plus de symptômes d'état de stress post-traumatique

⁷⁵ Les auteurs se rapportent ici à l'incendie d'un complexe hôtelier.

chez les intervenants ayant découvert des personnes décédées, ou qui ont pensé qu'elles l'étaient, lors d'une tornade.

[124]

La perte de contrôle étant une composante commune des désastres (Ursano et Fullerton, 1990), il n'est pas exceptionnel d'y retrouver une atmosphère chaotique. Selon Sansone et Roman (1996), le chaos sur le site est une des plus difficiles expériences lors de l'intervention d'urgence. Pour leur part, Fullerton *et al.* (1992) énoncent que quatre facteurs agissent comme modérateurs du stress pendant la période de chaos et de confusion en situation extrême, soit le support social, le type de leadership, le degré de formation et l'utilisation de rituels. Ceux-ci contribuent à modérer la peur de l'inconnu. Les désastres qui impliquent un chaos subséquent provoquent également des difficultés logistiques ou de communication qui sont, de toute évidence, fort éprouvantes pour tous ceux qui sont engagés dans les mesures de secours (Brandt *et al.*, 1995).

L'évaluation de l'importance de la perturbation des individus est souvent basée sur le degré d'exposition au désastre (Berren *et al.*, 1980 ; Taylor et Frazer, 1982) et celui-ci intervient dans la médiation des effets subséquents (Brandt *et al.*, 1995). En raison de leur intensité, de leur impact ou de leur durée, certains désastres ou incidents induisant un stress important risquent de causer de graves conséquences sur la santé mentale. Un stress élevé représente une variable cruciale qui peut affecter le processus d'adaptation (Burkle, 1996 ; McCammon *et al.*, 1988 ; Werner *et al.*, 1992). Innes et Clark (1985) ont mentionné que la gravité et le danger de l'événement étaient les plus forts prédicteurs des symptômes chez les pompiers. L'intensité de l'exposition et la durée de l'engagement interviennent également dans le degré de traumatisme et le développement des symptômes (Johnsen *et al.*, 1997 ; Paton, 1996a). Dans cet ordre d'idées, soulignons que l'étude de Bartone *et al.* (1989) a démontré qu'un fort degré d'exposition au désastre est prédictif de symptômes psychologiques et lié à la détresse vécue (Bartone *et al.*, 1989). Selon les résultats obtenus par Kenardy *et al.* (1996), une plus grande détresse [125] est décelée chez ceux qui sont exposés plus directement à la menace et à la perturbation.

Affronter des conditions dangereuses ou menaçantes, travailler dans des lieux surpeuplés, répondre à des demandes de beaucoup su-

périeures à la normale, opérer sur un terrain inconnu ou un site étranger, endurer des conditions climatiques problématiques, agir sous une forte pression, subir l'excessive attention des médias sont des caractéristiques qui ont été identifiées comme difficiles ou génératrices de stress (Allen, 1989 ; Armstrong *et al.*, 1995 ; Lacroix, 1998 ; McCammon, 1996 ; Raphael, 1986). Ces situations peuvent faire perdre une partie des moyens et habiletés des intervenants (Nivet *et al.*, 1989).

D'autres éléments peuvent également interférer dans l'efficacité du travail en situation d'urgence. Dingman (1995) et Weinrich *et al.* (1990) rapportent que les intervenants en santé mentale et les étudiantes en sciences infirmières semblaient dépassés par l'ampleur des dégâts qui leur rendait difficile l'accomplissement de leurs tâches, ceci en raison de la dévastation physique, du chaos, du manque de services (téléphone, électricité, eau, signalisation, etc.) et de déplacements rendus difficiles. Le manque d'équipement, les délais d'attente et la forte demande contribuent de plus à la détresse psychologique des intervenants (Newburn, 1993 ; Raphael *et al.*, 1991). La rupture des communications provoque certes des difficultés au plan de la gestion des opérations, mais elle induit en outre une inquiétude et un stress importants chez les intervenants incapables d'obtenir des nouvelles des personnes significatives (Counts et Prowant, 1994).

La réaction psychologique des intervenants semble aussi être influencée par le degré ou l'intensité des contacts avec les victimes primaires (Bartone *et al.*, 1989 ; Raphael, 1986). Les intervenants de la Croix-Rouge américaine ayant prodigué de l'aide [126] lors du tremblement de terre de Loma Prieta ont par ailleurs identifié les multiples interactions avec les victimes traumatisées comme principal facteur de stress (Armstrong *et al.*, 1991). Raphael *et al.* (1985) ont noté que ceux qui travaillent auprès de victimes, à l'extérieur du site, peuvent être plus affectés que ceux qui sont directement sur le site. C'est ainsi que les intervenants qui étaient sur le site du désastre, lors du déraillement de train de Granville, étaient plus positifs face à leur vie, lors de l'évaluation, que ceux de l'extérieur. Un certain sentiment d'exaspération peut aussi se manifester chez les intervenants soumis à une forte demande. Le personnel médical ou d'urgence, sollicité de toutes parts par des personnes éprouvant des besoins psychologiques, est susceptible de percevoir ces dernières comme une entrave à la bonne

marche de leurs activités. Se sentant rejetées, ces victimes peuvent voir augmenter leur tension psychique (Nivet *et al.*, 1989).

Intervenir en contexte de désastre, c'est aussi être exposé à une tâche lourde dans un environnement inhabituel où des difficultés particulières se manifestent. Certains auteurs ont mentionné que les longues heures de travail sans repos et un environnement de travail déficient constituaient des facteurs de stress important (Armstrong *et al.*, 1991 ; Newburn, 1993 ; Stuhlmiller, 1994). Selon Mitchell et Dyregrov (1993), il a été démontré qu'un maximum de douze heures passées sur les lieux modère les séquelles psychologiques et qu'un minimum de six heures passées à l'extérieur du site se devrait d'être respecté avant d'y retourner. Ersland *et al.* (1989) ont rapporté que 33% des intervenants non professionnels avaient travaillé pendant plus de 24 heures sans répit, certains (6%) pendant plus de 40 heures, alors que 9% des professionnels avaient travaillé 24 heures et plus sans interruption. Les auteurs ont aussi noté que les facteurs de stress chez les non-professionnels étaient l'accomplissement des tâches, l'attente, le danger, la magnitude du désastre, tandis que Casseta (1994) a identifié comme facteurs qui [127] atteignent les intervenants, le surcroît de travail, l'éloignement du domicile, le sentiment de culpabilité et l'obligation d'avoir à composer avec des pertes humaines.

Armstrong *et al.* (1991) ont aussi fait mention des aspects spécifiques du désastre en milieu urbanisé (circulation, densité, etc.) comme facteurs de stress à la suite d'un tremblement de terre. Le manque d'intimité, en raison d'une pénurie d'équipement ou de locaux appropriés, incite également les intervenants à faire preuve d'ingéniosité. Dingman (1995) évoque le cas d'intervenants en santé mentale qui ont dû se fabriquer des isolements à l'aide de boîtes de carton vides pour procéder à des sessions d'écoute. Il précise, de plus, que l'intervention en milieu multiculturel demande des méthodes et des stratégies orientées en fonction des valeurs, des cultures et des expériences spécifiques des victimes.

Le travail des aidants rémunérés ou bénévoles est dans certains cas affecté par la crainte d'une seconde catastrophe, comme par exemple une nouvelle secousse après un tremblement de terre (Armstrong *et al.*, 1991), tout comme par la multiplication des rôles que ces derniers peuvent avoir à jouer lors de la crise (Dyregrov *et al.*, 1996) ou par un désir d'agir avec équité envers tous (Perry *et al.*, 1996). Les interve-

nants qui doivent quitter les victimes avec lesquelles ils sont fortement engagés pour vaquer à d'autres tâches vivent quelquefois une rupture ou un manque de continuité dans l'ensemble de leur travail, ce qui augmentera la détresse ressentie (Marmar *et al.*, 1996).

Une situation d'urgence suppose la réception et la transmission d'une foule d'informations et de communications. Le personnel réparateur est particulièrement à risque de subir un stress intense, pouvant même s'avérer supérieur à celui que rencontrent tous les autres types d'intervenants, et qui peut les affecter dans une mesure encore plus importante (Weaver, 1987). Lors [128] de certains incidents, les personnes qui reçoivent les appels sont sujettes à être les dernières à capter le message d'individus confrontés à une mort imminente. À la suite d'une étude réalisée auprès de fonctionnaires enquêtant sur une tragédie aérienne meurtrière ⁷⁶, Coarsey-Rader (1995) a noté que 23% d'entre eux démontraient des symptômes associés à un diagnostic d'état de stress post-traumatique lié à l'accident ou à une situation antérieure de même type.

Les éléments organisationnels

[Retour à la table des matières](#)

La gestion de tout désastre, qu'il soit considéré comme collectif ou plus restreint, sous-tend que des intervenants de divers organismes publics, parapublics, privés ou bénévoles risquent d'être touchés par les différentes opérations qui s'ensuivent. La manière dont sont gérées ces opérations agit sur les résultats escomptés, mais également sur le degré de bien-être psychologique des intervenants pendant et après l'événement. Les stressseurs organisationnels apparaissent, selon Stuhlmiller (1994), comme « les inévitables conflits qui émergent à propos des rôles, de l'autorité et des priorités opérationnelles que développent différentes organisations qui participent ensemble à un travail où un but commun est recherché » (notre traduction, p. 269).

⁷⁶ Il s'agit ici de l'écrasement d'un DC-9 de l'armée américaine en Caroline du Nord (Charlotte/Douglas International Airport) où 38 personnes perdirent la vie à l'impact ou lors de leur transport à l'hôpital.

La structure et le climat de l'organisation, l'existence de relations communicationnelles ; adéquates et l'engagement des membres influencent le degré de stress pendant et après le désastre. Aussi, les organismes qui tendent à considérer le personnel comme des ressources humaines et non comme une simple force de travail auront de plus fortes probabilités d'être avantagés au plan du bien-être, de la satisfaction, de la performance et du rétablissement de leurs membres (Bradford et John, 1991).

Plusieurs facteurs de stress ou d'inconfort liés à la gestion de crise et à l'intervention sont mentionnés par les chercheurs. Selon Paton (1996b), la lourdeur bureaucratique, incluant les nombreuses [129] règles et procédures qu'ont à observer ou à suivre les intervenants et qui sous-entend bien souvent des délais et de l'incertitude, augmente le stress vécu. Elle est souvent perçue comme une contrainte à la réponse des besoins immédiats des victimes ou des sinistrés. Les changements de politique de l'organisation sont également des facteurs de stress (Armstrong *et al.*, 1991). Les nombreux ajustements ou les modifications dans les manières d'opérer et d'agir des intervenants qui se succèdent ou qui en remplacent d'autres peuvent générer un sentiment de frustration. Pour Armstrong *et al.* (1995), un facteur commun de stress est la perception négative de la coordination des opérations. L'auteur mentionne aussi que les problèmes administratifs, les conflits de personnalité entre travailleurs et les différentes façons d'intervenir en santé mentale constituent les plus importants stressseurs.

Similairement, Armstrong *et al.*, (1991) spécifient que l'insatisfaction liée à la manière de gérer une crise constitue un important facteur de stress. Le manque de leadership d'un organisme dans la gestion de ses opérations risque également d'affecter les intervenants. D'ailleurs, Stuhlmiller (1994) a noté que cet aspect constituait une source importante de tension pour les membres du personnel du bureau du coroner chargé d'identifier les corps à la suite du tremblement de terre de Loma Prieta ⁷⁷. Newburn (1993) a aussi décelé que les difficultés émotionnelles et psychologiques des travailleurs sociaux de Hillsborough furent amplifiées par les problèmes organisationnels, notamment par

⁷⁷ Le tremblement de terre de Loma Prieta a causé la mort de 68 personnes, des blessures à 3 757 individus et des dommages s'élevant à 6 milliards de dollars (US).

une gestion inadéquate des travailleurs et le manque de support et de compréhension des gestionnaires.

Le stress et les conflits peuvent aussi provenir de la rencontre de plusieurs organismes sur un même site ou de plusieurs catégories d'intervenants à l'intérieur d'une même organisation qui n'utilisent pas nécessairement les mêmes méthodes ou procédures. (Bradford et John, 1991 ; Raphael et Middleton, 1987). Williams *et al.* (1988) suggèrent que le travail des intervenants [130] de première ligne est complexifié par les problèmes de coordination et de contrôle. Les policiers et les pompiers, par exemple, qui fonctionnent généralement de façon indépendante, ne sont pas toujours bien préparés aux interventions coordonnées. La délimitation des responsabilités et de l'autorité peut alors devenir ambiguë. Le même phénomène peut se produire parmi les différents secteurs d'intervention d'une même organisation et mener à de la confusion et à du stress immédiat chez les intervenants. La nature même du désastre, ainsi que les actions complexes qu'il suscite, provoquent la rencontre et l'interaction entre diverses organisations qui ne possèdent pas un même langage de par leur champ d'intervention. L'absence de langage commun peut alors nuire à l'efficacité des interventions (Orner et Alon, 1994).

Pas plus les intervenants que les administrateurs ne semblent à l'abri d'éventuels problèmes psychologiques liés au travail en situation de désastre et ce, peu importe le rang occupé dans la hiérarchie organisationnelle. McCarroll *et al.* (1992) ⁷⁸ évoquent que la prise de décision dans des délais limités, avec une information incomplète, l'interruption des communications avec les secouristes, l'impossibilité de procurer des encouragements et d'expliquer les décisions qui sont prises constituent des éléments de stress additionnel chez les gestionnaires et les intervenants. Les dirigeants des opérations ne sont pas exclus

⁷⁸ Dans cet article, les auteurs font référence à une intervention de consultation psychiatrique pour les membres touchés et la communauté. Cette démarche a débuté dans les 48 heures suivant l'événement critique et s'est étendue jusqu'à un an après le désastre, soit l'écrasement du vol 232 de la United Airlines à Sioux (10) en 1989 où 184 personnes ont survécu et 112 sont décédées. Les principaux intervenants étaient des membres de la « Air National Guard », mais l'intervention incluait des interventions orientées vers la communauté dans un objectif de réduction des effets du stress psychologique sur les groupes à risque élevé.

de l'exposition aux stressseurs évoqués chez les intervenants. Ils supportent de plus le poids de la responsabilité de la coordination des activités et de la prise de décisions critiques tout en gérant leur personnel. Ils tendent par ailleurs à s'exclure eux-mêmes de certaines interventions pouvant modérer les effets négatifs (les sessions de *débriefing*, par exemple) afin de laisser plus de liberté aux intervenants d'exprimer leurs émotions et sentiments (Williams *et al.*, 1988).

Selon Raphael *et al.* (1991), une organisation et une gestion [131] soigneuses constituent des antidotes aux effets du stress vécu par les intervenants. Dans le même ordre d'idées, la préservation d'un bon moral et de l'esprit d'équipe est une composante majeure de l'atténuation des effets négatifs initiaux (Alexander et Wells, 1991). D'autres éléments organisationnels, davantage axés sur les mesures prises par l'organisme envers ses membres, sont considérés dans la médiation des effets négatifs postérieurs à la crise et font l'objet d'une attention dans la section traitant du support organisationnel.

Les sources et les effets du support social chez les intervenants

[Retour à la table des matières](#)

Le support social est un construit qui relève de plusieurs dimensions. Mentionnons d'abord le support informationnel, qui comprend les informations nécessaires permettant de gérer une situation ou de la situer dans une perspective donnée. Ensuite, le support tangible, soit l'assistance financière ou les autres formes d'aide incluant le support que procure l'estime. Celle-ci confirme que la valeur personnelle tout comme le respect des personnes significatives donne un sens au rôle qu'accomplit l'intervenant. Il y a aussi le support émotionnel, qui donne la possibilité de partager ses émotions intimement et confidentiellement et, finalement, le support relevant de l'appartenance au groupe, qui procure un sentiment d'intégration et de confrérie (Paton et Stephens, 1996). C'est en rapport avec ces dimensions que les effets du support social procuré par la famille, les amis, les confrères de travail et l'organisation sont analysés dans cette section.

Le support social peut aussi être conceptualisé selon deux caractéristiques le différenciant : le support perçu et le support reçu. Le premier concerne la perception que l'on a du support qui pourrait être disponible si le besoin s'en ressentait, tandis que le deuxième implique le support effectivement reçu. Joseph *et al.* (1993) disent qu'il est préférable de s'interroger quant au [132] support effectivement reçu dans les suites immédiates d'un désastre.

Le support social a été identifié comme une variable médiatrice entre les événements traumatisants et la manifestation des symptômes subséquents tant dans leurs formes que leur intensité (Jenkins, 1997 ; Solomon, 1986). En modérant le stress, il peut contribuer à une meilleure santé mentale et comportementale des intervenants (Fullerton *et al.*, 1992). Duckworth (1991) propose quant à lui que la disponibilité du support social modère l'impact de l'événement extrême.

Le support de la famille, des amis et des confrères de travail

[Retour à la table des matières](#)

Selon Figley (1985), le support familial est une composante importante du support social. Il peut aider à atténuer les effets négatifs du stress vécu. À l'inverse, il risque de générer un stress additionnel si la famille n'est pas soutenue et si l'intervenant s'en préoccupe lors de son travail. Les intervenants, lorsqu'ils réintègrent leur domicile, ont besoin de parler de leur expérience et des sentiments éprouvés (Armstrong *et al.*, 1991 ; Raphael, 1986). Dans cet ordre d'idées, Jenkins (1996), ayant réalisé une étude longitudinale auprès de techniciens en urgence médicale, du personnel paramédical et de pompiers, a fait ressortir que le plus fréquent prédicteur de réduction des symptômes de stress aigu et d'un rétablissement subséquent pour ces intervenants était la perception que les personnes non engagées comprenaient leur expérience. Il n'est donc pas étonnant que les conjoints des intervenants aient été identifiés comme les agents de support les plus importants pour ceux-ci (McCammon *et al.*, 1992 ; Protection civile Canada, 1998).

D'autres chercheurs ont également mis en évidence l'impact du support familial sur le bien-être et la détresse ressentis. Shepherd et Hodgkinson (1990), se référant à Bartone *et al.* [133] (1989), ont trouvé que le support social modulait les effets du stress chez les officiers intervenant auprès des familles. Particulièrement lorsque ceux-ci étaient soumis à un stress important, le support de la famille, des amis et des superviseurs semblait protéger les individus de la morbidité psychologique et physique, peut-être en augmentant l'engagement dans la tâche et, par le fait même, en diminuant le conflit de rôle (responsabilités familiales versus responsabilités professionnelles) ou la confusion quant à ce dernier. Jones (1995) rapporte que de hauts taux de dysphorie à court terme sont observés chez ceux qui recherchent plus de support émotionnel ou chez ceux qui perçoivent le support dont ils disposent comme inadéquat.

Hodgkinson et Shepherd (1994) ont noté que ceux qui ont perçu une faible qualité de support social disponible démontraient une symptomatologie plus élevée à l'échelle de l'obsession/compulsion et de la préoccupation (HSCL). Jenkins (1997) rapporte également que des réseaux sociaux déficitaires étaient associés non seulement à des degrés de symptomatologie post-traumatique ou psychosomatique plus importants, mais également à une détresse générale plus élevée. Selon McCammon *et al.* (1988), les intervenants ont mentionné comme première source de support la famille, suivie des confrères de travail et des amis. Après une intervention faisant suite à l'explosion d'un édifice, le plus souvent les intervenants évaluaient comme très supportant la famille et les confrères de travail, alors que le support des amis et des voisins était perçu comme un élément neutre (Durham *et al.*, 1985). Armstrong *et al.* (1995) ont aussi précisé que les conversations téléphoniques, la correspondance, le fait de recevoir des encouragements de la famille et d'amis avaient procuré un certain soulagement.

Des chercheurs ont également noté qu'à la suite d'un ouragan, des infirmières, maintenues en fonction et ayant une famille à la maison, démontraient moins de symptômes psychologiques [134] que celles qui n'en avaient pas (Walters *et al.*, 1992). Ces auteurs ont toutefois spécifié que le fait que les infirmières pouvaient communiquer avec leur famille entraînait en considération dans les résultats obtenus.

L'importance du support provenant de pairs ou de confrères de travail a aussi été observée. Les relations adéquatement perçues chez les

membres d'un même groupe d'intervenants et celles avec des groupes externes semblent avoir un effet positif sur le bien-être psychologique. Alexander et Wells (1991) ont fait état d'une forte proportion (94%) d'intervenants ayant fait mention d'une bonne relation existant entre les divers corps engagés lors de l'intervention. La symptomatologie post-désastre fut d'ailleurs presque inexistante à la suite des opérations. Les coordonnateurs des opérations de gestion du stress dû à un incident critique, qui ont donné du support aux diverses catégories de professionnels et bénévoles lors d'un écrasement d'avion ⁷⁹, ont mentionné que le soutien des pairs et le réconfort mutuel les avaient aidés à surmonter les difficultés émotionnelles (Latta, 1999). Selon Joseph *et al.* (1997) et Meichenbaur (1995), les initiatives de commémoration de l'événement peuvent d'ailleurs s'avérer efficaces dans l'intégration de l'événement par les intervenants.

Les intervenants en santé qui utilisent des stratégies d'adaptation incluant le support social des pairs diminuent leur vulnérabilité aux effets négatifs possibles. C'est d'ailleurs sur ces résultats que sont fondées les attentes escomptées des activités de débriefing (Lane, 1993-1994). Afin de mieux intégrer l'événement stressant que constitue l'intervention en situation de désastre, certains intervenants ont évoqué que la camaraderie manifestée avec les confrères de travail lors d'opérations de ravitaillement, les échanges lors de repas et les discussions avec d'anciennes connaissances constituaient des aspects positifs (Armstrong *et al.*, 1995). Le support reçu non seulement des [135] confrères mais aussi de professionnels d'autres disciplines, tant sur les lieux qu'à l'extérieur des sites d'intervention, joue aussi un rôle important dans le bien-être des policiers (Alexander et Wells, 1991).

Gist et Taylor Harris (1996) et Robinson et Mitchell (1993) abondent dans le même sens : le partage de l'événement traumatisant avec des personnes ayant vécu une situation similaire comporte des bénéfices. Les résultats obtenus par Innes et Clarke (1985) ont aussi conclu que le support émotionnel entre pairs pouvait contrer l'influence des facteurs causals du stress lors de l'intervention chez des pompiers. Thompson et Solomon (1991) ont quant à eux suggéré qu'une réduc-

⁷⁹ Il s'agit ici de l'écrasement en mer du vol de la Swissair en 1998 à Peggy's Cove en Nouvelle-Écosse. On y dénombra 229 victimes, soit l'ensemble des passagers et des membres de l'équipage.

tion de la distance sociale ou hiérarchique entre les officiers et le resserrement de l'esprit d'équipe ont un effet bénéfique.

Le support social peut également avoir des effets négatifs pour ceux et celles qui l'offrent. Solomon *et al.* (1987) ont, sous cet aspect, noté que les femmes pouvaient être plus affectées que réconfortées par le support donné à des personnes significatives lors de situations de stress intense. Gibbs *et al.* (1993) invitent à ne pas conclure que le manque de support est un déterminant de la détresse. Les difficultés psychologiques vécues par les intervenants peuvent également amener une perception d'un support social faible et une plus grande difficulté, ou moins d'habileté, à obtenir un tel support. Dans cette optique, certains résultats peuvent sembler mitigés. La plupart des intervenants, à la suite de l'effondrement de la passerelle du Hyatt Regency, ont noté que les réactions de leur famille étaient neutres ou supportantes. Néanmoins, près de 20% d'entre eux trouvaient que leur famille n'était pas aidante et une proportion équivalente disait ne pas avoir trouvé leurs amis supportants ou ont évoqué l'absence de liens sociaux (Wilkinson, 1983).

Dans d'autres contextes de travail, le support social est vu [136] comme ayant un effet protecteur contre le stress au travail. Cherniss (1980) mentionne que la supervision inadéquate, le manque de supervision et de support du personnel sont des facteurs qui contribuent au stress dans les établissements de services publics. Laube-Morgan (1992) a aussi évoqué que le rapprochement avec la communauté lors de situations de crise apparaissait bénéfique chez certains intervenants.

Le soutien organisationnel

[Retour à la table des matières](#)

Les organisations, peu importe leurs structures respectives, semblent jouer un rôle prépondérant dans l'atténuation des effets négatifs sur la santé de leurs employés ou membres. Les prérogatives ou mesures de soutien qu'ils intègrent dans leurs activités de fonctionnement et qu'ils mettent à la disposition des intervenants font que les risques de conséquences négatives sur le bien-être physique ou psychologique se

voient diminués. Alexander et Wells (1991) suggèrent qu'un soutien organisationnel discret constitue un véritable antidote aux effets psychologiques négatifs. Vues sous un autre angle, les mesures de soutien peuvent s'avérer positives pour l'organisme également. Ainsi, Grevin (1996) évoque que, lorsque les responsables ont une bonne compréhension des symptômes qui affectent les intervenants et qu'une attention spéciale est portée aux problèmes psychologiques, le taux d'absentéisme au travail est réduit. Smith et de Chesnay (1994) ont également proposé que des stratégies pertinentes d'intervention atténuent les frais de l'organisation et de la société en contribuant à une diminution de la maladie chronique et de la prévalence de l'état de stress post-traumatique.

Une des mesures ou des mécanismes de soutien le plus souvent assurés par les organisations, tant aux États-Unis, au Canada qu'en Australie, et discutés dans la littérature, s'avère les programmes ou sessions de *débriefing* (Mitchell, 1983 ; Robinson et Mitchell, 1993). Comme il a été mentionné précédemment, plusieurs protocoles ou techniques de *débriefing* [137] peuvent être mis en place par un personnel compétent. Quelques considérations ont été émises relativement à ce procédé. Gibbs *et al.* (1993) mentionnent que le *débriefing* vise à renforcer les aspects supportants chez l'équipe d'urgence et qu'il peut être utilisé pendant et après le désastre. Pendant l'intervention, il vise à encourager les intervenants par l'échange de pensées, d'humour et de sentiments, tandis qu'après les activités, il intervient plutôt par un processus de rétroaction. Selon Armstrong *et al.* (1995), les intervenants qui procurent du réconfort aux victimes lors de désastres sont exposés à plusieurs stressors. Le MSD (Multiple Stressors Débriefing) est un modèle de *débriefing* qui privilégie la discussion de groupe sur les aspects les plus troublants d'un désastre et qui peut prévenir ou atténuer les conséquences négatives des réactions au stress (Armstrong *et al.*, 1995 ; Smith et de Chesnay, 1994). Mentionnons toutefois que la recherche empirique ne supporte pas l'efficacité d'une intervention hâtive auprès des intervenants ayant participé à des opérations traumatisantes.

Fullerton *et al.* (1992) perçoivent quant à eux les sessions de *débriefing* comme des mesures de soutien qui devraient être privilégiées, car elles permettent aux intervenants de partager entre eux les sentiments de culpabilité et d'impuissance, et favorisent le rétablissement

d'un climat de confiance et d'assurance essentiel entre les collègues et les supérieurs. Certains protocoles semblent mieux structurés et adaptés que d'autres. Ainsi, Dingman (1995) a mentionné que le protocole de soutien de la Croix-Rouge américaine fourni à ses membres, lors de l'ouragan Andrew, privilégiait l'encouragement aux rencontres d'employés, l'évaluation continue du niveau de stress des intervenants sur les lieux du désastre, l'offre de support à tous les intervenants - individuelle ou de groupe - et la coordination et la tenue de séances de *débriefing*. Le *débriefing* psychologique peut aussi être vu comme nécessaire pour permettre la reprise des activités des secouristes de manière efficace et rapide, [138] et mieux exercer la maîtrise du stress dans des situations similaires éventuelles (Nivet *et al.*, 1989).

Plusieurs auteurs ont conclu à des effets positifs ou bénéfiques des sessions de *débriefing* (Armstrong *et al.*, 1995 ; Duckworth, 1986 ; Fullerton *et al.*, 1992 ; Robinson et Mitchell, 1993 ; Taylor et Frazer, 1982). Par contre, d'autres chercheurs ne souscrivent pas à ce point de vue et précisent que l'efficacité d'une telle intervention n'a pas encore été démontrée. Brandt *et al.* (1995) font part d'un manque d'observations systématiques et de recherches empiriques sur l'utilité effective du *débriefing*. Kenardy *et al.* (1996) évoquent qu'en dépit de la faible évidence de son efficacité, la pratique du *débriefing*, qu'ils associent à un mouvement populaire dont la désirabilité est probablement due à la reconnaissance des effets psychologiques négatifs sur le personnel agissant lors de situations potentiellement traumatisantes, gagne de plus en plus d'adeptes. La tendance qui se dégage des écrits scientifiques veut que les évaluations subjectives tendent à des résultats démontrant plutôt de la satisfaction et un sentiment de bien-être après la participation aux sessions de *débriefing*, mais que les évaluations objectives à l'aide de mesures standardisées ne concluent pas à une amélioration de l'état psychologique des participants.

Les résultats de Quevillon *et al.* (1991) confirment que la majorité (80%) des intervenants évaluent le *débriefing* (Critical Incident Stress Débriefing) comme aidant, mais qu'il n'est pas associé à de bas taux de symptomatologie. Ersland *et al.* (1989) ont mentionné qu'un secouriste sur trois avait trouvé le fait de parler de son expérience peu ou pas aidant. Ce résultat est semblable à celui obtenu par Maltais *et al.* (2000b) dans une recherche effectuée auprès d'intervenants sociaux et de la santé ayant participé au déploiement des mesures d'urgence lors

de la tempête de verglas de 1998. C'est ainsi que moins du tiers (29,6%) des intervenants qui ont participé à des sessions de *débriefing* [139] après leur intervention en Montérégie considèrent que celles-ci ont été positives. Toutefois, près de la moitié des participants croient que ces sessions leur ont permis d'exprimer leurs sentiments et d'atténuer leurs craintes et leurs frustrations. De plus, selon le tiers des répondants, elles facilitent l'intégration de l'événement et permettent de mieux se préparer en situation de crise. Dickett *et al.* (1994) ont vérifié l'efficacité du modèle de *débriefing* (CISD) chez des infirmières engagées dans des équipes de recherches afin de réaliser des entrevues auprès de personnes traumatisées par certains événements. Ils ont mentionné que la mesure objective de l'efficacité de l'intervention était l'absence de roulement de personnel chez les infirmières pendant deux ans. Le *débriefing* constituerait également un important facteur de prévention de la fatigue de compassion qui correspond à un état de stress post-traumatique secondaire.

Stanley (1990) énonce aussi que la participation d'infirmières à un programme de stabilisation de crise et à des sessions formelles de *débriefing* lors de l'ouragan Hugo était associée à un rétablissement plus rapide. Smith et de Chesnay (1994) ont quant à eux noté qu'une forte majorité des sujets trouvaient que le CISD procurait un soulagement réel. Chez du personnel ayant dû intervenir lors d'une fusillade ⁸⁰, le *débriefing* fut aidant pour s'adapter à l'expérience traumatisante et accéléra le rétablissement par son impact positif sur les symptômes dépressifs et d'anxiété. Dyregrov *et al.* (1996) évoquent aussi qu'après une tragédie routière, les intervenants percevaient positivement le *débriefing*. À la suite d'une évaluation globale, quoique subjective, auprès de 31 groupes (172), Robinson et Mitchell (1993) ont conclu à une forte satisfaction ressentie face au *débriefing* par 51% du personnel d'urgence et par 44% du personnel des services sociaux et hospitaliers.

Certains auteurs ont toutefois récemment émis des réserves quant à l'efficacité objective des interventions de *débriefing* chez [140] le per-

⁸⁰ Cette étude fut réalisée auprès de 36 intervenants (techniciens médicaux, personnel paramédical et pompiers) qui sont intervenus lors d'une fusillade dans une cafétéria bondée à Killeen au Texas en 1991. Vingt-trois personnes furent tuées.

sonnel après leur participation à des activités comportant un potentiel de traumatismes, proposant que les effets du débriefing, en relation avec l'atténuation des symptômes post-désastres, n'ont pas été encore assez bien étudiés, plus spécifiquement en ce qui a trait à l'état de stress post-traumatique (Bisson et Deahl, 1994 ; Busuttil et Busuttil, 1997 ; Kenardy *et al.*, 1996 ; Raphael, 1995 ; Shaley, 1994).

Raphael (1995), citant quelques études, précise des constats méthodologiques et des résultats qui suscitent prudence et réflexion quant à l'interprétation de certaines études et de leurs résultats. Entre autres, elle rapporte que dans une des rares études ayant procédé à une évaluation systématique des sessions de *débriefing* ⁸¹, malgré que l'on mentionne que plusieurs sujets évaluaient le *débriefing* comme aidant et qu'ils se sentaient moins stressés deux semaines après l'intervention, il n'en demeure pas moins que 41% des assistantes sociales et 6% du personnel d'urgence ayant supervisé les opérations mentionnaient que l'expérience traumatisante continuait d'avoir un grand impact et que plusieurs autres symptômes continuaient de se manifester. L'auteure appuie également son constat sur la pénurie d'études réalisées avec des groupes contrôles et sur le fait que lorsque ceux-ci sont existants, on y remarque très peu de différences dans les résultats entre les groupes ayant participé ou non à des séances de débriefing.

Dans une même perspective, Bisson et Deahl (1994) partagent également de sérieuses préoccupations quant à divers aspects méthodologiques lors de l'évaluation de l'efficacité du *débriefing*. Entre autres, les auteurs évoquent le manque de vision prospective dans les recherches, la petite taille des échantillons, l'absence de groupes contrôles, la variabilité dans les degrés des traumatismes, l'ignorance de certaines variables, les taux de réponse peu élevés, les biais d'échantillonnage, le manque d'uniformité dans les activités de *débriefing* et la variabilité [141] dans l'administration des questionnaires. Selon les auteurs, il devient de plus en plus évident que certains risques peuvent être associés au *débriefing* psychologique ou à d'autres formes d'intervention hâtives. La pression à participer à un *débriefing* psychologique peut susciter une participation passive et du ressentiment chez les intervenants, lesquels sont aussi des victimes, qui ont besoin d'être consultés

⁸¹ Raphael se rapporte ici à Robinson, R. et J.T. Mitchell (1993). Evaluation of Psychological Debriefing, *Journal of Traumatic Stress*, 6 (3) : 367-382.

en ce qui a trait à leurs besoins de traitement. Pratiquer d'emblée le *débriefing* risque de nuire au dépistage des victimes qui sont effectivement ou qui seront sérieusement atteintes au plan psychologique.

D'autres recherches semblent également corroborer les réticences précédemment émises face à l'efficacité du *débriefing*. Griffiths et Watts (1992) ont par exemple remarqué que la présence de manifestations de stress post-traumatique chez le personnel d'urgence ⁸² ayant participé à un *débriefing* était plus élevée après douze mois que chez ceux qui n'y avaient pas participé, tandis que Kenardy *et al.* (1996) mentionnent que 34% des intervenants ⁸³ avaient trouvé le *débriefing* extrêmement ou très aidant, 46% moyennement aidant et 20% pas aidant du tout (moyenne de session auxquelles ils ont participé : 1.49). Il n'y avait pas non plus de relation entre l'appréciation des sessions et le degré d'exposition au danger et les expériences perturbantes (disruption expériences) en relation avec l'efficacité du *débriefing*. Si l'étude tire des conclusions à l'égard d'une diminution graduelle des symptômes dans le temps (étude longitudinale à 27, 50, 86 et 114 semaines), elle n'a pu conclure à une attribution de celle-ci à la participation aux séances de *débriefing*.

Jenkins (1997) a trouvé que la participation au CISD, contrairement aux attentes, était associée à plus d'évitement chez son échantillon de répartiteurs. Toutefois, l'auteure mentionne que cette association peut être attribuée à une plus grande utilisation du *débriefing* par des individus plus isolés et éprouvant [142] de la colère puisqu'ils avaient subi des pertes ou des dommages à leur propriété lors de l'ouragan. Stuhlmiller (1994) rapporte également certains aspects problématiques lors de la participation de pompiers à des séances de *débriefing*. Pour ceux-ci, le *débriefing* comportait un aspect stressant. Les sessions furent tenues après de longues heures de travail, alors que la plupart des pompiers étaient exténués et furent exaspérés d'avoir à y assister. Pour certains, dont l'intervention correspondait à un succès professionnel ou personnel, le fait d'avoir à écouter les doléances des

⁸² Il s'agit ici du personnel étant intervenu lors d'un accident d'autobus.

⁸³ Les auteurs ont effectué leur recherche auprès de divers intervenants (secouristes, ambulanciers, thérapeutes, travailleurs sociaux) à la suite du tremblement de terre de Newcastle, en Australie, en décembre 1989, qui causa 13 décès.

autres qui n'avaient pu faire aussi bien atténuait leur sens d'accomplissement et leurs sentiments positifs, et d'autres rapportaient que le fait de devoir admettre leur vulnérabilité devant leurs pairs menaçait de compromettre leur efficacité lors de futures interventions.

La réticence à participer à des sessions de *débriefing* est, dans certains cas, liée aux craintes de voir la carrière compromise par l'affichage d'une certaine vulnérabilité, d'être exclus de l'organisme ou d'être ridiculisés par les pairs (McCarroll *et al.*, 1993 ; Newburn, 1993). Selon les conclusions de McFarlane (1988a), les pompiers qui démontraient une symptomatologie aiguë d'état de stress post-traumatique étaient ceux qui semblaient avoir eu tendance à éviter le *débriefing* et à ne pas rechercher le support des collègues, tandis que l'apparition d'une symptomatologie d'état de stress post-traumatique retardée était plus remarquée chez ceux qui semblaient avoir intégré initialement l'expérience du désastre.

Certaines recommandations et suggestions sont également partagées en ce qui a trait aux mesures de soutien offertes par l'organisme. En ce qui a trait plus spécifiquement aux sessions de *débriefing*, Bisson et Deahl (1994) mentionnent que le *débriefing* psychologique (PD) peut être aidant chez les individus disposant d'un support social adéquat et chez qui on ne remarque pas la présence de facteurs de vulnérabilité. Ce qui [143] suggère que l'organisme doit avant tout tenir compte de ces éléments et tenter de les discerner en premier lieu. Les auteurs suggèrent en outre que l'on s'assure de la compétence de la ressource qui dirige ou anime les sessions, de choisir le moment opportun pour tenir les sessions et d'opter pour les formes ou les types de *débriefing* qui seront les plus pertinents. Plutôt que d'être utilisés de façon routinière, les modèles de *débriefing* devraient préalablement être testés ou évalués quant à leur efficacité.

Selon Kenardy *et al.* (1996), la principale difficulté du déroulement des séances de *débriefing* est d'assurer un réel climat de confiance qui permet aux participants d'exprimer et de partager leurs sentiments et les difficultés perçues. Alexander (1990) suggère quant à lui que le partage des émotions et des sentiments difficiles à intégrer a souvent été perçu comme un exercice de défoulement. Les buts du *débriefing* devraient cependant être extensionnés à d'autres considérations comme de revoir le rôle de l'intervenant, de faciliter l'expression des sentiments, d'explorer certains problèmes particuliers rencontrés

ainsi que leurs solutions, d'identifier les gains positifs, de discuter des conséquences du désengagement et d'identifier les intervenants à risque de subir des effets négatifs.

D'autres mécanismes de soutien ont également fait l'objet de l'attention des chercheurs. Sansone et Roman (1996) ont par exemple trouvé que l'accompagnement clinique et le support émotionnel du personnel et des étudiants en psychiatrie étaient les facteurs qui avaient eu le plus d'influence positive sur leur fonctionnement sur le site du désastre. Revicki et Gershon (1996) ont avancé que des améliorations au plan du support et de la cohésion dans le groupe de travail ainsi qu'un style de supervision adapté peuvent aider à atténuer les effets négatifs du stress occupationnel vécu par les intervenants. Un support direct sur les lieux du désastre, une évaluation actuelle, la possibilité d'alterner [144] les heures de travail et de repos, ou de quitter, etc., ainsi qu'un *débriefing* à l'extérieur du site dans les suites de l'intervention s'avèrent des moyens que l'organisation peut mettre à la disposition des intervenants afin de mieux les supporter. La mise à la disposition des intervenants de documentation écrite qui renseigne sur les symptômes qu'ils sont susceptibles de ressentir ainsi que de l'information sur les ressources de support disponibles constituent aussi d'autres formes de support organisationnel.

En ce qui concerne les intervenants en counseling, ils se placent dans un état de vulnérabilité lorsqu'ils travaillent sur les lieux du désastre. Le besoin d'exprimer leurs pensées et émotions afin de garder un sentiment de contrôle et de gérer adéquatement leurs propres réactions face au désastre est omniprésent. Le support d'un collègue pourra également leur être bénéfique, de même qu'une réintégration adéquate aux fonctions habituelles afin de contrer le sentiment d'inutilité qui peut se manifester après la cessation des activités intenses liées au désastre (Duckworth, 1991).

Il semble également que les intervenants agissant dans les services directs aux victimes ressentent le besoin de partager leurs idées en ce qui a trait au style et à l'efficacité des mesures appliquées, et cela, même si les autorités responsables de la gestion de la crise ont besoin de laisser passer une certaine période de temps afin d'évaluer ces aspects (Armstrong *et al.*, 1995). Des professionnels d'établissements de santé physique et mentale ont proposé certaines recommandations aux administrateurs et gestionnaires, dans le cadre d'une étude réalisée à la

suite de leur intervention lors d'un tremblement de terre. Ces recommandations sont présentées au tableau 11.

[145]

Tableau 11
Recommandations de professionnels
de la santé à la suite d'un désastre collectif

[Retour à la table des matières](#)

- * Promouvoir un mode de vie sain afin de prévenir les effets négatifs du stress.
- * Doter les établissements d'un plan d'intervention immédiate auprès des familles des intervenants afin d'assurer rapidement leur sécurité et pour qu'elles puissent apporter soutien et réconfort.
- * S'assurer de l'actualisation du plan d'urgence et y ajouter un code de langage pouvant être traduit par la communauté.
- * Tenir une formation annuelle pour l'intervention en cas de désastre et effectuer un suivi basé sur une critique compréhensive.
- * Prévoir des séances de *débriefing* pour les intervenants agissant lors de désastres.
- * Fournir des groupes de support et des sessions de counseling aux intervenants.
- * Planifier, au sein des organisations, des activités de reconnaissance formelle pour la participation lors des opérations de désastre.

Source : Laube-Morgan, J. (1992). The Professional's Psychological Response in Disaster : Implications for Practice, *Journal of Psychosocial Nursing*, 30 (2) : 17-22.

De plus, Armstrong *et al.* (1995) précisent la nécessité d'instaurer une équipe de gestion de crise agissant auprès des professionnels après un désastre. Cette équipe devrait également être présente lors du sinistre afin de faciliter le maintien de la stabilité émotionnelle chez les intervenants et de jouer un rôle actif dans les sessions de *débriefing* et d'évaluation globale des opérations.

Plusieurs auteurs ont également fait part de la nécessité de planifier des mesures individuelles pour les familles des intervenants [146] afin que celles-ci soient à même de mieux intervenir ou mieux réagir face au membre de leur famille directement engagé dans la situation d'urgence. Ces mesures devraient aussi viser à reconforter les familles des travailleurs qui sont privées d'un de leurs membres. Les familles devraient également être mieux renseignées sur les effets potentiels du stress sur le membre de la famille engagé dans le travail d'urgence ou de support (Fighley, 1985 ; Gibbs *et al.*, 1993 ; McCarroll *et al.*, 1993).

Se rapportant au travail d'Ivancevich et de ses collègues ⁸⁴, Dunning (1990) réitère qu'une organisation devrait disposer d'un système de diagnostic des stress pouvant ne pas être résolus chez ses membres avant que ne survienne le désastre. Ainsi, la prise en considération de facteurs où d'événements tels une maladie chronique, des changements dans le roulement des employés, des mutations, de l'absentéisme au travail et la performance au travail ainsi que l'état des relations de travail pourrait permettre d'identifier quels individus sont le plus à risque d'encourir des répercussions négatives. Cette procédure servirait avantageusement en tant que fondement ou guide dans les actions à entreprendre dans les suites d'un événement traumatisant. Finalement, il est suggéré que les consultations de support ne se limitent pas à une seule intervention sporadique, mais qu'elles soient assurées selon l'étendue du traumatisme, la nature des groupes affectés, les types de problèmes rencontrés, la fréquence des demandes et la présence de signes tangibles d'un début de rétablissement (McCarroll *et al.*, 1992).

⁸⁴ Ivancevich, J., M. Matteson et E. Richards (1985). Who's Liable for Stress on the Job ? *Harvard Business Review*, (63) 2.

L'expérience et la formation des intervenants

[Retour à la table des matières](#)

D'autres variables ou facteurs influent également sur la manifestation de symptômes initiaux et post-désastre, et sur leur durée. L'expérience et la formation agissent aussi sur le degré de satisfaction ressentie par les intervenants ainsi que sur certains sentiments et attitudes, tant sur le site qu'après la fin des opérations.

[147]

L'expérience des intervenants

[Retour à la table des matières](#)

L'expérience est une variable qui demande à être redéfinie ou comprise à travers le contexte du désastre. Selon Britton *et al.* (1994), des personnes expérimentées, comme les secouristes, les policiers ou les pompiers par exemple, peuvent manquer d'expérience dans certains aspects de l'aide à apporter (support psychosocial, manipulation de personnes blessées ou décédées, etc.) ou pour intervenir dans un contexte particulièrement difficile (froid intense, une dévastation physique des lieux, etc.). Britton *et al.* (1994) mentionnent également que les intervenants détenant le plus d'expérience sont aussi ceux qui sont le plus à risque de développer l'état de stress post-traumatique, de par leur exposition plus fréquente à des événements potentiellement traumatisants.

Bien que les désastres soient relativement fréquents dans une perspective nationale (Shepherd et Hodgkinson, 1990), Durckworth (1988) atteste qu'en fonction de leur spécificité, la plupart des intervenants ont de fortes probabilités de n'avoir acquis aucune expérience antérieure. Ils n'ont donc pu bénéficier d'occasions adaptatives et vérifier leur sens du contrôle sur les événements. Certains chercheurs ont conclu à un effet protecteur d'une expérience antérieure de l'intervention en situation de désastre ou lors de situations extrêmes. Celle-ci atténuerait l'impact initial et subséquent du désastre sur les interve-

nants et favoriserait une meilleure capacité d'adaptation et de réaction (Burkle, 1996 ; Duckworth, 1991 ; Durham *et al.*, 1985 ; Raphael, 1986 ; Raphael *et al.*, 1991). Nivet *et al.* (1989) mentionnent d'ailleurs que le choc émotionnel initial est davantage constaté chez le personnel peu expérimenté et les bénévoles moins bien préparés. D'autres recherches sont néanmoins parvenues à des résultats contradictoires, ce que présentent les lignes suivantes. Dans l'ensemble, l'expérience, en tant que variable pouvant agir sur la santé psychologique, semble paradoxale. D'un côté, elle laisse transparaître un effet immunisant et vue sous [148] un autre angle, elle est associée à une exposition plus fréquente, d'où une manifestation plus importante de symptômes subséquents.

Ersland *et al.* (1989) ont noté que les intervenants plus expérimentés démontraient une plus faible prévalence de problèmes de santé mentale, comparativement à ceux qui n'avaient pas, ou qui avaient peu participé, à des opérations les exposant à un stress intense. Similairement, Marmar *et al.* (1996) ont remarqué un degré de détresse plus élevé chez des travailleurs de construction et de maintenance du réseau routier comparativement aux policiers et pompiers. Ces deux catégories d'intervenants s'étaient investis dans des opérations de secours lors d'un même événement. Les auteurs suggèrent que ces résultats pourraient être expliqués par la formation reçue par les policiers et pompiers, et aussi par le phénomène de l'inoculation chez ces derniers. Les résultats de Ersland *et al.* (1989) démontrent aussi que la majorité du personnel inexpérimenté (88%) évaluait l'expérience de l'intervention en situation d'urgence comme la pire situation vécue au cours de leur existence, tandis qu'une impression similaire était rapportée par 68% des professionnels. Les chercheurs ont également décelé une fréquence plus importante des réactions d'évitement et d'hyperactivité chez les non-professionnels.

En ce qui a trait à des intervenants offrant du support psychologique, Brende (1988) mentionne que ceux qui ont moins d'expérience peuvent être plus affectés par l'écoute des victimes, tandis que Sansone et Roman (1996) précisent que certains facteurs compensent, en tout ou en partie, le manque d'expérience pratique. Ainsi, les internes en psychiatrie agissant comme bénévoles pour donner du support psychologique après l'explosion d'Oklahoma (lesquels avaient reçu une bonne préparation et étaient bien soutenus au plan clinique par la Fa-

culté), ont affirmé que ce sont ces facteurs qui les aidaient le plus à composer [149] avec les répercussions psychologiques post-désastre. Contrairement à ce qui était attendu, Hodgkinson et Shepherd (1994) ont noté que les travailleurs sociaux détenant le plus d'années d'expérience reflétaient une plus importante symptomatologie. Berah *et al.* (1984) ont aussi mentionné qu'en dépit d'une bonne expérience d'intervention auprès de personnes traumatisées, les intervenants en santé mentale démontraient un degré de stress élevé.

Bien qu'ils n'aient pas noté de différences significatives entre les intervenants expérimentés et inexpérimentés au plan de l'anxiété, de la dépression, de l'intrusion ou de l'évitement lors d'une évaluation trois mois après le désastre, Alexander et Wells (1991) ont relaté que l'expérience vécue lors d'une intervention en situation critique pouvait être perçue comme structurante et aidante au plan d'éventuelles interventions similaires, puisque 93% des intervenants évaluaient que le travail qu'ils avaient effectué était très utile. Chez un échantillon de bénévoles, Moran et Britton (1994) ont noté que les variables contribuant à une plus longue durée de la réaction aux incidents critiques étaient le nombre d'années d'expérience, la fréquence moyenne des appels et les résultats obtenus au GSI (Global Severity Index). Ceci peut être expliqué par le fait que ceux qui ont le plus d'années d'expérience sont également ceux qui ont été le plus souvent exposés à des incidents traumatiques. Les auteurs évoquent la possibilité de l'effet cumulatif des réactions. Dans une perspective semblable, Revicki et Gershon (1996) ont remarqué que le nombre d'années d'expérience ou une plus longue persistance à l'emploi chez les techniciens en urgence médicale était associée à une plus grande probabilité de rapporter du stress au travail et de la détresse psychologique. Inversement, Werner *et al.* (1992) ont relaté que la plupart des bénévoles (96%) ayant vécu un stress grave à la suite d'un incident s'estimaient mieux préparés à faire face à une prochaine exposition à un événement de ce genre.

[150]

L'étude de Grevin (1996) sur le stress au travail auprès de deux groupes d'intervenants, soit du personnel paramédical expérimenté et des étudiants du même domaine, a démontré que les deux groupes, dans des proportions presque similaires (respectivement 20% et 22%), semblaient souffrir d'un traumatisme. Chez les deux groupes, les résultats obtenus pour le déni et la répression (aux échelles du MMPI-2

PK) étaient significativement élevés comparativement à la norme, alors que les résultats obtenus pour la régression et la réaction à la formation, de même que pour l'empathie, étaient significativement bas. Ces résultats suggèrent que la manifestation d'état de stress post-traumatique n'est pas liée à l'expérience, contrairement à d'autres résultats où l'inverse se constatait ⁸⁵.

Certains autres constats peuvent également être éclairants quant au rôle ou aux effets de l'expérience en situation de désastre. Ainsi, Armstrong *et al.* (1991) ont mentionné que le manque d'expérience constaté par les intervenants chez d'autres individus ou personnes touchées peut constituer un facteur de stress important. Dans une autre perspective, Armstrong *et al.* (1995) pensent que les intervenants possédant une expérience significative peuvent aider ceux qui n'en détiennent pas ou qui en possèdent moins dans leur gestion et résolution de difficultés dans les suites de l'intervention.

La formation des intervenants : constats et besoins

[Retour à la table des matières](#)

La formation est un facteur important pour performer adéquatement et pour se sentir actif et en contrôle lors du déroulement des activités. Lorsque ces comportements ne sont pas apparents, l'expérience de l'intervenant aura plus de probabilité d'être associée à de la solitude, à de la culpabilité, à une piètre performance ainsi qu'à une impression de perte de contrôle ou un sentiment d'être une victime (Fullerton *et al.*, 1992). Il semble également qu'une formation et un entraînement pertinents agissent comme facteurs préventifs de morbidité psychologique [151] et contribuent à une réaction et une adaptation facilitées chez les intervenants (Burkle, 1996 ; Duckworth, 1991 ; Johnsen *et al.*, 1997 ; Lundin et Bodegard, 1993 ; Raphael, 1986 ; Shepherd et Hodgkinson, 1990 ; Weisaeth, 1989). Alexander et Wells (1991) asso-

⁸⁵ Grevin fait référence à Cydulka *et al.* (1989). A Follow-up Report of Occupational Stress in Urban EMT-paramedics, *Annals of Emergency Medicine*, 18 : 1151-1156.

cient quant à eux une préparation adéquate à un puissant antidote contre les effets post-traumatiques.

Selon Shepherd et Hodgkinson (1990), bien qu'il n'y ait pas d'évaluation contrôlée à l'heure actuelle, de nombreux comptes rendus attestent de la valeur de la formation des intervenants et des *débriefings* psychologiques ⁸⁶. Les deux peuvent combattre les conséquences négatives du travail lors de désastres. La formation réduit le sentiment d'impuissance et les *débriefings* facilitent le processus cognitif et émotionnel de l'expérience du désastre. Une formation se rapprochant le plus possible de la situation réelle à rencontrer permet de mieux anticiper les difficultés éventuelles et de se sentir plus en contrôle, d'où une réduction des sentiments d'impuissance et d'incertitude (Paton, 1989).

La formation chez les intervenants peut être déficitaire au plan de la connaissance générale de l'impact psychologique du désastre sur les victimes et des techniques de support appropriées, mais elle peut également l'être face à ses propres réactions et aux moyens de s'en prémunir ou de les soulager. Un manque de formation peut également être perceptible chez des professionnels de diverses disciplines, incluant les médecins et d'autres intervenants de la santé, appelés à intervenir lors d'opérations où l'intégrité physique ou psychologique des victimes est compromise (Burkle, 1996 ; Carlton, 1980).

Selon McFarlane (1984), les secouristes ne sont généralement pas formés pour identifier les victimes avec des problèmes psychiatriques majeurs et les diriger vers les ressources appropriées, et ne se sentent pas concernés par cette situation. Raphael et [152] Middleton (1987) ont également noté que, bien souvent, les intervenants appelés comme secouristes ont une formation militaire ou policière et ont tendance à nier initialement l'impact psychologique du désastre. De plus, même si chez les personnes évacuées certains problèmes psychologiques sont apparents, il arrive souvent que les intervenants qui les prennent en charge ne possèdent pas les techniques appropriées pour les aider. Lamontagne (1983) suggère un manque de « sophistication psychologique » chez des intervenants régulièrement exposés à des situations

⁸⁶ Mitchell, J. (1983). When Disaster Strikes. The Critical Incident Stress Debriefing Process, *Journal of Emergency Medicine Services*, 8 : 36-39.

où les problèmes de cet ordre sont souvent rencontrés et doivent être gérés.

Le manque de formation cause un stress important chez les intervenants appelés à répondre à des tâches pour lesquelles ils ne se sentent pas préparés (Bradford et John, 1991) et plusieurs ne sont pas préparés aux sentiments qu'ils vivront lors du travail ou dans la phase post-désastre (Paton, 1996a). À la suite d'une étude longitudinale réalisée auprès de professionnels et de non-professionnels intervenus après un tremblement de terre, Lundin et Bodegard (1993) ont remarqué qu'une meilleure préparation était associée au sentiment d'avoir géré plus efficacement les effets de l'intervention, tant à une semaine qu'à neuf mois. Le sentiment d'inefficacité était significativement associé à une préparation insuffisante ($p < 0.05$, 0.001).

Il semble également que l'habileté à percevoir les stimulus liés au danger et à évaluer la menace potentielle que renferme un événement particulier dépend entre autres de la formation de l'intervenant (Dunning, 1990). La perception d'une formation inadéquate ou d'un manque de connaissance peut provoquer de l'impuissance associée à un sentiment personnel d'inadéquation ou d'incompétence qui risque de dégénérer en culpabilité et d'entraver le travail régulier.

La formation adéquate correspond à une forme de soutien organisationnel incontournable. Cette préparation ou formation [153] doit mettre en évidence de quelles manières les intervenants peuvent être affectés, même s'ils se croient immunisés, et expliquer les diverses façons de s'adapter en fonction des problèmes rapportés ou ressentis. Elle se doit aussi de renseigner sur la procédure expliquer la procédure de routine à suivre par l'organisation pour garantir une offre de soutien aux intervenants et comporter un volet sur la confidentialité à assurer lors des activités de support (Duckworth, 1991).

La documentation semble consistante en ce qui a trait aux effets bénéfiques de la formation sur l'intervention initiale et la modération des effets psychologiques négatifs subséquents. Ainsi, Dyregrov et Solomon (1991) ont trouvé qu'une formation adaptée aux responsabilités et aux tâches à accomplir en situation d'urgence était associée à de plus bas taux de détresse chez les intervenants après le désastre. Dingman (1995) a évoqué le manque de préparation et de formation des intervenants de l'ARC (American Red Cross). Ces derniers avaient

cependant débuté une formation en collaboration avec le DMHS (Disaster Mental Health Services) quelque temps avant l'ouragan Andrew. Le manque d'efficacité et d'entraînement fut ressenti au plan personnel, mais a également restreint l'efficacité et le rendement au travail.

Ersland *et al.* (1989) ont aussi noté que, chez les secouristes non professionnels (travailleurs, infirmières, médecins, pilotes, etc.), le manque de formation liée aux tâches à accomplir lors des opérations de secours après le naufrage d'une infrastructure pétrolière en haute mer induisait plus de réactions symptomatiques de stress et une plus importante difficulté à agir (ou capacité fonctionnelle réduite) lors des opérations. Selon l'étude réalisée par Dyregrov *et al.* (1996), 50% des bénévoles et 28% des professionnels ayant porté secours à des victimes d'une tragédie routière impliquant un autobus ⁸⁷ ont ressenti ne pas être adéquatement préparés aux tâches qu'ils ont eu à accomplir. De [154] plus, 50% des bénévoles et 25% des professionnels ont mentionné avoir vécu de l'incertitude dans les gestes et actions à effectuer.

Lors de leur participation à des rencontres de groupes, les intervenants ayant vécu l'expérience d'un blizzard ont mentionné la pertinence d'une formation commune aux diverses catégories d'intervenants agissant en situation de désastre afin de parvenir à une cohésion plus effective. Des avantages tels une meilleure confiance en soi et en ses habiletés à composer avec des situations difficiles ressortent également des propos des participants (Perry *et al.*, 1996).

Certains chercheurs ont toutefois constaté, chez des intervenants préalablement formés pour les situations de crise ou de désastres collectifs, la présence de symptômes physiques ou psychologiques. Ainsi, les intervenants en santé mentale rencontrés par Berah *et al.* (1984), bien qu'ils aient bénéficié d'une formation extensive sur les traumatismes psychologiques, ont été considérablement stressés par leur expérience.

Soulignons aussi que Maltais *et al.* (2000b), dans une étude récente auprès d'intervenants ayant participé au déploiement des mesures

⁸⁷ Les auteurs font référence à la collision d'un autobus contre le mur d'un tunnel à la suite d'une défectuosité des freins, survenue en Norvège en 1988. Des 34 passagers, 24 étaient des enfants. Quatre adultes et 12 enfants perdirent la vie alors que plusieurs des survivants furent blessés très sérieusement.

d'urgence lors de la tempête de verglas, ont constaté que les intervenants qui avaient suivi une formation sur l'intervention psychosociale en cas de sinistre considéraient que leur état de santé s'était détérioré dans des proportions plus élevées que les intervenants n'ayant pas reçu de formation préalable. Ils sont aussi significativement plus nombreux à avoir éprouvé de la fatigue, des douleurs musculaires et des tensions tout au long de leur implication auprès des sinistrés.

Reconsidérant la tragédie de Gander, Wright *et al.* (1990) ont remarqué qu'en dépit d'une formation et d'une expérience conséquentes, les intervenants offrant du support psychologique [155] ont ressenti une forte détresse à la suite de leur travail sur les sites et auprès de ceux qu'ils ont soutenu. Dans un même ordre d'idées, Gibbs *et al.* (1996) ont noté que même si la formation était évaluée comme aidante et appropriée par les intervenants, elle n'était pas associée à moins de détresse.

Sans établir un lien entre les symptômes psychologiques et la formation, Andersen *et al.* (1991) ont relevé que 42% des intervenants (policiers, pompiers, ambulanciers, membres de la défense civile, etc.) se sentaient non préparés pour les tâches qu'ils avaient eu à accomplir lors d'un déraillement de train meurtrier. Par ailleurs, 57% d'entre eux n'avaient pas reçu une formation les préparant à une intervention de ce genre.

Le nécessaire engagement des organisations auprès de leur personnel ou de leurs membres est également mis en évidence, de même que certains aspects qui devraient se voir apporter une attention particulière lors de l'évaluation des besoins et la mise en place d'activités formatrices. Cet engagement peut se traduire par une sensibilisation et une responsabilisation des organisations face à l'efficacité des interventions et aux stress et traumatismes que peuvent vivre les intervenants. Les organismes d'informations et d'expertises ont aussi avantage à s'enquérir quant aux mécanismes qui peuvent aider les intervenants à mieux performer, des manières de faciliter leur adaptation optimale à l'événement et ainsi réduire la potentielle symptomatologie ultérieure (Dunning, 1990 ; Gibbs *et al.*, 1993).

Dans une perspective de formation adéquate comme élément protecteur des effets négatifs du stress, les organisations gagnent à identifier les situations pouvant être les plus stressantes, enseigner et favori-

ser la coopération chez le personnel, fournir et utiliser des méthodes de support pour les intervenants, afin qu'ils arrivent à maîtriser eux-mêmes leur stress et pour permettre une intégration positive de l'événement dans la vie de l'individu [156] (Raphael *et al.*, 1991). Une formation comportant une certaine uniformité, afin que tous les intervenants qui offrent du support psychologique aient la possibilité d'agir selon les mêmes paramètres ou sur une base commune, est également un élément à prendre en considération dans l'élaboration des programmes donnés aux membres, professionnels ou bénévoles, de divers organismes (Latta, 1999).

Les initiatives de formation comportant un volet qui renseigne sur les variétés de réactions normales face au stress, de même que sur la symptomatologie pathologique sont à privilégier. Elles devraient également inclure de l'information sur les facteurs modérateurs des symptômes. Fullerton *et al.* (1992) estiment aussi qu'il est primordial que les formations puissent aider les intervenants à reconnaître les réactions psychologiques, qu'elles incluent des méthodes de maintien de la communication et de l'interaction, et qu'elles privilégient l'engagement auprès des confrères et avec les autres réseaux de support social. Les sessions de formation devraient aussi comporter une composante éducative sur les mécanismes d'adaptation et d'évitement qui peuvent se substituer à l'abus de substances nocives (Gibbs *et al.*, 1993). Aguilera et Planchon (1995) ont aussi fait ressortir la nécessité de la formation des intervenants en santé mentale ainsi que de leurs formateurs. En plus des connaissances de base, des activités de formation continue et des expériences pratiques sur le terrain sont essentielles afin de maintenir l'intérêt et de tenir à jour les techniques d'intervention indispensables à déployer lors de désastres ou de situations de crise collective. Les institutions d'enseignement ont également un important rôle à jouer en favorisant chez les étudiants en psychologie (1er cycle) des activités de formation telles que des expériences pratiques auprès des communautés, sous la supervision de psychologues.

Les activités de formation doivent aussi contribuer à faire savoir au personnel ce que l'on attend vraiment de lui, quelles [157] sont les limites de ses responsabilités et de ses rôles. Des techniques de communication claire et efficace se doivent également de faire partie des activités formatrices. L'entraînement en commun d'équipes multidisciplinaires aide à diminuer les conceptions erronées du travail et les

mythes liés au travail des différents groupes professionnels. Les superviseurs devraient également acquérir certaines habiletés de vérification de la fatigue des intervenants afin de prévenir l'épuisement, l'incapacité à performer efficacement et inciter ceux-ci à ne pas excéder leurs propres capacités. Un examen rétrospectif suivant les opérations de *débriefing* pour s'assurer que le personnel est habilité à intervenir lors d'une éventuelle catastrophe s'impose également. Ces activités de formation peuvent réduire certains aspects négatifs du travail en situation de désastre (Bradford et John, 1991 ; Revicki et Gershon, 1996). Une formation et une planification adéquates contribuent à rendre plus clair et explicite le rôle de l'intervenant en situation de désastre, réduisant ainsi la possibilité de conflits de rôle (famille/travail d'urgence) et la possibilité d'abandon du rôle d'intervenant lorsqu'un désastre se manifeste. Les intervenants pourraient ainsi développer des façons de s'assurer de la sécurité des leurs afin que cette dimension n'intervienne pas dans le rôle d'aidant (Mileti, 1985).

Certaines variables sociodémographiques doivent également entrer en considération dans la formation donnée. Les formateurs et intervenants qui donnent la formation et les sessions de *débriefing* doivent tenir compte de l'effet de l'âge, du sexe, de la situation conjugale, de l'éducation, etc. qui influencent le stress vécu, les mécanismes d'adaptation utilisés et les symptômes. Le support social se doit aussi d'être considéré sous cet aspect puisqu'il peut varier selon la classe sociale, le degré d'éducation, l'habileté à l'obtenir, etc. (Gibbs *et al.*, 1993). McCammon *et al.* (1988) proposent aux organismes d'analyser la procédure de travail et de formation liée à l'intervention en situation de désastre et de développer des programmes qui sont basés sur des [158] services appropriés, effectifs et exportables à d'autres situations similaires, et Mitchell et Dyregrov (1993) insistent sur des stratégies pour renforcer l'esprit d'équipe et le support entre les intervenants, comme par exemple aller marcher ensemble ou prendre des repas en commun à l'extérieur du site.

Selon Gist et Taylor Harris (1996), les pratiques de gestion se doivent de refléter sans équivoque les valeurs de l'organisation ainsi que sa mission, et tendre, par les activités régulières, à démontrer comment des réactions de craintes personnelles en situation critique peuvent être transposées en défis professionnels. Il y aurait, selon Dunning (1990), une certaine réticence de certains organismes à investir

dans la planification relative aux impacts émotionnels puisqu'ils perçoivent le désastre comme ne survenant généralement qu'une fois dans la vie. Ce dernier est donc vu comme un événement unique dont on tend à sous-estimer les effets. Devant certaines limites des ressources financières ou humaines, les administrateurs préfèrent bien souvent investir ailleurs.

Les réactions psychologiques peuvent également constituer un sujet tabou pour les intervenants. À cet effet, on suggère d'inclure un volet concernant la recherche sur les traumatismes psychologiques associés au travail sur les lieux de désastres. L'organisme pourrait aussi, tout comme pour les blessures physiques, proposer des méthodes de réhabilitation après un traumatisme psychologique. L'information sur les conséquences naturelles de l'intervention en situation de désastre et l'assurance que celles-ci sont considérées comme normales et qu'on s'attend à ce que l'employé accepte l'aide proposée quand son travail risque d'être perturbé par de telles réactions constituent également des aspects qui devraient être intégrés dans les mesures formatrices. De plus, les intervenants devraient être sensibilisés à leur responsabilité du partage d'expérience pour résoudre les problèmes psychologiques (Dunning, 1990).

[159]

Paton et Stephens (1996) suggèrent qu'une préparation générale, globale à travailler dans des situations comportant des facettes menaçantes, complexes et exigeantes contribue à une meilleure intégration des exigences du désastre en fonction du schéma opérationnel des intervenants. Les auteurs proposent ensuite qu'un programme préparatoire doit, entre autres, inclure les éléments cités dans le tableau 12.

Tableau 12
Éléments favorisant une meilleure
intégration du désastre chez les intervenants

[Retour à la table des matières](#)

- * Une conscientisation accrue des conséquences émotionnelles et psychologiques du travail lors de désastres.
- * La création d'attentes réalistes en regard de la nature et de l'efficacité de leurs activités.
- * Une révision des désastres pour augmenter la connaissance de la nature de l'environnement du désastre.
- * Le développement du leadership en situation de désastre.
- * Le développement de réseaux de support dans un contexte d'équipe.
- * L'accroissement de la résistance physique et psychologique en utilisant des techniques de survie à l'extérieur.
- * L'utilisation de simulations dans le cadre de la formation.
- * L'utilisation de l'information provenant du site du désastre pour définir les rôles et les tâches avant d'arriver sur le site.

Source : Paton, D. et C. Stephens (1996). Training and Support for Emergency Responders, in D. Paton et J.M. Violanti, *Traumatic Stress in Critical Occupations - Recognition, Consequences and Treatment*, Charles C. Thomas Publisher, Springfield, Illinois, p. 173-200.

[160]

Lane (1993-1994) souligne également que les intervenants en santé qui évaluent le débriefing comme un outil aidant sont ceux qui suggèrent qu'on y apporte des modifications. Les changements suggérés par les participants apparaissent dans le tableau 13.

Tableau 13
Modifications suggérées par
des participants à des activités de débriefing

[Retour à la table des matières](#)

- * Une formation accrue des membres de l'équipe de *débriefing*.
- * L'augmentation des dirigeants disponibles lors des sessions de *débriefing*.
- * En certaines occasions, le *débriefing* devrait être tenu après les 72 heures recommandées.
- * Tous les membres du personnel ont besoin d'être informés en regard du modèle CISD (Critical Incident Stress Débriefing) et de ses bases conceptuelles.
- * L'implantation de sessions pour les familles et les travailleurs sociaux.
- * L'augmentation de la flexibilité du cadre du *débriefing* afin de mieux correspondre aux besoins de l'établissement.
- * Un poste à plein temps pour un dirigeant des sessions de *débriefing* devrait être créé.
- * Les besoins en matière de *débriefing* devraient être intégrés dans la gestion de la qualité totale.
- * Les dirigeants des sessions de *débriefing* devraient recevoir de la formation continue et être en contact avec d'autres équipes des hôpitaux ou de la communauté.
- * L'administration devrait participer aux *débriefings* afin de mieux comprendre les besoins des intervenants en santé.

Source : Lane, P.S. (1993-1994). Critical Incident Stress Débriefing for Health Care Workers, Omega, 28 (4) : 301-315.

[161]

Des médecins et des secouristes préparés au plan des réactions psychiques généralement observées ainsi que sur la façon de trier et de traiter les victimes sont des atouts majeurs en situation de désastre. Leur présence est le meilleur moyen de prévenir les effets néfastes des réactions émotionnelles trop intenses qui peuvent dégénérer en symptômes chroniques. Les établissements d'enseignement pourraient par ailleurs fortement contribuer à de telles activités (Nivet *et al.*, 1989).

Résumons

[Retour à la table des matières](#)

Certains chercheurs se sont penchés sur les variables, caractéristiques et facteurs qui influencent les effets du travail en situation de désastre ou d'urgence sur la santé biopsychosociale des intervenants ainsi que sur les modes ou stratégies d'adaptation utilisés pour modérer ces effets. L'intérêt pour cette dimension de la recherche a par ailleurs permis l'élaboration de plusieurs modèles théoriques. Un récent courant chez les scientifiques tend également à rechercher et à identifier les variables pré-désastre, ou les facteurs préalables à l'intervention, qui peuvent agir sur la performance individuelle initiale et sur la symptomatologie pendant et après les événements traumatisants.

Selon les résultats de plusieurs recherches, les variables sociodémographiques semblent peu contribuer à hausser le potentiel d'intégration de l'événement ou de l'intervention par les intervenants. Toutefois, les intervenants plus âgés semblent davantage protégés tandis que ceux de sexe féminin rapportent davantage de stress vécu ou de détresse. Le fait de vivre en couple, ou seul, ainsi que les responsabilités familiales suggèrent des résultats contradictoires quant à l'effet de ces variables sur l'impact émotionnel ou psychologique. On remarque également une tendance aux effets bénéfiques en présence d'un degré d'éducation plus élevé ou une relation positive entre une plus forte instruction et une symptomatologie moins importante.

[162]

Quatre constats généraux se dégagent :

- * l'absence de consensus chez les chercheurs quant à la portée ou à l'importance de certaines variables en regard des effets constatés chez les intervenants ;
- * le besoin d'accentuer les recherches sous cet aspect ;
- * l'interférence entre les variables ou la difficulté d'isoler les variables ;
- * les réactions différentes des individus à une même expérience comportant un degré potentiel de traumatisme ou au travail en situation de désastre ou d'urgence.

Le tableau 14 présente les caractéristiques individuelles, les traits de personnalité ainsi que les facteurs personnels qui influencent les symptômes, la psychopathologie, la vulnérabilité ainsi que les capacités d'adaptation des intervenants pendant et après les désastres.

Le sens attribué à l'événement par l'intervenant ou celui que prend l'expérience pour l'individu joue aussi un rôle majeur dans les réactions et l'adaptation initiales ou post-désastre.

Des éléments contextuels agissent sur la santé biopsychosociale des intervenants. De même, des éléments organisationnels entrent en considération dans l'intensité des réactions et des symptômes. Ce sont surtout les éléments cités dans le tableau 15 qui semblent jouer un rôle prépondérant ou qui ont fait l'objet de l'intérêt des chercheurs.

[163]

Tableau 14
Caractéristiques individuelles, traits de personnalité
et facteurs personnels agissant sur la symptomatologie,
la détresse ou la capacité d'adaptation des intervenants

[Retour à la table des matières](#)

CARACTÉRISTIQUES INDIVIDUELLES ET TRAITS DE PERSONNALITÉ AIDANTS	FACTEURS PERSONNELS CONTRAIGNANTS
<ul style="list-style-type: none"> * La présence de valeurs morales et éthiques, et la spiritualité * La maturité émotionnelle et psychologique * La tolérance à l'ambiguïté * La personnalité endurcie ou inébranlable * La confiance en soi * L'estime de soi * Le sentiment de maîtriser les habiletés et de posséder les compétences nécessaires * La personnalité stable et extravertie * Le contrôle de soi * La bonne santé physique * Le sentiment de contrôle sur sa vie * La capacité à se dégager de l'intervention aux plans psychologique et émotionnel 	<ul style="list-style-type: none"> * La présence, ou le fait de vivre simultanément à l'intervention, une situation provoquant un stress important * La personnalité psychotique * Le syndrome contre-désastre (<i>counter disaster</i>) * L'apparence d'invulnérabilité ou de fort contrôle sur soi-même ou sur ses émotions * La présence d'un deuil récent ou non résolu ainsi qu'une perte significative non intégrée au plan personnel ou émotionnel * La présence de névroses * Un passé de traitement ou de maladie psychologique ou psychiatrique * La manifestation de fortes réactions au stress lors de l'intervention

[164]

Le support social constitue une variable qui influe sur la manifestation de la détresse, des symptômes ressentis et sur les stratégies d'adaptation utilisées par les intervenants. Il peut être conceptualisé différemment, selon les orientations des chercheurs ou leurs préoccupations scientifiques, et provenir de diverses sources ou être constaté comme déficient dans certains domaines. Il peut s'avérer difficile d'évaluer le support reçu ou le support perçu en raison de la présence de difficultés psychologiques chez les intervenants ou de leur manque d'habiletés à se prévaloir d'un support effectif. Par ailleurs, les conjoints sont souvent identifiés par les intervenants comme les agents de support les plus importants.

Au plan du support organisationnel, le *débriefing* est considéré comme un élément intégré dans les mesures de soutien aux intervenants. Les principales sources de support mentionnées dans la littérature ainsi que les effets positifs ou négatifs leur étant associés sont présentés au tableau 16.

Certains effets sont également rapportés en l'absence d'un support social adéquat. Les lacunes observées au plan du support social contribuent ainsi à susciter un stress additionnel chez la famille lorsqu'elle n'est pas supportée par l'organisation (Armstrong *et al.*, 1991 ; Raphael, 1986), à augmenter les taux de dysphorie (Jones, 1995), à générer des symptômes obsessifs/ compulsifs et de préoccupation plus élevés (Hodgkinson et Shepherd, 1994) et à hausser l'importance de la symptomatologie post-traumatique et psychosomatique, ou encore la détresse (Jenkins, 1997) ou le stress chez les intervenants (Cherniss, 1980).

Il ressort aussi que les membres des familles, ou les conjoints des intervenants, éprouvent un besoin de support en l'absence de la personne significative engagée dans les opérations de secours ou les activités de support psychologique générées par une situation collective critique. Ce besoin peut aussi être

[165]

Tableau 15
Éléments contextuels et organisationnels
agissant sur la santé des intervenants

[Retour à la table des matières](#)

ÉLÉMENTS CONTEXTUELS	ÉLÉMENTS ORGANISATIONNELS
<p>Le degré de dévastation</p> <ul style="list-style-type: none"> * La cause du désastre et son étendue * L'aspect collectif du désastre * La présence de décès et de blessures physiques * L'intensité et la durée de l'engagement * La tenue de plusieurs rôles * Le contexte chaotique * Le degré d'exposition au désastre ou à l'incident critique et aux victimes ou à leurs proches * Les situations dangereuses ou menaçantes pour l'intégrité physique ou psychologique de l'intervenant * L'intervention dans un climat de surpopulation * Les demandes nombreuses, excessives et incompatibles * Les conditions climatiques difficiles * La forte pression * La présence des médias * L'absence de locaux ou des locaux inappropriés, le manque d'équipement ou de matériel, les problèmes liés à l'absence ou la détérioration des services publics ou aux systèmes de communication 	<ul style="list-style-type: none"> * Les modes de gestion ou de coordination de la situation ou des opérations d'urgence * La structure et le climat organisationnels * La procédure de communication * Le degré d'engagement des membres de l'organisation * Le degré de consultation des intervenants * La circulation de l'information * Le degré de considération des intervenants par l'organisation * La lourdeur bureaucratique * L'incohérence ou l'ambivalence de l'organisation dans ses politiques ou ses orientations * Les rivalités et les conflits de personnalité * Les problèmes administratifs * Les conflits et l'ambiguïté relatifs à la procédure d'intervention en santé mentale différente d'un organisme à l'autre * Le manque de leadership * La gestion inadéquate du personnel * Le manque de support et de compréhension des gestionnaires

ÉLÉMENTS CONTEXTUELS	ÉLÉMENTS ORGANISATIONNELS
	<ul style="list-style-type: none"> * La rencontre d'intervenants et d'organismes provenant de disciplines différentes * Les difficultés relevant de l'établissement ou de la délimitation des responsabilités respectives des organismes ou des intervenants * L'absence de langage commun aux divers intervenants ou organismes engagés dans la gestion d'un désastre ou d'une situation d'urgence majeure.

[166]

Tableau 16
Principales sources de support
et effets constatés chez les intervenants

[Retour à la table des matières](#)

SOURCES DE SUPPORT SOCIAL	EFFETS BÉNÉFIQUES CONSTATÉS
Conjoint et membres de la famille ou amis	<ul style="list-style-type: none"> * Atténue les effets négatifs du stress vécu lors de l'intervention (Armstrong <i>et al.</i>, 1991 ; Bartone <i>et al.</i>, 1989 ; Raphael, 1986) * Augmente l'engagement à la tâche (Bartone <i>et al.</i>, 1989) * Protège de la morbidité psychologique et physique (Bartone <i>et al.</i>, 1989) * Amoindrit la fréquence des symptômes psychologiques (Waters <i>et al.</i>, 1992) * Procure un sentiment de soulagement (Armstrong <i>et al.</i>, 1995)
Confrères et intervenants d'autres organismes, ou de l'organisme	<ul style="list-style-type: none"> * Augmente le bien-être psychologique (Alexander et Wells, 1991) * Augmente la capacité à surmonter les difficultés émotionnelles (Latta, 1999) * Protège contre la morbidité psychologique et physique (Bartone <i>et al.</i>, 1989) * Diminue la vulnérabilité aux effets négatifs (Lane, 1993-1994) * Augmente la capacité d'intégrer l'événement (Armstrong <i>et al.</i>, 1995) * Modère les facteurs causals de stress (Innes et Clarke, 1985) * Augmente les effets bénéfiques généraux (Gist et Taylor Harris, 1996 ; Robinson et Mitchell, 1993 ; Thompson et Solomon ; 1991)

SOURCES DE SUPPORT SOCIAL	EFFETS BÉNÉFIQUES CONSTATÉS
	<ul style="list-style-type: none"> * Protège contre les effets psychologiquement traumatisants (Alexander et Wells, 1991) * Réduit l'absentéisme au travail (Grevin, 1996) * Diminue pour l'organisation les frais de la maladie chronique et atténue la fréquence de l'état de stress post-traumatique (Smith et de Chesnay, 1994) * Renforce la dynamique de support parmi l'équipe (Gibbs <i>et al.</i>, 1993) * Permet le partage des sentiments difficiles vécus pendant l'intervention et augmente le sentiment de confiance (Fullerton <i>et al.</i>, 1992) * Augmente le succès du retour au travail et assure une meilleure maîtrise du stress (Nivet <i>et al.</i>, 1989) * Permet un retour accéléré au travail (Stanley, 1990) * Diminue les symptômes de dépression et d'anxiété (Smith et de Chesnay, 1994)

[167]

ressenti par la famille ou le conjoint face à l'incapacité de l'intervenant de partager l'expérience du désastre avec ceux-ci ou de gérer les difficultés psychologiques encourues par l'intervention sans qu'ils en souffrent. De plus, des recommandations sont émises à l'intention des organismes afin que ceux-ci se dotent de mesures de soutien spécifiques à l'intention des familles ou des conjoints des intervenants.

Le concept d'expérience, lorsqu'il intervient en tant que variable à considérer dans les répercussions des interventions sur la santé des intervenants, demande à être défini sous plusieurs dimensions. Il importe ainsi de considérer, entre autres, les diverses catégories d'intervenants présents à la suite d'un désastre, les caractéristiques et le contexte du désastre ainsi que la formation du personnel rémunéré ou bénévole engagé dans les opérations de secours ou de support. Cer-

tains constats et résultats obtenus par les chercheurs tendent à démontrer que :

- * l'expérience en situation de désastre ou d'urgence constitue un facteur de protection ;
- * le choc initial est davantage ressenti par les intervenants détenant moins d'expérience ;
- * l'expérience cumulée semble associée au phénomène d'inoculation ;
- * les intervenants moins expérimentés percevraient davantage l'expérience du travail en situation de désastre comme étant difficile ;
- * le constat du manque d'expérience chez les autres peut occasionner un stress substantiel ;
- * le manque d'unanimité chez les chercheurs quant à l'effet modérateur de l'expérience sur la détresse et la symptomatologie.

Toutefois, d'autres chercheurs mentionnent que l'expérience constatée chez les intervenants correspond à une plus importante fréquence d'exposition à des situations potentiellement [168] traumatisantes, donc à une plus forte probabilité de rapporter des symptômes et réactions psychologiques négatives.

La formation adéquate semble également agir positivement sur plusieurs aspects du travail des intervenants en les rassurant sur le travail à effectuer ou sur les responsabilités auxquelles ils seront confrontés. Cette formation permet de bien délimiter leurs rôles ou leurs responsabilités et favorise un engagement ou un investissement élevé chez ces derniers.

D'autres bénéfices ou d'autres aspects positifs ressortent également d'une formation adéquate des intervenants. Celle-ci peut ainsi agir, entre autres, en :

- * accroissant l'acuité au danger que peut représenter l'événement ou l'intervention ou en rendant prévisibles les situations difficiles qui risquent d'être vécues ;
- * favorisant un meilleur esprit d'équipe ;
- * contribuant à l'assiduité à la tâche ;
- * augmentant la capacité à performer ;
- * permettant un meilleur sens de contrôle chez les intervenants ;
- * permettant une meilleure intégration de l'événement ou de l'intervention ;
- * familiarisant les intervenants avec les sentiments qu'ils sont susceptibles d'éprouver ;
- * prévenant la morbidité psychologique ;
- * favorisant l'adaptation dans les suites de l'intervention ;
- * contrant les réactions post-traumatiques ;
- * procurant un sentiment d'efficacité et de compétence ;
- * réduisant les sentiments d'incertitude et d'impuissance ;
- * permettant de mieux connaître et comprendre les effets psychologiques potentiels, tant chez les victimes que chez les intervenants ;
- * fournissant des méthodes et des techniques de support adaptées ;

[169]

- * permettant d'identifier les personnes à risque de subir des effets psychologiques indésirables ;
- * en augmentant la capacité des intervenants à gérer des situations complexes ou difficiles ;
- * augmentant la capacité des intervenants à diriger les victimes vers les ressources appropriées ;
- * privilégiant les aspects confidentiels dans le cadre du travail en situation de désastre ou d'urgence.

Malheureusement, les chercheurs ont mentionné que plusieurs intervenants n'ont pas la formation nécessaire ou adéquate, ou encore que ces derniers révèlent qu'ils ne possèdent aucune formation pour intervenir auprès des victimes. Par ailleurs, cette situation risque de causer un stress supplémentaire ou de réduire la capacité fonctionnelle des individus qui portent secours ou offrent de l'aide psychologique ou sociale aux sinistrés. Une formation commune aux divers groupes d'intervenants appelés à agir en situation de désastre permet également une plus forte cohésion lors des activités qui s'ensuivent.

[171]

Sinistres et intervenants. Essai.

Chapitre 7

La définition du rôle et ses limites : certaines considérations

[Retour à la table des matières](#)

Devant les nombreux problèmes et besoins suscités par un désastre, les intervenants, qu'ils soient rémunérés ou bénévoles, ont souvent à remplir plusieurs rôles (Dyregrov *et al.*, 1996). La diversité des besoins n'est que plus apparente lorsqu'il s'agit d'une catastrophe collective ou de masse qui implique des milliers de personnes regroupées dans des centres urbains ou encore disséminées en régions rurales.

Tout comme l'événement lui-même, le rôle d'aidant comporte un degré de stress important (Fullerton *et al.*, 1992). En effet, il comporte plusieurs dimensions aux plans desquelles l'intervenant lui-même, de même que sa performance, risquent d'être affectés. Gibbs *et al.* (1993), s'appuyant sur les travaux et recherches réalisés, ont porté une attention spéciale au conflit de rôle comme stresser majeur. Selon les propos des auteurs, plusieurs facteurs interviennent dans la manifestation des conflits relatifs au rôle. Ainsi, le stress organisationnel peut

découler de divergences entre les divers groupes engagés dans la gestion du désastre, du peu de reconnaissance, de l'ambiguïté ou d'une définition équivoque du rôle de l'intervenant et du malaise ressenti face à de nouvelles affectations. Le conflit de rôle émerge aussi en présence de difficultés liées au travail d'urgence, lequel oblige à faire un choix entre l'aide ou l'abandon face à des situations incontrôlables ou qu'on juge sans espoir. Le conflit de rôle peut aussi relever d'un manque de ressources (matérielles, temps, etc.) qui tend à restreindre l'aide qu'on voudrait apporter, ou [172] encore être lié au sentiment de dépassement au plan des initiatives et des décisions imposées par un contexte d'urgence. Au plan individuel, les intervenants se sentent parfois partagés entre leurs responsabilités professionnelles et familiales ou sont confrontés à agir avec efficacité et sang-froid, ce qui suppose de l'abdication pour soi-même au plan émotionnel.

Dans une même ligne de pensée, Cherniss (1980) définit deux sources de stress reliées au rôle : le conflit de rôle et l'ambiguïté du rôle. Le premier survient lorsque les demandes excèdent le temps disponible ou les efforts à leur consentir, quand les demandes s'avèrent incompatibles ou en présence de divergences entre l'organisation et l'individu. L'ambiguïté du rôle résulte d'un manque d'information nécessaire à une adéquate performance. L'un et l'autre peuvent mener à l'épuisement des intervenants.

En ce qui a trait plus spécifiquement à l'aspect conflictuel inter-organisationnel et à l'ambiguïté liée au rôle, Bradford et John (1991) évaluent le premier comme un aspect de la gestion du désastre générant un stress important. Quant à l'ambiguïté, les auteurs évoquent qu'elle résulte d'un manque de clarté des objectifs et d'une supervision inadéquate pour les atteindre. Shepherd et Hodgkinson (1990) rappellent que plusieurs auteurs ont rapporté que les conflits entre les agences ou organismes d'aide peuvent constituer une source significative de stress pour les intervenants. Dans l'étude de Berah *et al.* (1984), les mésententes entre organismes constituaient la plus importante part de stress chez certains intervenants. Menninger (1952-1953) avait précédemment établi que l'ambiguïté du rôle de l'intervenant ainsi qu'une vague détermination et l'incertitude liées aux responsabilités étaient des causes de frustration. Armstrong *et al.* (1991) et Allen (1989) précisent également que de travailler avec des gens inexpérimentés, malgré une bonne volonté manifeste, contribue à l'ambiguïté du rôle, alors

que Mitchell et [173] Dyregrov (1993) évoquent que les lacunes relationnelles entre les travailleurs sociaux et les autres intervenants engagés dans la gestion de la crise était ressenties comme un manque de crédibilité par les premiers.

Lors des interventions de support en cas de désastre, il peut y avoir des problèmes aux plans de la clarté et de la définition des rôles, et dans le partage de ces derniers (ex. les limites de temps, les limites professionnelles, etc.). Raphael et ses collègues n'ont pas décelé de différence significative entre les sauveteurs, le personnel de support et le personnel médical pour aucune des variables incluant l'impact de la définition des rôles et du partage de ces derniers sur les fonctions de la vie, l'anxiété, la dépression et les problèmes de sommeil. Toutefois, des sentiments dépressifs étaient plus enclins à se manifester chez les intervenants à l'extérieur du site, lesquels souffraient de hauts niveaux d'impuissance et de frustration. Les auteurs croient que la dépression déclenchée par les stress créés quand les rôles sont diffus, ou qu'ils ne peuvent être remplis, suscite de la frustration chez les intervenants (Raphael *et al.*, 1986) ⁸⁸.

Les conflits peuvent aussi se manifester lorsque les investissements nécessités par le travail empêchent les intervenants de répondre à leurs obligations familiales ou à leur travail régulier. L'épuisement, dû à un surengagement, agit également comme agent stresser lié au rôle. En conséquence, les intervenants qui sont confrontés à des rôles diffus (tel le personnel offrant du support), qui maintiennent un contact élevé avec le client et/ou ceux qui continuent à remplir leurs obligations professionnelles régulières tout en s'impliquant auprès de victimes peuvent être particulièrement à risque de subir les effets négatifs du stress lié au désastre (Newburn, 1993 ; Raphael, 1986). Les effets de la non-ambiguïté de rôle chez les intervenants ont par ailleurs été évoqués par Raphael *et al.* (1980) dans un écrit précédent. Selon les auteurs, les intervenants qui ne perçoivent pas d'ambiguïté [174]de rôle, qui ont des tâches bien déterminées à remplir et qui sont capables de les mener à bien éprouvent de l'assurance et un sentiment positif face au travail. Un sentiment de participation et d'appartenance intensifié, de la joie et même de l'allégresse peuvent se dégager du travail effec-

⁸⁸ Raphael *et al.* (1986). *Who Helps the Helpers ? The Effects of a Disaster on the Rescue Personnel.*

tué. L'intervenant dont le rôle est le moins possible teinté d'incertitude aura une plus forte probabilité de vivre un stress moins important pendant et après l'incident critique (Raphael *et al.*, 1983-1984).

Dans la majorité des désastres collectifs, plusieurs bénévoles, provenant de divers organismes, s'impliquent afin de porter assistance et secours à leurs prochains. Il s'agit de bénévoles dont les organismes ne sont pas spécifiquement engagés dans les situations d'urgence, ou de bénévoles permanents qui appartiennent à des organismes reconnus pour leur expertise lors de désastres et qui jouent un rôle primordial dans le déroulement des opérations liées à la gestion d'une crise. Ces derniers sont généralement encadrés par des règles et des structures bureaucratiques et hiérarchiques plus rigides. Selon Britton *et al.* (1990), la recherche semble s'être peu intéressée aux bénévoles comme groupe spécifique d'intervenants et à leur rôle dans un contexte de crise sociale.

Des difficultés liées au rôle sont aussi associées au fait que les intervenants rémunérés perçoivent les bénévoles comme une menace. Le retrait de l'État dans divers domaines implique un appel aux bénévoles qui peut contribuer à ce fait. Les détenteurs de formation spécifique ou de techniques appropriées peuvent voir leur travail ou leur sécurité, ainsi que celle des victimes, comme étant menacé par des individus qu'ils jugent non formés pour remplir certaines tâches. Même si certains non-professionnels, ou des professionnels qui interviennent dans un domaine qui ne relève pas de leurs compétences habituelles, semblent posséder les qualités personnelles requises, ils risquent d'être considérés comme pouvant mettre leur propre sécurité [175] ainsi que celle des autres en danger en raison d'un manque de techniques ou de formation (Britton *et al.*, 1994 ; Rosser, 1997). Les bénévoles, dans certains cas, estiment être traités de façon hautaine par certains professionnels (Britton, 1985).

Raphael et Middleton (1987) ont aussi fait mention de conflits de rôles entre certains intervenants en santé mentale et ceux de la sécurité sociale qui relevaient de divergences professionnelles quant à la manière de soulager les réactions de stress chez les victimes, les derniers, contrairement aux premiers, évaluant que l'aide et les conseils fournis étaient suffisants pour soulager les victimes. Les auteurs ont de plus noté que d'autres intervenants n'identifiaient pas les victimes atteintes au plan psychologique ou ne le dirigeaient pas vers les services en

santé mentale. Ces intervenants ne percevaient tout simplement pas que cette responsabilité leur incombait ou bien ils ne se sentaient pas associés ou intégrés aux organismes de santé offrant ces services. Face à la privatisation croissante de certains secteurs de la santé, Werner *et al.* (1998) ont aussi fait mention de difficultés relatives à l'intégration d'intervenants en santé mentale dans l'effort collectif de rétablissement à la suite d'une inondation. Certains intervenants semblaient se sentir peu touchés par le rôle qu'ils ont à jouer en cas de désastre majeur.

La présence de conflits de rôles influence négativement l'adaptation des intervenants. Dans les contextes où les demandes excèdent la capacité d'y répondre, où de nombreuses demandes sont incompatibles entre elles, où l'intervenant se retrouve en présence d'un surplus de cas à gérer et dans les situations où une prédominance de clients difficiles transparaît, les conflits de rôles ont plus de probabilités de se manifester (Bradford et John, 1991 ; Cherniss, 1980). Selon Shepherd et Hodgkinson (1990), le stress des intervenants peut aussi être lié aux questions de rôle, incluant la mesure ou le degré d'engagement de l'intervenant. Nivet *et al.* (1989) précisent aussi que le [176] tri des urgences risque de susciter un conflit de conscience qui peut amener des réactions dépressives subséquentes. Celles-ci affectent l'efficacité technique et provoquent des décompensations émotionnelles inadéquates (décharges émotives ou agressives, immédiates ou différées). Même si davantage d'ajustements sont requis lorsque les tâches liées au travail en situation de désastre diffèrent au fil des jours, il est probable que les conflits de rôles risquent d'être plus fréquents si des intervenants doivent s'en tenir à leurs tâches normales pendant la durée de la crise (Shepherd et Hodgkinson, 1990).

Un conflit de loyauté entre le travail relié au désastre et les obligations familiales, ou entre les tâches à effectuer pendant ou après le sinistre et le travail habituel, peut se développer (Jenkins, 1997 ; Logue *et al.*, 1981 ; Mikulencak, 1992 ; Raphaël, 1986). Les conflits de rôles famille/travail ou intervenant/victime peuvent être atténués par une formation et une planification visant à rendre moins incertaines et imprévisibles les actions à poser, contribuant ainsi à moins d'ambiguïté relative au rôle (Mileti, 1985).

Abordant la dimension du conflit de rôles dans la perspective famille/communauté chez les intervenants lors d'une tornade ⁸⁹, Laube (1985) a regroupé ceux-ci sous trois catégories : ceux qui avaient des responsabilités familiales et devaient voir à celles-ci avant de remplir leurs fonctions, ceux qui en avaient également mais qui s'étaient rapportés immédiatement ou étaient demeurés en poste, et ceux qui n'avaient pas de responsabilités familiales. Selon les résultats obtenus, un nombre significativement plus important de sujets confrontés au conflit de rôles famille/communauté ont laissé prévaloir leur rôle familial. Deux ans après la catastrophe, les intervenants qui avaient opté pour la famille démontraient significativement moins de détresse subjective ($p < .01$) au PSS (Psychiatric Status Schedule) que ceux qui avaient résolu leur conflit en laissant prévaloir le service à la [177] communauté plutôt que leurs responsabilités familiales. Une détresse subjective qui était prévalante dans les deux semaines suivant le désastre demeurait toutefois toujours évidente chez les trois groupes lors de l'évaluation réalisée deux ans après le sinistre. Les intervenants accordent également de façon générale la priorité à leur rôle familial plutôt qu'à celui envers la communauté lors d'une situation de désastre. Ce fait est aussi culturellement teinté en ce qui a trait aux genres et à la division sexuelle du travail : les femmes ressentant plus de pressions sociales pour les soins orientés vers la famille, tandis que les hommes peuvent plus difficilement se soustraire au rôle civique que leur attribue la société.

Laube (1973) a par contre rapporté que l'anxiété notée chez le personnel infirmier étant intervenu lors de l'ouragan Celia, et à laquelle il s'était adapté, n'avait pas eu d'effet négatif sur son rôle professionnel. Waters *et al.* (1992) soulignent également le conflit de rôle travail/famille comme imposant un stress additionnel à des infirmières qui étaient demeurées au travail volontairement ou involontairement.

Le degré de contact avec les victimes primaires est également un facteur de risque important. Bartone *et al.* (1989) ont observé l'effet « dose-réponse » chez des aidants dont le bien-être psychologique diminuait et la morbidité physique et psychologique augmentait lors

⁸⁹ L'étude fut réalisée à la suite de la tornade Xenia en Ohio où 34 personnes sont décédées et 785 personnes se sont présentées à l'hôpital pour divers maux et blessures (de ce nombre, 155 furent hospitalisées).

d'une plus grande exposition à des individus affectés par le deuil. Un effet protecteur modéré contre la maladie fut par contre observé lorsque les intervenants étaient des bénévoles. Selon Hodgkinson et Shepherd (1994), les principales sources de stress mentionnées par les intervenants étaient liées à l'identification au client (99% ont dit s'être imaginés comment ils auraient réagi à la place de la victime ; 88% ont fait mention de pensées obsédantes liées à l'expérience auprès du client). Le stress ressenti était aussi associé au conflit de rôles chez les intervenants qui rapportaient surtout de la confusion en [178] regard de ce dernier (87%). De plus, la majorité (67%) ont mentionné avoir eu l'impression de ne pas remplir correctement leur rôle en raison d'un manque de ressources (temps, matériel, information).

Lorsque le rôle d'intervenant s'imbrique dans celui de victime (lorsqu'une personne, par sa formation ou son emploi habituel, par exemple hôtesse de l'air, pompier, etc., est touchée à titre de victime directe), le sentiment de détresse peut être accru par la survie, c'est-à-dire par la joie d'être en vie par rapport à la culpabilité d'avoir survécu ou de ne pas avoir été blessé (Lamontagne, 1983). En de telles situations, les intervenants peuvent également éprouver une forte difficulté à se distancier émotionnellement de la détresse des autres victimes et à utiliser des mécanismes d'adaptation appropriés.

Résumons

[Retour à la table des matières](#)

Les intervenants rémunérés ou bénévoles qui participent aux diverses activités que suppose un désastre ou une urgence sont appelés à remplir plusieurs rôles. Le rôle d'aidant comporte un stress important par l'aspect conflictuel qui risque d'en émerger. Les intervenants peuvent, par exemple, lorsque la demande est trop forte, être confrontés à une situation difficile, soit celle d'effectuer un choix parmi les victimes auxquelles ils apporteront de l'aide ou du support. L'aspect conflictuel peut également provenir d'un manque de ressources humaines ou matérielles qui limite l'aide qu'on voudrait dispenser.

D'autres conflits peuvent être suscités par les limites décisionnelles imposées aux intervenants, les obligations familiales ou les obliga-

tions envers la communauté. Pour certains intervenants, il s'agit aussi d'abdiquer face à soi-même ou face à ses propres besoins, alors que pour d'autres, ce sont leurs capacités restreintes face au travail, les demandes nombreuses et les divergences avec l'organisation, d'autres intervenants ou d'autres organismes [179] qui seront sources de conflit. Le conflit de rôles peut également provenir d'une baisse de l'investissement ou de l'engagement de l'intervenant dans son travail régulier lorsqu'il accomplit des activités liées au désastre.

En ce qui a trait à l'ambiguïté de rôle, elle est attribuable à un manque d'information ou de formation pour une performance estimée adéquate par l'intervenant. Le manque de clarté en regard des objectifs ou des responsabilités, ainsi que le manque de moyens pour les atteindre ou les assumer, et les rôles diffus ou non explicites entrent également en considération dans l'aspect ambigu du travail en situation de crise ou d'urgence. La supervision inadéquate, le travail avec des personnes inexpérimentées, ou qu'on juge non compétentes ou non formées pour les tâches à accomplir, ou encore le manque de familiarité avec les autres intervenants ainsi qu'avec les autres organismes suscitent également de l'ambiguïté face au rôle. Les aspects conflictuels ou l'ambiguïté liés au rôle de l'intervenant sont considérés comme des sources majeures de stress.

[181]

Sinistres et intervenants. Essai.

Chapitre 8

Les stratégies et les styles d'adaptation

[Retour à la table des matières](#)

Paton et Smith (1996), en considérant les travaux de Peterson *et al.* (1991)⁹⁰, suggèrent que la capacité à s'adapter peut être considérée comme une caractéristique individuelle qui influence la réactivité traumatique. Les stratégies d'adaptation diffèrent du style d'adaptation dans le sens où ce dernier se réfère aux prédispositions de l'individu à utiliser les ressources d'adaptation existantes, alors que le premier concerne les actions spécifiques amorcées. Les deux sont sujets au changement et au développement en fonction de la formation, de l'expérience, des prédispositions personnelles, de l'influence des pairs et des incitatifs de l'organisation. Selon Lazarus et Folkman (1984), l'adaptation implique les façons par lesquelles un individu compose avec la situation initiale et module ses réactions émotionnelles.

⁹⁰ Peterson, K.C., M.F. Prout et R.A. Schwarz (1991). *Post-traumatic Stress Disorder : a Clinician's Guide*, New York : Plenum.

Britton *et al.* (1994) suggèrent qu'il peut s'avérer difficile d'évaluer les stratégies d'adaptation comme étant uniquement positives ou négatives. Les auteurs, discutant par exemple des résultats de recherches ayant considéré l'humour comme stratégie d'adaptation, ont mentionné que ce dernier peut correspondre à un moyen de sauver la face auprès des autres ou à une façon de s'adapter aux demandes sociales pendant la crise. Dans une autre perspective, l'humour aide à se prémunir émotionnellement contre une peine intense et envahissante pouvant nuire à l'efficacité du travail.

[182]

Le contexte et d'autres indices sont nécessaires afin d'évaluer si une stratégie d'adaptation est adéquate ou non. McCarroll *et al.* (1993) ont, dans cette optique, noté que l'usage de l'alcool fut commun durant les opérations ou après celles-ci, et certains intervenants, en dehors de ses effets pharmacologiques, y voyaient une occasion d'y resserrer l'esprit d'équipe et de favoriser le support mutuel. Un humour au bon moment et adapté au contexte semble une stratégie aidante (Thompson et Solomon, 1991). Chez les policiers d'Alexander et Wells (1991), 98% des sujets ont mentionné avoir utilisé cette stratégie lors du travail et l'avoir trouvée aidante. La deuxième stratégie aidante la plus utilisée fut de parler avec les collègues (94%) de manière informelle ou formelle (lors des sessions de *briefing* ou *débriefing*). Une autre stratégie bénéfique fut de penser aux aspects positifs de leur travail. Avoir des pensées pour sa famille et espérer être relevé de ses tâches furent des stratégies non utilisées par plus de la moitié des répondants. La stratégie jugée la moins aidante fut de garder ses pensées pour soi. D'autres aspects appréciés de l'usage de l'humour ont également été notés.

Selon Fullerton *et al.* (1992), l'humour peut disposer les intervenants à partager leurs émotions face à l'événement traumatisant et il constitue une expression de l'appartenance au groupe. Le fait de faire des blagues ou de jouer des tours aux autres peut aussi correspondre à un mécanisme visant à minimiser le danger (Dunning, 1990). Dans une même ligne de pensée, l'usage de drogues peut sembler une stratégie adaptative au début, mais peut dégénérer en problème chronique (Bradford et John, 1991).

D'autres recherches permettent d'apporter des informations supplémentaires sur l'existence et la pertinence de diverses stratégies ou styles d'adaptation utilisés. McCarroll *et al.* (1993), à la suite d'une recherche qualitative auprès des officiers étant intervenus lors de l'écrasement de Gander, ont identifié les principaux [183] stressseurs et stratégies d'adaptation à trois intervalles distincts de l'intervention : avant, pendant et après. Selon les auteurs, avant l'intervention, c'est l'anticipation, qui peut être entre autres liée au manque d'information sur les tâches à accomplir, qui fut le stressseur le plus important, autant chez les sujets expérimentés que chez les non-expérimentés. Les principales stratégies d'adaptation furent pour cette phase : les entraînements pratiques, le *pré-briefing*, l'information sur les tâches à exécuter pour les inexpérimentés, tandis que les expérimentés ont mentionné le support social et professionnel, et l'information sur les tâches à effectuer. Pendant l'intervention, ce sont les multiples stimuli sensoriels lors de la manipulation de corps, la manipulation des effets personnels des victimes, l'insatisfaction de sa propre performance et les forts sentiments personnels qui ont prévalu comme principaux stressseurs. Les stratégies d'adaptation les plus utilisées furent les stratégies d'évitement, l'accroissement de la distance émotionnelle, la prise de pauses et de collations ainsi que le sommeil. Les travailleurs moins expérimentés ont également utilisé le jumelage à des intervenants habitués aux mesures d'urgence comme stratégie d'adaptation. Après l'intervention, les principaux stressseurs étaient le besoin d'échanger entre pairs avant de quitter les lieux, les forts sentiments personnels et la fatigue, tandis que les principales stratégies d'adaptation furent le *débriefing* informationnel, le support de la famille et des confrères, ainsi que le repos et la prise de journées de congé après le travail.

Les mécanismes d'adaptation pour effectuer le travail sur les lieux du désastre qui furent mentionnés par les sujets de Dyregrov *et al.* (1996) ont été de se concentrer sur les tâches pratiques à effectuer en premier lieu. Les intervenants ont également tenté de faire abstraction de leurs sentiments et de leurs pensées, tandis que la fuite mentale et l'humour furent des stratégies peu utilisées. Les sentiments communicatifs avec les confrères de travail, la prière, le sommeil, la prise de bains, le magasinage, l'exercice [184] physique et la lecture ainsi que le fait d'avoir pleuré étaient aussi des stratégies fréquemment mentionnées par les intervenants (Armstrong *et al.*, 1995). Smith et de

Chesnay (1994) ont aussi noté que les pleurs étaient une stratégie fort utilisée.

Selon Jenkins (1997), la distanciation, la colère et l'engagement négatif dans les réseaux sociaux étaient associés à deux mesures de détresse, soit l'évitement et la détresse psychologique. Les stratégies d'adaptation rapportées par les professionnels de Laube-Morgan (1992) étaient la prière, l'usage du tabac, le fait de manger ou de dormir davantage. Un intervenant en santé mentale avait organisé un atelier de discussion pour ventiler les sentiments des victimes, mais il disait que cela avait été inconsciemment organisé autant pour lui-même. Personne n'a mentionné avoir consommé excessivement de l'alcool ou avoir fait usage de stupéfiants. Quant à Hodgkinson et Shepherd (1994), la stratégie d'adaptation la plus mentionnée par les travailleurs sociaux a été le partage de l'expérience avec les pairs, tandis que Dyregrov *et al.* (1996) ont noté que le contact avec les autres intervenants pendant le travail fut une stratégie utilisée par tous les bénévoles et par 83% des professionnels.

Durham *et al.* (1985) ont remarqué que les stratégies aidantes chez le personnel d'urgence, lors d'une explosion à Greenville (NC), furent des stratégies cognitives (utilisées par 50% des intervenants), comme par exemple s'imaginer quelque chose qui aurait été pire ou encore envisager la situation de façon réaliste. Taylor et Frazer (1982) ont aussi évoqué le fait que de ne pas considérer comme humains les corps manipulés par les secouristes constituait une stratégie d'adaptation effective et qui fut davantage utilisée par les intervenants plus jeunes. Andersen *et al.* (1991) croient également que la somatisation peut aussi correspondre à une stratégie d'adaptation psychologique.

L'utilisation du déni, de la distanciation ou du retrait s'avère [185] également une stratégie recensée dans la littérature. L'envahissement du danger, du risque ou du stress est habituellement contré par le déni et la suppression. Quand ces stratégies ne peuvent être utilisées, il y a la rationalisation : « Cela ne peut m'arriver » (Dunning, 1990 ; Gist et Harris Taylor, 1996). Le déni chez l'intervenant peut aussi être attribuable à une propension à nier sa propre vulnérabilité qui est liée au choix du rôle d'aidant (Gibbs *et al.*, 1993). Les aidants en situation d'urgence peuvent s'adapter au stress vécu en devenant engourdis émotionnellement et en se détachant de ce qu'ils ressentent. Comme résultat, ils peuvent développer une distanciation émotionnelle face

aux victimes plutôt que de s'investir individuellement et profondément dans leur travail (Brende, 1998).

Armstrong *et al.* (1995) ont signalé que d'avoir cherché à ne pas se rappeler les événements et le déni furent des stratégies d'adaptation mentionnées par les intervenants. Le déni et l'augmentation de l'usage d'alcool furent aussi notés par Smith et de Chesnay (1994). Brandt *et al.* (1995) ont mentionné le potentiel de répercussions contradictoires chez les intervenants. Selon les auteurs, la distanciation psychologique chez ceux-ci, après la catastrophe de Ramstein, pouvait être à la fois bénéfique et nuisible. Dans un premier temps, elle pouvait leur permettre de se protéger contre un investissement trop important et, en second lieu, elle risquait d'interférer avec leurs besoins essentiels, les empêchant par exemple d'en tenir compte (ex. ne pas prendre de repos et risquer de s'épuiser). Selon les sujets de Werner *et al.* (1992), les principales stratégies utilisées pendant l'intervention étaient de nature cognitive, soient de demeurer actifs (72%) et de s'efforcer de ne pas avoir ou démontrer de réactions de stress (56%). Ces stratégies semblaient être les plus efficaces au regard de l'adaptation au stress. La discussion, avec des amis ou lors de séances de *débriefing*, fut la stratégie la plus utilisée après l'intervention (66%) et ce fut aussi celle qui correspondait à une meilleure intégration de l'événement.

[186]

Un autre mécanisme d'adaptation s'avère le retrait ; celui-ci peut se manifester sous forme d'abandon du rôle d'intervenant lorsqu'on ressent une perte de contrôle des événements, même en demeurant sur place. Se référant à Goofman ⁹¹, Dunning (1990) précise qu'il peut aussi s'agir d'un déni du danger, d'une propension à s'impliquer fortement dans des conditions menaçantes pour la vie ou d'un manque de précautions de la part de l'intervenant.

La recherche d'une signification de l'événement est à la base de l'adaptation. Ainsi, les intervenants ne pouvant intégrer cognitivement l'événement risquent de ne pas réussir à s'adapter avec succès. De même, la capacité ou l'habileté à développer un processus cognitif visant à intégrer l'événement est un élément central de réhabilitation ou

⁹¹ Goofman, E. (1971). *Encounters : Two Studies in the Sociology of Interaction*, New York : Bobbs-Merrill.

de rétablissement (McCammon, 1996). Selon McCammon *et al.* (1988), les stratégies d'adaptation les plus utilisées sont de rendre service aux autres et de concevoir l'événement traumatisant de la manière la plus positive possible. Se remémorer à soi-même que l'on a fourni de l'aide fut l'item le plus souvent mentionné (78%) par les intervenants ayant porté secours lors d'une tornade. Sous cet aspect, Raphael *et al.* (1983-1984) ont mentionné que le sentiment d'avoir aidé contribuait à une attitude plus positive face à leur propre vie chez certains. Les rituels, en l'absence de signification du désastre, dans la période de chaos immédiate par exemple, peuvent constituer un aspect du support social et une stratégie individuelle d'adaptation (Ursano et Fullerton, 1990).

Certaines stratégies peuvent également englober la dimension du support social et familial. McCarroll *et al.* (1992) ont suggéré à certains couples de planifier des activités familiales et des vacances comme moyen de retour à la normale après une intervention en situation critique. Les auteurs ont aussi évoqué le sentiment de colère, exprimé envers l'organisation dans les suites du rétablissement, comme pouvant correspondre à un [187] signe de retour à la normale ou d'adaptation puisqu'il indiquerait que les sentiments et les émotions peuvent être discutés. L'utilisation de rituels (McCammon, 1996), le maintien d'une attitude de non-jugement (Stuhlmiller, 1994), la volonté de parler des expériences vécues afin de se désensibiliser graduellement de celles-ci (Paton, 1996b) et de mettre l'accent sur la chance de ne pas avoir été tué ou blessé (Gibbs *et al.*, 1993) sont également d'autres stratégies qui ont été identifiées comme favorisant l'adaptation.

Il ressort également que la formation joue un rôle important dans l'utilisation de stratégies positives (Weisaeth, 1989)⁹². C'est ainsi que les intervenants formés à l'utilisation de stratégies d'adaptation qui mettent l'accent sur le partage des problèmes et sur l'esprit d'équipe et de cohésion, qui privilégient un humour constructif et qui valorisent et utilisent le support social augmentent leurs probabilités de mieux gérer l'intervention et ses suites. Selon Dunning (1990) et Raphael *et al.*

⁹² À la suite de l'exposition d'une usine de peinture en Norvège, les intervenants possédant une meilleure formation étaient ceux qui avaient le plus de probabilités d'adopter des stratégies d'adaptation positives.

(1991), les organisations, tout comme les intervenants, gagneraient à porter une attention particulière aux stratégies d'adaptation lorsqu'ils développent des programmes ou des mesures de formation. En terminant cette section, soulignons toutefois que selon McCloy (1992), le plus important élément de résolution du traumatisme post-intervention réside dans la reconnaissance de son existence et dans la connaissance de ses effets.

Résumons

[Retour à la table des matières](#)

Selon la documentation recensée, la capacité des intervenants de s'adapter au travail et aux suites du travail en situation de désastre influence la symptomatologie post-traumatique. Les stratégies d'adaptation sont les actions concrètes ou observables chez les intervenants, tandis que les styles d'adaptation sont les prédispositions individuelles à utiliser les ressources existantes.

Les stratégies et les styles d'adaptation varient en fonction [188] de divers facteurs : la formation, l'expérience, les caractéristiques et les prédispositions de l'individu, l'influence des pairs ou les incitatifs ou les moyens mis à la disposition de l'intervenant par l'organisation dont il fait partie. On peut difficilement évaluer les stratégies d'adaptation comme étant uniquement positives ou négatives. Il faut les mettre en perspective avec le contexte dans lequel elles sont utilisées et la valeur médiatrice que leur accordent les intervenants. Les principales stratégies d'adaptation utilisées par les intervenants apparaissent au tableau 17. Soulignons que les stratégies d'adaptation diffèrent selon les phases de l'intervention et que plusieurs d'entre elles peuvent être utilisées simultanément.

Tableau 17
Principales stratégies d'adaptation
mentionnées dans la documentation

[Retour à la table des matières](#)

- * La recherche d'une signification à donner à l'événement
- * Se remémorer que l'on a aidé les victimes ou les sinistrés * La recherche ou l'utilisation du support familial ou des collègues
- * L'humour
- * L'usage d'alcool ou de drogues
- * Les rituels
- * Le fait de penser aux aspects positifs du travail, d'essayer d'en trouver ou se rappeler que l'on a eu de la chance de ne pas être autant affecté que d'autres par le désastre
- * L'évitement
- * La distanciation émotionnelle et psychologique
- * La concentration sur les tâches pratiques
- * Les activités simples comme les pauses, les collations, marcher, prendre un bain, faire de l'exercice, magasiner, prendre du repos ou des congés ou dormir
- * La prière ou les pleurs
- * Le déni des symptômes ou le retrait
- * Le jumelage avec des confrères
- * La vision réaliste des événements

[189]

Sinistres et intervenants. Essai.

CONCLUSION

[Retour à la table des matières](#)

Cette revue de la documentation atteste la présence de répercussions de l'intervention en situation de désastre sur la santé biopsychosociale de nombreuses catégories d'intervenants. Ces répercussions varient tant par leur diversité et leur intensité que par leur durée. Elles sont également influencées, à divers degrés, par de nombreux facteurs et variables qui contribuent à les modérer ou à les amplifier. La littérature met également en évidence certains constats relatifs à la nécessité d'accroître les connaissances dans ce domaine, qui semblent à l'heure actuelle ne pas avoir fait l'objet de toute l'attention nécessaire.

La pertinence de soutenir la recherche dans le domaine de l'impact du travail en situation d'urgence a été mentionnée par Baum *et al.* (1993). Ceux-ci ont énoncé que lorsque les chercheurs peuvent disposer d'un fonds ou de moyens financiers préalables à la survenue d'une catastrophe, cela leur donne l'occasion de se préparer en développant des instruments appropriés et des plans d'échantillonnages, en entraînant les interviewers et en effectuant des études pilotes dans des secteurs à haut risque. Une action de ce genre a sans doute permis à l'équipe de recherche engagée dans le désastre de Gander d'être re-

groupée dans les 24 heures suivant l'écrasement et d'être rapidement dépêchée sur les lieux (Wright *et al.*, 1990).

La documentation consultée montre également certaines lacunes et perspectives d'amélioration en ce qui a trait aux mesures de planification, d'intervention, de formation et de rétablissement [190] des individus risquant d'être affectés par leur travail dans un contexte inhabituel, stressant ou traumatisant.

En guise de conclusion, des recommandations ou suggestions sont apportées. Elles peuvent être prises en considération par les organismes qui ont à cœur de supporter, dans le cadre de leurs activités régulières ou dans l'élaboration et la mise à jour de leurs plans d'urgence, les membres susceptibles d'être engagés dans le travail en situations de crise ou lors de catastrophes naturelles ou technologiques. À cet effet, sont considérés dans les initiatives proposées les avantages autant pour les intervenants que pour les organismes.

Il peut exister des situations où les intervenants disent qu'aucune formation ou expérience n'aurait pu les y préparer (Wright, 1996). De plus, les méthodes de formation pro-active pour contrer les effets psychologiques négatifs chez les intervenants semblent assez limitées (Lamontagne, 1983). Toutefois, Mitchell et Dyregrov (1993) confirment « la valeur et l'utilité » des efforts consentis à la formation notamment en améliorant la confiance du personnel en lui-même et sa capacité à s'adapter adéquatement au stress vécu. Ils mentionnent aussi que beaucoup d'intervenants en santé mentale ne possèdent pas la personnalité ou la formation requises et qu'intervenir dans un contexte non approprié peut non seulement ne pas être aidant mais nuisible :

Not all mental health professionals are suited by personality or training to provide services in the field of psychotrauma. In fact, the experience in the field clearly indicates that the wrong type of help provided by the wrong mental health professionals at the wrong time or under the wrong circumstances can be more damaging than no help at all (p. 910).

[191]

Selon certains chercheurs, si des catégories d'intervenants possèdent les techniques d'intervention pour répondre aux besoins des victimes, leur formation ne leur procure pas les notions et techniques psychologiques pour comprendre leur propre expérience du désastre ni pour gérer adéquatement les effets négatifs des suites de l'intervention ou du traumatisme (Paton, 1996 ; Raphael, 1986 ; Short, 1979).

Il est également constaté que les ressources administratives et financières pour l'aide psychologique tendent à décliner quand la tragédie cesse de faire la première page des journaux. Il n'en demeure pas moins que les blessures psychologiques des intervenants doivent être perçues et traitées comme les blessures physiques, soit en prodiguant des premiers soins rapides et efficaces, en donnant des soins professionnels attentifs et en accordant une période de convalescence adéquate (Lamontagne, 1983).

Le bienfait subjectif du *débriefing* a été démontré mais, par contre, on évoque que sa pratique semble davantage associée à un mouvement social ou à une idéologie (Raphael, 1995). Cette stratégie, semble-t-il, n'a pas fait à l'heure actuelle la démonstration véritable de ses effets bénéfiques dans la prévention de la morbidité psychologique post-traumatique. Elle est toutefois perçue comme aidante, car elle répond à plusieurs besoins : le besoin d'effectuer une restitution de l'événement et de maîtriser indirectement la confrontation avec la mort pour ceux qui n'y ont pas été exposés directement, le besoin de partager, de comprendre et de reprendre le contrôle sur l'événement pour ceux qui ont été directement touchés et, finalement, le besoin symbolique des gestionnaires et intervenants d'assister ceux qui sont affectés et de leur montrer de l'intérêt. Gist (1996) confirme également ces préoccupations quant à la validité réelle d'une telle intervention en mentionnant que les études réalisées ne confirment pas d'effet préventif du *débriefing*, ni d'effets différentiels [192] de la maladie en son absence. L'auteur concède également que l'étude semble démontrer de façon consistante que ceux qui recherchent davantage cette intervention ne démontrent qu'une faible résolution à long terme.

La nécessité d'inclure du support psychologique et d'établir des plans de gestion continue du stress pour les intervenants dans les plans d'urgence a fait l'objet de plusieurs mentions (Counts et Prowant,

1994 ; Mitchell et Dyregrov, 1993 ; Nadorozny et Montgomery, 1999), car il semble qu'actuellement les plans d'urgence municipaux et provinciaux, tant canadiens qu'américains, n'incluent pas les besoins psychologiques des intervenants (Lamontagne, 1983). De plus, des premiers soins psychologiques devraient être disponibles sur les sites des catastrophes pour les secouristes et autres intervenants (Latta, 1999 ; Marchant *et al.*, 1989), de même que dans les semaines et les mois qui suivent. Le personnel attribue bien souvent les problèmes émotionnels post-désastre à d'autres causes et ont tendance à les ignorer ou à les nier (Lamontagne, 1983). Théoriquement, les institutions et établissements accrédités disposent de plans d'intervention en situation de désastre, mais dans la réalité, peu d'hôpitaux et de communautés disposent de mesures visant à atténuer les répercussions ou séquelles psychologiques (Mangelsdorff, 1985). Trois aspects méritent d'être considérés sous ce rapport : la réticence des intervenants à reconnaître leurs besoins d'aide, la communauté médicale qui ne fait pas de demandes en ce sens et l'assistance psychologique qui n'a pas encore trouvé sa place au sein des autres priorités apparaissant dans les plans d'urgence.

Plusieurs auteurs ont fait part des avantages pour les organismes de donner aux intervenants de la formation sur l'impact psychologique des désastres. Entre autres, une telle initiative viserait à réduire les frais de l'organisation en diminuant les démissions, les absences et les problèmes au travail [193] (Lamontagne, 1983 ; Mitchell et Dyregrov, 1993 ; Paton, 1996). Se référant à l'étude de Friedman *et al.* (1988)⁹³, Paton (1996) relate que le coût moyen d'une intervention hâtive pour le stress traumatique était de 8 300 \$ et que lorsque la détection et l'intervention retardaient, le coût approchait 46 000 \$. Une détection et une intervention hâtives limitaient en moyenne à douze semaines l'absence au travail, tandis qu'une intervention retardée correspondait à une moyenne de 46 semaines d'absence.

La nécessité d'une coopération accrue entre les professionnels de la santé mentale et les gestionnaires des opérations et de planification des secours en cas de désastre a aussi été mise en évidence (Raphael et Middleton, 1987). Certaines prérogatives des organismes responsa-

⁹³ Friedman, R.J., M.B. Framer et D.R. Shearer (1988). Early Response to Post-traumatic Stress, *EAP Digest*, 8 : 45-49.

bles de plans d'urgence faciliteraient l'aide aux victimes et le travail des intervenants lors d'un éventuel désastre.

Selon Jacobs *et al.* (1990), la mise en commun de différentes ressources en santé mentale peut s'avérer appropriée dans les plans d'urgence afin d'éviter que certaines ressources ne soient pas utilisées en fonction de leurs compétences particulières, sous-utilisées ou tout simplement pas utilisées.

Au moins un coordonnateur en santé mentale par site devrait être identifié. Un modèle de CISD devrait aussi être développé à l'intention particulière des intervenants en santé mentale.

Un bon plan d'intervention en santé mentale devrait définir les rôles des équipes provenant des divers organismes qui peuvent être présents lors des opérations. Les auteurs ont aussi proposé certaines recommandations pour la planification des opérations qui devraient faire partie du plan d'urgence général (tableau 18).

[194]

Tableau 18
Recommandations pour la planification
des services en santé mentale lors de situations d'urgence
(Jacobs *et al.*, 1990)

[Retour à la table des matières](#)

- * Procéder à l'identification d'un coordonnateur des services de santé mentale et délimiter les rôles des équipes d'intervention provenant de divers organismes.
- * S'assurer qu'un nombre adéquat d'intervenants est prêt à répondre immédiatement. Identifier les organismes chez lesquels le personnel est disponible lors de la crise immédiate jusqu'à ce que le personnel formel soit établi.
- * S'impliquer dans le domaine des entraînements aux désastres. Cela donnera au coordonnateur en santé mentale une meilleure compréhension de l'aspect administratif et produira une connaissance accrue du travail des organismes et individus formant l'équipe d'intervention dans son ensemble.
- * Procurer une formation en intervention psychologique (incluant les techniques de *débriefing*) aux intervenants locaux œuvrant en santé.
- * Déterminer un immeuble approprié pour accueillir les victimes et leurs familles, incluant les commodités nécessaires (locaux isolés pour les entrevues, lignes téléphoniques, etc.).
- * Identifier un local situé dans l'immeuble pour le coordonnateur afin de lui donner une grande visibilité.
- * Utiliser un système de bandes colorées (portées au bras) pour identifier le personnel médical ou religieux et le personnel en santé mentale.
- * Encourager le développement de procédures précises de communication et d'information aux victimes et familles.

Source : Jacobs, G.A., R.P. Quevillon et M. Stricherz (1990). Lessons from the Aftermath of Flight 232 - Practical Considerations for the Mental Health Profession's, *American Psychologist*, 45 (12) : 1329-1335.

[203]

Sinistres et intervenants. Essai.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[Retour à la table des matières](#)

AGUILERA, D.C. et J.M. MESSICK (1974). *Crisis Intervention*, St-Louis (MO) Mosby.

AGUILERA, D.M. et L.A. PLANCHON (1995). The American Psychological Association - California Psychological Association Disaster Response Project : Lessons from the Past, Guidelines for the Future, *Professional Psychology : Research and Practice*, 26 (6) : 550-557.

ALEXANDER, D.A. (1990). Psychological Intervention for Victims and Helpers after Disasters, *British Journal of General Practice*, 40 : 345-348.

ALEXANDER, D.A. et A. WELLS (1991). Reactions of Police Officers to Bodyhandling after a Major Disaster, *British Journal of Psychiatry*, 159 : 547-555.

ALLEN, M.J. (1989). Coping with the Early Stages of the M I Disaster : at the Scene and on Arrival at Hospital, *British Medical Journal*, 298 : 651-654.

ALLISON, E.J. JR, T.W. WHITLEY, D.A. REVICKI et S.S. LANDIS (1987). Specific Occupational Satisfaction and Stresses that Differentiate Paid and Volunteer EMT, *Annals of Emergency Medicine*, 16 : 676-679.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.), Washington, DC.

ANDERSEN, H.S., A.K. CHRISTENSEN et G.O. PETERSEN (1991). Post-traumatic Stress Reactions amongst Rescue Workers after a Major Rail Accident, *Anxiety Research*, 4 : 245-251.

ARMSTRONG K. R., W. O'CALLAHAN et C.R. MARMAR (1991). Defriefing Red Cross Disaster Personnel : the Multiple Stressor Debriefing Model, *Journal of Traumatic Stress*, 4 (4) : 581-593.

ARMSTRONG, K.R., P.E. TOWNSEND LUND, L. MC WRIGT et V. TICHENOR (1995). Multiple Stressor Debriefing and the American Red Cross : the East Bay Hills Fire Experience, *Social Work*, 40 (1) : 83-90.

[204]

BARTONE, P., R. URSANO, K. WRIGHT et L. INGRAHAM (1989). Impact of a Military Air Disaster, *The Journal of Nervous and Mental Diseases*, 177 (6) : 317-328.

BAUM, A. (1987). Toxins, Technology, and Natural Disasters, in G.R. VandenBos et B.K. Bryant (Eds.), *Cataclysms, Crisis and Catastrophes : Psychology in Action*, APA, Washington, DC : 5-53.

BAUM, A., R. FLEMING et J.E. SINGER (1983). Coping with Victimization by Technological Disaster, *Journal of Social Issues*, 39 (2) : 117-138.

BAUM, A., S.D. SOLOMON, R.J. URSANO *et al.* (1993). Emergency/Disaster Studies-Practical, Conceptual and Methodological Issues, in J.P. Wilson et B. Raphael, *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*, Plenum Press, New York and London : 125-133.

BERAH, E., H. JONES et P. VALENT (1984). The Experience of a Mental Health Team Involved in the Early Phase of a Disaster, *Australia New Zealand Journal of Psychiatry*, 18 : 354-58.

BERREN, M. R., A. BEIGHEL et S. GHERTNER (1980). A Typology for the Classification of Disaster, *The Community and Mental Health Journal*, 16 : 103-111.

BISSON, J.1. et M.P. DEAHL (1994). Psychological Debriefing and Prevention of Post-traumatic Stress : More Research is Needed, *British Journal of Psychiatry*, 165 : 717-720.

BLANCHET, S. (1999). Les infirmières : anticiper deux coups à l'avance, *Prévention au travail*, 12 (1) : 13-15.

BOZZA-MARRUBINI, M. (1983). Three Major Disasters in Italy - Experiences of Niguarda-Ca'Granda Staff of Milan, *Disaster Medicine*, 1 : 415-420.

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

BRANDT, G.T., C.S. FULLERTON, L. SALTZGABER, R.J. URSANO et H. HOLLOWAY (1995). Disasters : Psychologic Responses in Health Care Providers and Rescue Workers, *Nord Journal of Psychiatry*, 49 : 89-94.

BRENDE, J.O. (1998). Coping with Floods : Assessment, Intervention, and Recovery Processes for Survivors and Helpers, *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 28 (2) : 107-139.

[205]

BRITTON, N.R. (1985). *The State/Territorial Emergency Service as a Constrained Prganization within the Australian Disater Management System*, Ph.D. diss. James Cook University, Townsville, Australia.

BRITTON, N. R., C.C. MORAN et B. CORREY (1990). *The Permanent Volunteer Emergency Worker : Exploring Relevant Factors in Stress Coping*, Centre for disaster Management, Occasional Paper : 3, Cumberland College of Health Sciences, The University of Sydney.

BRITTON, N.R., C.C. MORAN et B. CORREY (1994). Stress Coping and Emergency Disaster Volunteers : a Discussion of Some Relevant Factors, in R.R. Dynes et K.J. Thierney (Eds), *Disasters, Collective Behavior and Social Organization*, Newark : University of

Delaware Press, London and Toronto : Associated University Presses : 128-144.

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.

BURRELL, L.M. (1996). The Impact of Experience, Exposure, and Support on Emergency Workers Health, *Dissertation Abstracts International*, 57/ 06-B : 4067.

BURSTEIN, A. (1985). Post-traumatic Flash-back, Dream Disturbance and Mental Imagery, *Journal of Clinical Psychiatry*, 46 : 374-378.

BUSUTTIL, W. et A. BUSUTTIL (1997). Debriefing and Crisis Intervention, in D.Black, M. Newman, J. Harris-Hendriks et G. Mezey (Eds), *Psychological Trauma : a Developmental Approach*, American Psychiatric Press Inc., London : 239-249.

CARLTON, T. (1980). Early Psychiatric Intervention Following a Maritime Disaster, *Military Medicine*, 145 : 114-116.

CASSETA, R. (1994). Natural Disaster Stress Providers and Victims, *American Nurse*, 26 (8) : 24.

CELENTANO, D.D. et J.V. JOHNSON (1987). Stress in Health Care Workers, *Occupational Medicine*, 2 (3) : 593-608.

CENTER FOR DISEASE CONTROL (1998). *Community Needs Assessment and Morbidity Surveillance Following an Ice Storm*, 47 (17) : 351-354.

CHERNISS, C. (1980). *Staff Burnout*, Sage, London.

[206]

CLEGG, F. (1988). Disasters : Can Psychologists Help the Survivors *The Psychologist*, 1 (4) : 134-135.

COARSEY-RADER, C.V. (1995). *Effects of Investigation of a Fatal Air Crash on 13 Government Investigators*, Natural Hazards Research and Applications Information Center, University of Colorado, Boulder, Colorado, Quick Response Report n° 80.

COULTER, M.L. et C.I. Noss (1988). Preventive Social Work in Perceived Environmental Disasters, *Health and Social Work*, 13 (4) : 296-300.

COUNTS, C. et B. F. PROWANT (1994). Disaster Preparedness : is Your Unit Really Ready ?, *ANNA Journal*, 21 (4) : 155-161, 201.

DE FREITAS, C. R. (1975). Estimation of the Disruptive Effect of Snowfalls in Urban Areas, *Journal of Applied Meteorology*, 14 (6) : 1166-1173.

DINGMAN, R.L. (1995). The Mental Health Counselor's Role in Hurricane Andrew, *Journal of Mental Health Counselling*, 17 (3) : 321-335.

DIXON, P., G. REHLING et R. SHIWACH (1993). Peripheral Victims of the Herald of Free Enterprise Disaster, *British Journal of Medical Psychology*, 66 : 193-202.

DRAPEAU, J.C. (1998). Sécurité publique du Québec : le point après le grand verglas, *Revue de la protection civile*, 25 (2) : 30.

DUBREUIL, P. (1981). The Economic Impact of Record Low Snowfalls in Southern Quebec, in D.W. Phillips et G.A. McKay (Eds.), *Canadian Climate Review - 1980*, Atmospheric Environment Service, Canadian Government Publishing Center, Ottawa, Ontario : 51-54.

DUCKWORTH, D.H (1988). Disaster Work and Psychological Trauma, *Disaster Management*, 1 : 25-29.

DUCKWORTH, D.H. (1986). Psychological Problems Arising from Disaster Work, *Stress Medicine*, 2 : 315-323.

DUCKWORTH, D.H. (1991). Facilitating Recovery from Disaster-work Experiences, *British Journal of Guidance and Counselling*, 19 (1) : 13-22.

DUDASIK, S.W. (1980). Victimization in Natural Disaster, *Disaster*, 4 : 329-338.

[207]

DUNNING, C. (1990). Mental Health Sequelae in Disaster Workers : Prevention and Intervention, *International Journal of Mental Health*, 19 (2) : 91-103.

DURHAM, T.W., S.L. MCCAMMON et E.J. ALLISON, Jr. (1985). The Psychological Impact of Disaster on Rescue Personnel, *Annals of Emergency Medicine*, 14 : 664-668.

DYNES, R.R. et E.L. QUARANTELLI (1980). Helping Behavior in Large-scale Disasters, in D.H. Smith and associates (Eds.), *Participation in Social and Political Activities*, San Francisco : Jossey-Bass.

DYREGROV, A. (1989). Caring for Helpers in Disaster Situations Psychological Debriefing, *Disaster Management*, 2 : 25-30.

DYREGROV, A. (1997). The Process in Psychological Debriefings, *Journal of Traumatic Stress*, 10 (4) : 589-605.

DYREGROV, A. et R.M. SOLOMON (1991). Mental Health Professionals in Disasters : an Exploratory Study, *Disaster Management*, 3 (3) : 123-127.

DYREGROV, A., J. KRISTOFFERSON et R. GJESTAD (1996). Voluntary and Professional Disaster Workers : Similarities and Differences in Reactions, *Journal of Traumatic Stress*, 9 (3) : 541-555.

EMYRS-ROBERTS, F. (1987). Hurricane Uma : a Wild Monster, *British Medical Journal*, 295 : 1648-1650.

ERSLAND, S., L. WEISAETH et A. SUND (1989). The Stress upon Rescuers Involved in an Oil Rig Disaster, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Supplementum 355 : 38-49.

EVANS, R.C. et R.J. EVANS (1992). Accident and Emergency Medicine-II, *Postgraduate Medical Journal*, 68 (804) : 786-799.

EVERLY, G.S. Jr. (1995). The Role of Critical Incident Stress Debriefing (CISD) Process in Disaster Counseling, *Journal of Mental Health Counseling*, 17 : 278-290.

FIGLEY, C.R. (1985b). *Trauma and it's Wake : the Study and Treatment of Post-traumatic Stress Disorder*, New York : Brunner/Mazel.

FIGLEY, C. R. (1981). *Working on a Theory of What it Takes to Survive*, American Psychiatric Association, Monitor 9.

[208]

FIGLEY, C.R. (1985). Role of the Family : both Haven and Headache, in National Institute of Mental Health, Center for Mental

Health Studies of Emergencies, *Role Stressors and Supports for Emergency Workers*, p. 84-94.

FREDERICK, C.J. (1981). *Aircraft Accidents : Emergency Mental Health Problems*, DHHS Publication, ADM 81-956, Washington, DC : US Government Printing Office.

FULLERTON, C., J. MCCARROLL, R. URSANO et K. WRIGHT (1992). Psychological Responses of Rescue Workers : Fire Fighters and Trauma, *American Journal of Orthopsychiatry*, 62 (3) : 371-378.

GIBBS, M., J.R. LACHEMEYER, A. BROSKA et R. DEUCHER (1996). Effects of the AVIANCA Aircrash on Disaster Workers, *International Journal of Mass Emergencies and Disasters*, 14 : 23-32.

GIBBS, M.S, J. DRUMMOND et J.R. (1993). Effects of Disasters on Emergency Workers : a Review, with Implications for Training and Postdisaster Interventions, *Journal of Social Behavior and Personality*, 8 (5) :189-212.

GIST, R. (1996). *A Critical View on Debriefing*, David Baldwin's Trauma Information Pages, Adresse Internet : <http://www.trauma-pages.com/cisdgist.htm>.

GIST, R.M et V. HARRIS TAYLOR (1996). Life-of-duty Deaths and their Effect on Co-workers and their Families, *The Police Chief*, 63 (5) : 34-37.

GORDON, R. (1996). *Human Recovery from Disaster : Information for Workers in Disaster*, Community Recovery Committee, Department of Human Services, Adresse Internet : <http://hna.ffh.vic.gov.au/disaster/otherl/0002.htm>.

GRAY, D.M. et D.H. MALE (1981). *Handbook of Snow : Principles, Processes, Management and Use*, Pergamon Press, Toronto, Ontario, 776 p.

GREEN, B., M. GRACE et G. GLESER (1985). Identifying Survivors at Risk, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 672-678.

GREEN, B.L. (1991). Evaluating the Effects of Disasters, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3 (4) : 538-546.

GREVIN, F. (1996). Posttraumatic Stress Disorder, Ego Defense Mechanisms, and Empathy among Urban Paramedics, *Psychological Reports*, 79 : 483-495.

GRIFFITHS, J. et R. WATTS (1992). *The Kempsey and Grafton Bus Crashes the Aftermath*, East Lismore : Instructional Design Solutions.

HARTSOUGH, D.M. (1982). Planning for Disaster : a New Community Outreach Program for Mental Health Centers, *Journal of Community Psychology*, 10 : 255-264.

HARTSOUGH, D.M. (1985). Part I : Stress and Mental Health Interventions in Three Major Disasters, in D.M. Hartsough et D.G. Myers (Eds), *Disaster Work and Mental Health : Prevention and Control of Stress among Workers*, Rockville MD : NIMH, Center for Mental Health Studies of Emergencies : 1-44.

HODGKINSON, P.E. et M.A. SHEPHERD (1994). The Impact of Disaster Support Work, *Journal of Traumatic Stress*, 7 (4) : 587-600.

HODGKINSON, P.E. et M. STEWART (1991). *Coping with Catastrophes. A Handbook of Disaster Management*, London : Routledge.

HOLLISTER, R. (1996). Critical Incident Stress Debriefing and the Community Health Nurse, *Journal of Community Health Nursing*, 13 (1) : 43-49.

HOWARTH, I. et I. D. DUSSUYER (1988). Helping People Cope with the Longterm Effects of Stress, in S. Fisher et J. Reason (Eds.), *Handbook of Life Stress, Cognition and Health*, New York : Wiley.

HYTTEN, K. et A. HASLE (1989). Fire-fighters : a Study of Stress and Coping, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80 (Supplement 355) : 50-55.

INNES, J.M. et A. CLARK (1985). The Responses of Professional Fire-fighters to Disaster, *Disasters*, 9 (2), 149-153.

JACOBS, G.A., R. P. QUEVILLON et M. STRICHERZ (1990). Lessons from the Aftermath of Flight 232 -Practical Considerations for the Mental Health Profession's, *American Psychologist*, 45 (12) : 1329-1335.

JENKINS, S.R. (1996). Social Support and Debriefing Efficacy among Emergency Medical Workers after a Mass Shooting Incident, *Journal of Social Behavior and Personality*, 11 (3) : 477-492.

[210]

JENKINS, S.R. (1997). Coping and Social Support among Emergency Dispatcher : Hurricane Andrew, *Journal of Social Behavior and Personality*, 12 (1) : 201-216.

JOHNSON, B.H., J. EID, T. LOVSTAD et L.T. MICHELSEN (1997). Posttraumatic Stress Symptoms in Nonexposed, Victims and Spontaneous Rescuers after an Avalanche, *Journal of Traumatic Stress*, 10 (1) : 133-140.

JONES, L. (1995). Debriefing after Psychological Trauma. Response to Stress is not Necessarily Pathological, *British Journal Medical*, 311 (7003) : 509-510.

JOSEPH, S., R.M. WILLIAMS et W. YULE (1997). Intervention and Treatment, in S. Joseph, R. Williams et W. Yule (Eds.) *Understanding Post-traumatic Stress : a Psychological Perspective on PTSD and Treatment*, Wiley, Chichester, England : 147-182.

JOSEPH, S., W. YULE et R. WILLIAMS (1993). Crisis Support in the Aftermath of Disaster : a Longitudinal Perspective, *British Journal of Psychology*, 32 : 177-185.

KALTREIDER, N., C. GRACIE et D. LEBRECK (1992). The Psychological Impact of the Bay Area Earthquake on Health Professionals, *Journal of the American Medical Women's Association*, 47 (1) : 21-24.

KENARDY, J.A., R.A. WEBSTER, T.J. LEWIN, V.J. CARR, P.L. HAZELL et G.L. CARTER (1996). Stress Debriefing and Patterns of Recovery Following a Natural Disaster, *Journal of Traumatic Stress*, 9 (1) : 37-49.

LACROIX, A. (1998). Janvier noir en Montérégie, *Revue de la protection civile*, 25 (2) : 17-19.

LACROIX, J. et D.J. BOIVIN (1991). *Étude du phénomène des tempêtes de neige en tant que catastrophe naturelle : une évaluation en matière de protection civile et de vulnérabilité municipale*, numéro 102, ISSN 0710-0868, 48 p.

LAMMENS, J. et P.E. HODGHINSON (1990). The Zeebrugge Disaster 1 : Triage, Treatment and Aftercare, *Disaster Management*, 2 : 123-127.

LAMONTAGNE, H. (1983). Des effets psychologiques des désastres sur le *personnel opérationnel*, rapport préparé à l'intention de Planification d'urgence *Canada*.

[211]

LANE, P.S. (1993-1994). Critical Incident Stress Debriefing for Health Care Workers, *Omega*, 28 (4) : 301-315.

LATTA, B. (1999). Le vol 111 de la Swissair : au secours des secouristes, *Revue de la protection civile*, 26 (1) : 19-25.

LAUBE, J. (1973). Psychological Reactions of Nurses in Disaster, *Nursing Research*, 22 : 343-347.

LAUBE, J. (1985). Health Care Providers as Disaster Victims, in J. Laube et S. Murphy (Eds), *Perspectives on Disaster Recovery*, Norwalk. CT : Appleton-Century- Crofts : 210-228.

LAUBE-MORGAN, J. (1988). Kalamata Earthquake, 1986 : Psychological Reactions and Roles for Health Care Workers, Boulder CO. University of Colorado, *Natural Hazards Research Information Center*, Report n° 11.

LAUBE-MORGAN, J. (1992). The Professional's Response in Disaster : Implications for Practice, *Journal of Psychosocial Nursing*, 30 (2) : 17-22.

LAZARUS, R.S. et S. FOLKMAN (1984). *Stress, Appraisal and Coping*, New York : Springer.

LE JOURNAL DE QUÉBEC (1998). *L'armée s'occupe enfin des chocs traumatiques*, 27 novembre : 17.

LE JOURNAL DE QUÉBEC (1999). *Amérique du Nord - Au moins 100 morts à cause du mauvais temps*, 7 janvier : 25

LEGAULT FAUCHER, M. (1999). La CSST - Se retourner sur un dix sous, prévention en tête, *Prévention au travail*, 12 (1) : 8-11.

LEGGET, R.F. et L.W. GOLD (1966). *Snow Removal and Ice Control in Cities*, Technical Paper n° 213, Division of Building Research, National Research Council, Ottawa, Ontario.

LEMYRE et BENZIMRA (2000). Les efforts de recouvrement suite à la tempête de verglas : état de stress psychologique chez les travailleurs-es après la crise, *Santé mentale au Québec*, XXV (1) : 186-210.

LINDY, J.D., M.C. GRACE et B.L. GREEN (1981). Survivors : Outreach to a Reluctant Population, *American Journal of Orthopsychiatry*, 51 : 468-478.

[212]

LOGUE, J., M. MELICK et H. HANSEN (1981). Research Issues and Directions in the Epidemiology of Health Effects of Disasters, *Epidemiology Review*, 3 : 140-162.

LUNDIN, T. et M. BODEGARD (1993). The Psychological Impact of an Earthquake on Rescue Workers : a Follow-up Study of the Sweedish Group of Rescue Workers in Armenia 1988, *Journal of Traumatic Stress*, 6 (1) : 129-139.

LYONS, J.A. (1991). Strategies for Assessing the Potential for Positive Adjustment Following Trauma, *Journal of Traumatic Stress*, 4 (1) : 93-111.

MACHALEK, J. (1992). *A Bibliography of Weather and Climate Hazards*, Second Edition, Topical Bibliography n° 16, Natural Hazards Research and Applications Information Center, University of Colorado, Boulder (CO).

MALTAIS, D., S. ROBICHAUD et A. SIMARD (2000a). *Les conséquences de la tempête de verglas chez les intervenants de la Montérégie*, rapport de recherche, Université du Québec à Chicoutimi.

MALTAIS, D., S. ROBICHAUD, G. MOFFAT et A. SIMARD (2000b). *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*, rapport de recherche, Université du Québec à Chicoutimi.

MANGELSDORFF, D.A. (1985). Lessons Learned and Forgotten : the Need for Prevention and Mental Health Interventions in Disaster Preparedness, *Journal of Community Psychology*, 13 : 239-257.

MANN, B.W et J.C. DRAPEAU (1998). Dur coup pour Hydro-Québec et Ontario Hydro, *Revue de la protection civile*, 25 (2) : 10-12.

MARCHANT, R., J. GUERNSEY et K. YOSHIDA (1989). *Health Effects of Working at the Site of the Gander Arrow Air Crash*, Faculty of Medicine, Dalhousie University.

MARMAR, C.R., D.S. WEISS, T.J. METZLER, H.M. RONFELDT et C. FOREMAN (1996). Stress Responses of Emergency Services Personnel to the Loma Prieta Earthquake Interstate 880 Freeway Collapse and Control Traumatic Incidents, *Journal of Traumatic Stress*, 9 (1) : 63-85.

[213]

McCAMMON, S., T.W. DURHAM, J.E. ALLISON JR et J.WILLIAMSON (1988). Emergency Workers' Cognitive Appraisal and Coping with Traumatic Events, *Journal of Traumatic Stress*, 1 (3) : 353-371.

McCAMMON, S.L. (1996). Emergency Medical Service Workers : Occupational Stress and Traumatic Stress, in D. Paton et J.M. Violanti, *Traumatic Stress in Critical Occupations - Recognition, Consequences and Treatment*, Charles C. Thomas Publisher, Springfield, Illinois : 58-82.

MCCANN, I.L., D.K. SAKHEIM et D.J. ABRAHAMSON (1988). Trauma and Victimization : a Model of Psychological Adaptation, *The Counseling Psychology*, 16 (4) : 531-594.

McCARROLL, J.C., R.J. URSANO, K.M. WRIGHT et C.S. FULLERTON (1993). Handling Bodies after Violent Death : Strategies for Coping, *American Journal of Orthopsychiatry*, 63 (2) : 209-214.

McCARROLL, J.E., R.J. URSANO, C.S. FULLERTON et K.M. WRIGHT (1992). Community Consultation Following a Major Air Disaster, *Journal of Community Psychology*, 20 : 271-275.

McCLOY, E. (1992). Management of Post-incident Trauma : a Fire Service Perspective, *Occupational Medicine*, 42 (3) 163-166.

McFARLANE, A.C. (1995). Helping the Victims of Disasters, in J.R. Freedy et S.E. Hobfoll, *Traumatic Stress : from Theory to Practice*, Plenum Press, New York.

McFARLANE, A.C. (1988a). The Longitudinal Course of Post-traumatic Morbidity : the Range of Outcome and their Predictors, *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 176 : 30-39.

McFARLANE, A.C. (1988b). The Phenomenology of Posttraumatic Stress Disorder Following a Natural Disaster, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176 : 22-29.

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

McFARLANE, A.C. (1984). The Ash Wednesday Bushfires in South Australia : Implications for Planning for Future Postdisaster Services, *Medical Journal of Australia*, 141 : 286-291.

[214]

MEICHENBAUM, D. (1995). Disasters, Stress and Cognition, in S.E. Hobfoll et M.W. DeVries (Eds.), *Extreme Stress and Communities : Impact and Intervention*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, The Netherlands : 33-61.

MENNINGER, W.C. (1952-1953). Psychological Reactions in an Emergency (flood), *The american Journal of Psychiatry*, 109 : 128-130.

MIKULENCAK, M. (1992). Healing Emotional Scars after Hurricane Andrew, *The American Nurse*, November-December : 3.

MILES, M.S., A.S. DEMI et P. MOSTYN-AKER (1984). *Rescue Workers Reactions Following the Hyatt-Regency Hotel Disaster*, *Death Education*, 8 : 315-331.

MILETI, D.S. (1985). Role Conflict and Abandonment in Emergency Workers, *Emergency Management Review*, 2 (1) : 20-22.

MITCHELL, J. (1983). When Disaster Strikes... The Critical Incident Stress Debriefing Process, *Journal of Emergency Medical Services*, 8 (1) : 36-39.

MITCHELL, J.T. (1998). *Traumatic Events Information Sheet*, University of Maryland's Emergency Health Services Program. Adresse Internet : <http://darkwing.uoregon.edu/uocomm/traumat.html>.

MITCHELL, J.T et A. DYREGROV (1993). Traumatic Stress in Disaster Workers and Emergency Personnel - Prevention and Intervention, in J.P.Wilson et B. Raphael (Eds), *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*, 76 : 905-914.

MITCHELL, J.T. et G.S. EVERLY Jr. (1995). *Critical Incident Stress Debriefing : CISD - An Operations Manual for the Prevention of Traumatic Stress among Emergency Service and Disaster Workers*, Second Edition, Revised, Chevron Publishing Corporation, Ellicott City, MD.

MORAN, C. et N.R. BRITTON (1994). Emergency Work Experience and Reactions to Traumatic Incidents, *Journal of Traumatic Stress*, 7 (4) : 575-585.

MORAN, C.C. (1989). *Coping Styles in Volunteer Rescue Workers - A Preliminary Report*, Working Paper n° 2, Disaster Management Studies Centre, Cumberland College of Health Sciences, Lidcombe, Australia : University of Sidney.

[215]

MUSEKARI, L.H., F.K. BOND et T.G. HIERS (1990). *Effects of Hurricane Hugo : Mental Health Workers and Community Members*, Presented at the Annual Convention of the American Psychological Association, Boston, MA.

MYERS, D.G. (1985). Helping the Helpers : a Training Manual, in D.M. Hartsough et D.G. Myers (Eds), *Disaster Work and Mental Health : Prevention and Control of Stress among Workers*, Rockville MD : NIMH, Center for Mental Health Studies of Emergencies : 45-136.

NADOROZNY, F. et C. MONTGOMERY (1999). La coordination des installations de santé d'Ottawa-Carleton pendant la crise du verglas, *Revue de la protection civile*, 26 (1) : 26-28.

NEWBURN, T. (1993). *Making a Difference ? Social Work after Hillsborough*, National Institute of Social work, London.

NIVET, P., J. M. ALBY et L. CROCQ (1989). Les réactions émotionnelles chez les décideurs, les sauveteurs et les soignants, *Soins psychiatrie*, 106/ 107 : 18-22.

OMER, H. et N. ALON (1994). The Continuity Principle : a Unified Approach to Disaster and Trauma, *American Journal of Community Psychology*, 22 (2) : 273-287.

PAPELL, C. et B. ROTHMAN (1980). Relating the Mainstream Model of Social Work with Group to Group Psychotherapy and the Structured Group Approach, *Social Work with Group*, 3 (2) : 5-23.

PATON, D. (1996a). Traumatic Stress in Critical Occupations, in D. Paton et J.M. Violanti, *Traumatic Stress in Critical Occupations - Recognition, Consequences and Treatment*, Charles C. Thomas Publisher, Springfield, Illinois : 1-14.

PATON, D. (1996b). Responding to International Needs : Critical Occupations as Disaster Relief Agencies, in D. Paton et J.M. Violanti, *Traumatic Stress in Critical Occupations - Recognition, Consequences and Treatment*, Charles C. Thomas Publisher, Springfield, Illinois : 139-172.

PATON, D. (1996c). Traumatic Stress in Critical Occupations : Current Status and Future Issues, in D. Paton et J.M. Violanti, *Traumatic Stress in Critical Occupations - Recognition, Consequences and Treatment*, Charles C. Thomas Publisher, Springfield, Illinois : 206-225.

PATON, D. (1989). Disasters and Helpers : Psychological Dynamics and Implications for Counselling, *Counselling Psychological Quarterly*, 2 (3) : 303-321.

[216]

PATON, D. et B.A. KELSO (1991). Disaster Rescue Work : the Consequences for the Family, *Counselling Psychology Quarterly*, 4 (2/3) : 221-227.

PATON, D. et L.M. SMITH (1996). Psychological Trauma in Critical Occupations : Methodological and Assessment Strategies, in D.Paton et J.M. Violanti, *Traumatic Stress in Critical Occupations - Recognition, Consequences and Treatment*, Charles C. Thomas Publisher, Springfield, Illinois : 15-57.

PATON, D. et C. STEPHENS (1996). Training and Support for Emergency Responders, in D. Paton et J.M. Violanti, *Traumatic Stress in Critical Occupations - Recognition, Consequences and Treatment*, Charles C. Thomas Publisher, Springfield, Illinois : 173-200.

PERRY, J.B., D. DUKES et R. NORRIS (1996). *Response to Severe Winter and Blizzard Conditions in Grundy and Buchanan County, Virginia, in 1996 : a Focus Group Analysis*, Natural Hazards Research and Information Center, Boulder, Colorado, Quick Response Report n° 88.

PICKETT, M. A.M. WASLH BRENNAN, H.S. GREENBERG, L. LICHT et J.D. WORRELL (1994). Use of Debriefing Techniques to Prevent Compassion Fatigue in Research Teams, *Nursing Research*, 43 (4) : 250-252.

PROTECTION CIVILE CANADA (1999). Monument en l'honneur des conjoints A Petawawa, *Revue de la protection civile*, 26 (1) : 5-6.

QUARANTELLI, E.L. et R.R. DYNES (1977). Response to Social Crisis and Disaster, *Annual Review of Sociology*, 3 : 23-49.

QUIEVILLON, R.P., B.A. YUTRZENKA et G.A. JACOBS (1991). *Stress and Coping among Disaster Responders*, Presented at the Annual Convention of the American Psychological Association, San Francisco.

RANSFORD, M. (1997). Workers, *Volunteers often Need Counseling after Disasters*. Adresse électronique : <http://www.bsu.edu/bsu-news/help97.txt>.

RAPHAEL, B. (1983). *The Anatomy of Bereavement*, New York : Basic.

RAPHAEL, B. (1986). *When Disaster Strikes*, Hutchinson, London.

RAPHAEL, B. (1995). Does Debriefing after Psychological Trauma Work ?. *British Medical Journal*, 310 : 1479-1481.

[217]

RAPHAEL, B. et W. MIDDLETON (1987). Mental Health Responses in a Decade of Disasters : Australia, 1974-1983, *Hospital and Community Psychiatry*, 38 (12) : 1331-1337.

RAPHAEL, B. et J.P. WILSON (1994). When Disaster Strikes : Managing Emotional Reactions in Rescue Workers, in J.P. Wilson et J.D. Lindy (Eds), *Countertransference in the Treatment of PTSD*, The Guilford Press, New York, London : 333-350.

RAPHAEL, B., L. MELDRUM et B. O'TOOLE (1991). Rescuers' Psychological Responses to Disasters, *British Journal Medical*, 303 (6814) : 1346-1347.

RAPHAEL, B., B. SINGH et L. BRADBURY (1980). Disaster : the Helper's Perspective, *The Medical Journal of Australia*, 2 : 445-447.

RAPHAEL, B., B. SINGH, L. BRADBURY et F. LAMBERT (1983-1984). Who Helps the Helpers ? The Effects of Disaster on the Rescue Workers, *Omega Journal of Death and Dying*, 14 (1) : 9-20.

RAPOPORT, L. (1970). Crisis Intervention as a Mode of Brief Treatment, in R.W. Roberts et R.H. Nee (Eds), *Theories of Social Casework*, Chicago, University of Chicago Press : 265-312.

RAZEN, J. (1974). Nursing Turnover in Special Care Units, *Abstract of Hospital Management Studies*, 10 : 335.

RELPH, E.C. et S.B. GOODWILLIE (1968). *Annotated Bibliography on Snow and Ice Problems*, Natural Hazards Research Working Paper n° 2, University of Toronto, Ontario, 14 p.

REVICKI, D.A. et R.R.M. GERSHON (1996). Work-related Stress and Psychological Distress in Emergency Medical Technicians, *Journal of Occupational Health Psychology*, 1 (4) : 391-396.

ROBERTS, A.R. (1991). Conceptualizing Crisis Theory and the Crisis Intervention Model, in A.R. Roberts (Ed), *Contemporary Perspectives on Crisis Intervention and Prevention*, Prentice hall, Englewood Cliffs, NJ : 3-17.

ROBINSON, R. et J.T. MITCHELL (1993). Evaluation of Psychological Debriefing, *Journal of Traumatic Stress*, 6 (3) : 367-382.

ROSE, S. et J. BISSON (1998). Psychological Intervention after Trauma, *Journal of Traumatic Stress*, 11 (4) : 697-710.

[218]

ROSSER, R. (1997). Effects of Disasters on Helpers, in D. Black, M. Newman, J. Harris-Hendriks et G. Mezey (Eds), *Psychological Trauma : a Developmental Approach*, American Psychiatric Press Inc., London : 326-337.

SANSONE, R.A. et E.J. ROMAN (1996). The Experience of Psychiatric Residents with Disaster Support : a Descriptive Report, *Journal of Oklahoma State Medical Association*, 89 : 238-241.

SHALEY, A. (1994). Debriefing Following Traumatic Exposure, in R.J. Ursano, B.G. McCaughey et C.S. Fullerton (Eds), *Individual and Community Responses to Trauma and Disaster : the Structure of Human Chaos*, London : Cambridge University Press.

SHEPHERD, M. et RE. HODGKINSON (1990). The Hidden Victims of Disaster : Helper Stress, *Stress Medicine*, 6 : 29-35.

SHORT, P. (1979). Victims and Helpers, in R.L. Heathcote et B.G. Tong (Eds), *Natural Hazards in Australia*, Canberra Australian Academy of Science.

SHULMAN, L. (1992). *The Skills of Helping Individuals, Families, and Groups* (23rd Ed), Chicago, Illinois : F.E. Peacock.

SMITH, C.L. et M. DE CHESNAY (1994). Critical Incident Stress Debriefing for Crisis Management in Post-traumatic Stress Disorders, *Medecine and Law*, 13 : 185-91.

SMITH, E.M. (1996). Coping with the Challenges of Field Research, in E. Bernstein Carlson (Ed.), *Trauma Research Methodology*, Sidran Press, Lutherville, Maryland : 126-152.

SOLOMON, S.D., E.M. SMITH, L.N. ROBINS R.L. et FISCHBACH (1987). Social Involvement as a Mediator of Disaster-induced Stress, *Journal of Applied Social Psychology*, 17 (12) : 1092-1112.

SOLOMON, S.D. (1986). Mobilising Social Support Networks in Times of Disaster, in C. Figley (Ed.), *Trauma and its Wake*. Vol. 2, *Traumatic Stress Theory, Research and Intervention*, New York, Brunner/Mazel.

STANLEY, S. R. (1990). When the Disaster is Over : Helping the Healers to Mend, *Journal of Psychosocial Nursing Mental Health Services*, 28 (5) : 12-16.

STUHLMILLER, C.M. (1994). Occupational Meanings and Coping Practices of Rescue Workers in an Earthquake Disaster, *Western Journal of Nursing Research*, 16 (3) : 268-287.

[219]

TALBOT, A., M. MANTON et P.J. DUNN (1992). Debriefing the Debriefers : an Intervention Strategy to Assist Psychologist after a Crisis, *Journal of Traumatic Stress*, 5 (1) : 45-62.

TAYLOR, A.J.W. et A.G. FRAZER (1982). The Stress of Post-disaster Body Handling and Victim Identification Work, *Journal of Human Stress*, 8 : 4-12.

THÉORET, J.J. (1979). How a Community Hospital Emergency Department Coped with a Massive Blizzard, *Mass Emergencies*, 4 : 1-7.

THOMPSON, J. et M. SOLOMON (1991). Body Recovery Teams at Disasters : Trauma or Challenge ? , *Anxiety Research*, 4 : 235-244.

URSANO, R.J. et C.S. FULLERTON (1990). Cognitive and Behavioral Responses to Trauma, *Journal of Applied Social Psychology*, 20 (21) : 1766-1775.

URSANO, R.J. et J.E. MCCARROLL (1994). Exposure to Traumatic Death : the Nature of the Stressor, in R.J. Ursano, B.G. McCaughey et C.S. Fullerton (Eds.), *Individual and Community Responses to Trauma and Disaster : the Structure of Human Chaos*, Cambridge University Press, Cambridge : 46-71.

VIOLANTI, J.M. et F. ARON (1993). Source of Police Stressors, Job Attitudes, and Psychological Distress, *Psychological Reports*, 72 : 899-904.

WARHEIT, G.J (1988). Disasters and their Mental Health Consequences : Issues, Findings, and Future Trends, in M. Lystad (Ed), *Mental Health Response to Mass Emergencies -Theory and Practice*, Brunner/Mazel, New York : 3-21.

WARHEIT, G.J. (1985). A Propositional Paradigm for Estimating the Impact of Disasters on Mental Health, in B.J. Sowder (Ed), *Disas-*

ters and Mental Health : Selected Contemporary Perspectives, Rockville, MD : National Institute of mental health : 196-214.

WATERS, K.A., J. SELANDER et G. STUART (1992). Psychological Adaptation of Nurses Post-disaster, *Issues in Mental Health Nursing*, 13 : 177-190.

WEAVER, W.C. (1987). Stress and the EMS Dispatcher, *Emergency Medical Services*, 16 (7) : 18-26.

WEINRICH, S., S.B. HARDIN et M. JOHNSON (1990). Nurses Respond to Hurricane Hugo Victims' Disaster Stress, *Archives of Psychiatric Nursing*, IV (3) : 195-205.

[220]

WEISAETH, L. (1989). Importance of High Response Rates in Traumatic Stress Research, *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 80 (355) : 131-137.

WEISMAN, H., I. EPSTEIN et A. SAVAGE (1983). *Agency-based Social Work : Neglected Aspects of Clinical Practice*, Philadelphia : Temple University Press.

WERNER, H. R., G.W. BATES, R.C. BELL, P. MURDOCH et R. ROBINSON (1992). Critical Incident Stress in Victoria State Emergency Service Volunteers : Characteristics of Critical Incidents, Common Stress Responses, and Coping Methods, *Australian Psychologist*, 27 (3) : 159-165.

WERNER, L.S., M. NAUD et A. KELLOGG (1998). *Public Health Emergency Response : Evaluation of Implementation of a New Emergency Management System for Public Health in the State of Oregon*, Quick Response Report n° 111. Adresse électronique : <http://colorado.edu/hazards>.

WILKINSON, C.B. (1983). The Aftermath of Disaster : the Collapse of the Hyatt Regency Hotel Skywalks, *American Journal of Psychiatry*, 140 : 1134-1139.

WILLIAMS, C.L., S.D. SOLOMON et P. BARTONE (1988). Primary Prevention in Aircraft Disasters, *American Psychologist*, 43 (9) : 730-739.

WRIGHT, C. (1996). The Aftermath of Tragedy, *Nursing Times*, 92 (13) : 18-19.

WRIGHT, K.M., R.J. URSANO, P.T. BARTONE et L.H. INGRAHAM (1990). The Shared Experience of Catastrophe : an Expanded Classification of the Disaster Community, *American Journal of Orthopsychiatry*, 60 (1) : 35-42.

YEVELSON, I.I., A. ABDELGANI, J. CWIKE et I.S. YEVELSON (1997). Bridging the Gap in Mental Health Approaches between East and West : the Psychosocial Consequences of Radiation Exposure, *Environmental Health Perspectives*, 105 (Supplement 6) :1551-1556.

YOUNG, M.A. (1991). Crisis Intervention and the Aftermath of Disaster, in A.R. Roberts (Ed), *Contemporary Perspectives on Crisis Intervention and Prevention*, 83-103 Prentice hall, Englewood Cliffs, NJ.

[221]

Sinistres et intervenants. Essai.

Annexe I

Résumé de quelques études et articles
relatifs à l'impacts des désastres
sur la santé physique, psychologique et sociale
de diverses catégories d'intervenants

[Retour à la table des matières](#)

Auteurs

Alexander et Wells (1991) (Voir bibliographie, p. 203.)

Types d'intervenants

Policiers (engagés dans la recherche sur le site et à la morgue, et un groupe contrôle non engagé)

Événement

Explosion d'une plate-forme pétrolière (Piper Alpha)

Résultats et faits saillants

Cette étude est une des rares ayant pu se doter de mesures pré-désastre sur ses sujets (à l'aide du HAD : The Hospital Anxiety and Depression Scale et du EPQ : The Eysenck Personality Questionnaires) et à inclure un groupe contrôle. Les résultats ont permis de constater que trois mois après leur intervention, les officiers de police avaient performé avec succès dans leurs tâches et s'en étaient sortis relativement indemnes au plan de la morbidité psychiatrique. Certains ont même conclu avoir tiré profit de leur expérience. Les données pré-désastre et post-désastre n'ont pas révélé d'augmentation de la morbidité psychiatrique. La santé occupationnelle ne semble pas avoir été affectée non plus, comparativement au groupe contrôle. Les stratégies les plus aidantes durant les opérations étaient l'utilisation de l'humour, le fait de parler avec les confrères et de se concentrer sur les aspects positifs de leur travail. Les variables organisationnelles apparaissaient très bénéfiques pour les policiers étant intervenus, alors que chez le groupe contrôle, ils évaluaient plutôt les aspects organisation et gestion du travail de routine comme débilatants. Les bonnes relations au sein du groupe, une préparation adéquate, un esprit d'équipe, un bon moral et le support professionnel seraient, selon les auteurs, de puissants antidotes aux réactions post-traumatiques.

[222]

Auteurs

Allison *et al.* (1987)

Types d'intervenants

Techniciens d'urgence médicale préhospitalisation (118 rémunérés et 147 bénévoles)

Événement

Général

Résultats et faits saillants

Le but de cette étude était d'identifier les sources de satisfaction au travail et de stress qui différencient les intervenants rémunérés et bénévoles dans des régions rurales. Les sources de stress chez les intervenants rémunérés étaient le manque de reconnaissance. Cette situation peut être expliquée par le fait que ce personnel n'effectue que le travail pour lequel il est embauché, tandis que les bénévoles peuvent être perçus comme recevant moins de reconnaissance pour les services qu'ils rendent à la communauté. Les sources de satisfaction et de stress communes chez les deux groupes d'intervenants étaient l'aide apportée aux autres, le sentiment de culpabilité issu d'un manque de compréhension des besoins du patient, les attentes non réalistes du travail et le manque de collaboration des confrères. Le personnel rémunéré avait significativement plus de probabilité d'être insatisfait en ce qui a trait à la liberté dont il bénéficiait au travail comparativement aux bénévoles ($p < .01$). Les intervenants rémunérés semblaient aussi moins satisfaits de la reconnaissance reçue, plus enclins à mentionner une interférence de leur travail avec leur vie familiale et percevaient davantage que les autres essayaient de profiter d'eux (appels pour des services ou des soins non urgents, etc.). Les deux groupes d'intervenants ne se différenciaient pas en ce qui a trait aux sources de stress suivantes : les questions de possibilités d'avancement, de salaire, le nombre d'appels et la participation aux décisions. L'étude a démontré que le stress perçu relevait surtout de facteurs administratifs tels la supervision et la clarté de la tâche ou du rôle.

Auteurs

Andersen *et al.* (1991)

Types d'intervenants

Secouristes (policiers, pompiers, ambulanciers, équipes de la National Rail, personnel civil de la défense et personnel policier avisant les familles)

[223]

Événement

Déraillement d'un train au Danemark en 1988

Résultats et faits saillants

Le but de cette étude était de délimiter l'incidence de la morbidité psychiatrique chez les secouristes à la suite de leur participation au travail de sauvetage. Les participants furent contactés entre un et deux mois après l'accident. Les taux de réponse trois et sept mois après l'intervention furent de 54% et 50% respectivement (83, 77). Tous les sujets ont mentionné ne pas avoir utilisé ou abusé d'alcool, de médicaments ou de drogues (après l'intervention ou antérieurement). Près du cinquième des intervenants (18%) ont obtenu un résultat positif au GHQ (General Health Questionnaire) lors de l'évaluation à sept mois (5-13). Sauf pour l'anxiété et la dépression, les scores obtenus étaient significativement plus élevés à sept mois qu'à trois mois. À trois mois et sept mois, 10% des participants (8) ont obtenu un résultat positif au score total de l'IES (Impact of Event Scale) (score total entre 20 et 44) et aux échelles de l'intrusion et de l'évitement. L'évitement et le score total à l'IES étaient significativement moins élevés à sept mois qu'à trois mois (les résultats à l'échelle d'intrusion suivaient la même tendance mais n'étaient pas significatifs) pour l'ensemble des répondants. Chez les huit sujets ayant démontré un résultat positif, le score obtenu à l'échelle de l'intrusion était significativement plus élevé ($p < .05$) à sept mois, tandis que les résultats pour le total et l'évitement étaient aussi plus élevés mais non significatifs. Près du tiers des répondants (30%) ont mentionné avoir éprouvé des symptômes physiques ou psychologiques à la suite de l'intervention attribuables aux opérations de secours. Sept mois après l'intervention, 10% des répondants rapportaient des symptômes qui perduraient (cinq d'entre eux avaient obtenu des résultats positifs au GHQ et à

l'IES). Deux d'entre eux ont fait état d'une augmentation de leur consommation d'alcool et de tabac et d'utilisation régulière de tranquillisants. Ces deux sujets mentionnaient également des problèmes conjugaux (divorce) et des problèmes au travail (perte d'emploi). Pour 46% de l'ensemble des sujets, l'intervention à laquelle ils avaient participé fut évaluée comme la pire expérience vécue, 42% se sont sentis non préparés et 57% n'avaient pas reçu de formation ou participé à une opération de ce type auparavant. Toutefois, 46% des sujets ont mentionné que leur expérience avait eu un impact positif sur leur vie. Les auteurs mentionnent que, pour l'ensemble, le degré de symptomatologie (GHQ-IES) fut relativement faible. Ils précisent également que les intervenants étaient en bonne santé et que l'impact du travail fut estimé comme étant de faible à modéré. La tendance révélée au GHQ, plutôt faible, fut maintenue au cours des périodes observées et significativement déclinante à l'IES, sauf pour les sujets ayant obtenu un résultat positif.

[224]

Auteurs

Armstrong, K. R *et al.* (1995)

Types d'intervenants

Personnel d'urgence régulier saisonnier et bénévole de la Croix- Rouge américaine

Événement

Incendie majeur à Oakland-Berkeley

Résultats et faits saillants

Les auteurs revoient deux modèles de *débriefing*, soit le CISD et une de ses variantes, le MSD. Ils relatent les résultats obtenus à la suite de l'application de sessions de *débriefing* à partir du modèle MSD auprès du personnel étant intervenu auprès de victimes à la suite d'un incendie majeur. Un stressor commun était identifié par les participants aux sessions : leur perception de la coordination des opérations. Les participants mentionnent également comme principaux stressors : l'aide aux victimes affolées, les problèmes administratifs, les conflits de personnalité, les divergences quant aux façons d'intervenir en santé mentale. Certains stressors externes au désastre sont aussi mentionnés ainsi que des éléments positifs étant ressortis de l'expérience. Les sentiments et réactions prédominants pendant et après la crise ainsi que différentes stratégies d'adaptation sont évoqués par les participants.

Auteurs

Armstrong *et al.* (1991)

Types d'intervenants

Personnel régulier et bénévole de la Croix-Rouge américaine

Événement

Tremblement de terre de San Francisco en 1989

Résultats et faits saillants

Cet article relate l'intervention de la Croix-Rouge américaine lors du tremblement de terre survenu dans la Baie de San Francisco en 1989 où 66 personnes perdirent la vie, 3 000 furent blessées et des milliers de personnes se retrouvèrent sans domicile, alors que d'autres durent être évacuées en raison d'incendies, de fuites de gaz, etc. Les policiers, les pompiers, le personnel médical et les volontaires de la Croix-Rouge furent mobilisés pour procurer des soins physiques de base et pour répondre aux besoins émotionnels des milliers de victimes. Les abris temporaires [225] sont demeurés en opération pendant 60 jours. Les intervenants ont été confrontés à de multiples problèmes sociaux (violence, maladie mentale, toxicomanie, abus envers des enfants, etc.), à la maladie physique (TB and Sida) et ont dû composer avec le personnel médical sur une base régulière. Les intervenants ont été affectés psychologiquement par maints facteurs ; citons entre autres : les attaques contre la Croix-Rouge par les politiciens et les médias, les longues heures de travail, les problèmes avec les victimes, et la longue période pendant laquelle ils ont dû s'impliquer. Le MSD (Multiple Stressor Debriefing) adapté du CISD (Critical Incident Stress Debriefing) fut utilisé auprès du personnel de la Croix-Rouge afin de prévenir et de minimiser les effets négatifs de l'intervention. Les auteurs décrivent le déroulement du processus, évoquent quelques résultats et proposent des recommandations résultant de certaines observations qu'ils ont pu effectuer en lien avec le déroulement du MSD.

Auteurs

Bartone *et al.* (1989)

Types d'intervenants

Officiers de l'armée offrant du support aux familles

Événement

Écrasement d'avion transportant 248 soldats à Gander, N.-É., en 1985

Résultats et faits saillants

Cette étude avait comme objectifs de décrire le rôle des intervenants dans une tragédie de masse et d'identifier les principales sources de stress, d'examiner l'impact du stress sur la santé et le bien-être psychologique des intervenants et, finalement, d'identifier les facteurs de risque ou les ressources pouvant modérer la relation. Cent soixante-quatre personnes ont participé à l'étude six mois après l'incident et 131 ont répondu au suivi douze mois après celui-ci. Quatre sources majeures de stress furent identifiées. C'est ainsi que plusieurs ont mentionné être mal préparés à composer avec la douleur et la peine des endeuillés et à vivre dans l'ambiance de confusion et de désordre qui régnait pendant les deux premières semaines en raison de circonstances géographiques, de communication, etc. La période prolongée d'identification des corps et la difficulté pour les intervenants de se dissocier de la victime ou de la famille, ainsi que les liens créés avec celle-ci, ont également contribué à augmenter le désengagement et à retarder la reprise normale des activités des officiers. La moyenne de symptômes rapportés à six mois était de 3,11 (20 symptômes proposés). Les plus communs symptômes [226] étaient les maux de tête (40%), le sentiment de nervosité ou la tension (33%), les problèmes de sommeil (31%), les douleurs ou malaises généraux (29%), les grippes communes (25%), l'humeur dépressive (21%) et le manque d'énergie ou la fatigue (20%). La moyenne de symptômes à douze mois était de 6,59 ; outre ceux mentionnés ci-haut qu'on retrouvait dans de plus fortes proportions, la difficulté à se concentrer (49%), les dérangements d'estomac (45%) étaient parmi les plus communs. Selon l'échelle du bien-être psychologique (Bradburn, 1969), celui-ci diminuait en fonction d'une exposition plus intense. Les individus possédant peu le trait de personnalité endurcie ou ne bénéficiant que d'un faible support social, et ayant été fortement exposés, affichaient un bien-être

psychologique moins élevé. En comparaison, ceux qui disposaient d'un support social fort et possédaient une personnalité plus résistante ou endurcie étaient associés à plus de stabilité, même en présence d'exposition à des degrés moyen ou fort.

Auteurs

Berah *et al.* (1984)

Types d'intervenants

Équipe de bénévoles provenant d'un centre hospitalier, soit des intervenants en santé mentale (psychiatres, infirmières psychiatriques, psychologues, infirmières et travailleurs sociaux)

Événement

Incendie majeur en Australie (Ash Wednesday)

Résultats et faits saillants

Les auteurs ont étudié les réactions des intervenants engagés pendant quatre semaines auprès de 450 victimes et membres de leurs familles à la suite d'un incendie majeur. Ce sont prioritairement des sentiments de compassion et des facteurs professionnels qui ont incité les intervenants à s'impliquer auprès de la population sinistrée. Les réactions émotionnelles et physiques les plus communes étaient : le choc, le sentiment de support, la confusion, la dépression, le sentiment d'impuissance, la fatigue grave ou modérée, les problèmes de sommeil et les problèmes musculaires. Plusieurs ont aussi rapporté être devenus malades pendant leur travail (grippe, influenza), avoir eu des accidents d'automobile ou domestiques et avoir observé des changements dans leurs habitudes par rapport à l'alimentation, l'utilisation de tabac ou de boissons alcoolisées. Plusieurs se remémoraient également la situation à travers des rêves ou des pensées, alors que pour d'autres, l'expérience avait réactivé des expériences traumatisantes antérieures. Des gains positifs [227] se dégageaient également du travail (avoir appris au plan professionnel ou avoir eu l'occasion d'établir des contacts enrichissants, etc.). Les sources de stress étaient variées et nombreuses (l'anéantissement, la confrontation aux victimes, etc.). Globalement, le stress le plus important semblait être les difficultés de travailler avec d'autres équipes d'urgence (aspect conflictuel).

Auteurs

Bisson, J.L. et M.P. Deahl (1994)

Types d'intervenants

Multiples

Événements

Multiples

Résultats et faits saillants

Similairement à Raphaël (1995), cet article évoque une mise en garde contre une conclusion hâtive à accepter d'emblée l'efficacité du *débriefing* psychologique (PD) (Psychological Debriefing) chez le personnel intervenant en situation de désastre. Certaines réticences quant à la méthodologie utilisée lors d'études ayant évalué les effets bénéfiques du PD sont évoquées. Des mises en garde contre certains effets négatifs sont de plus énoncés. L'administration du PD ne devrait également pas être simplement incluse dans une routine de tentative de soulagement d'effets psychologiques néfastes, mais plutôt faire l'objet d'une vérification préalable de son bien-fondé et d'un questionnement approprié quant à ses modalités d'administration (qui ? quand ? comment ?).

Auteurs

Bradford et John (1991)

Types d'intervenants

Multiples

Événements

Multiples

Résultats et faits saillants

Cet article met l'accent sur les conséquences psychologiques de l'intervention en situation de désastre. Il a pour but de favoriser l'identification du personnel étant à plus haut risque de développer des séquelles négatives dans les suites de l'intervention. La prévention des effets [228] psychologiques négatifs doit être intégrée dans les plans d'urgence des organisations engagées dans la gestion des catastrophes. Les répercussions psychologiques sont abordées : émotionnelles, cognitives, comportementales, relationnelles, somatiques et motivationnelles. Le bienfondé de l'évaluation du stress est également discuté. Les auteurs précisent également les facteurs (les facteurs personnels, le facteur expérience et les facteurs liés au travail lui-même) qui influent sur le processus individuel de réponse au désastre et dans quelles mesures les variables associées au travail et à l'organisation peuvent intervenir dans le processus d'ajustement. Un modèle d'intervention à trois niveaux est finalement proposé couvrant les périodes antérieure et postérieure du désastre.

Auteurs

Brandt *et al.* (1995)

Types d'intervenants

Personnel de soins de santé et secouristes

Événements

Écrasement d'avions lors d'un spectacle aérien suivi d'explosions en Allemagne

Résultats et faits saillants

Cette étude évalue les répercussions psychologiques chez le personnel soignant et des secouristes de deux établissements de santé étant intervenus à la suite de l'événement catastrophique où 30 personnes sont décédées et 500 furent grièvement blessées. Pour les intervenants n'étant pas présents sur les lieux de l'accident, l'expérience fut particulièrement stressante. Trois types de réactions psychologiques sont ressorties : la première met en relation le rôle du processus cognitif/émotionnel d'identification qui semble très complexe et qui aggrave le traumatisme lorsque l'aidant s'identifie à une personne décédée ; les intervenants du groupe de la clinique de Ramstein se sont particulièrement identifiés aux victimes du désastre et à leur famille. La deuxième réaction concerne le sentiment d'impuissance et de culpabilité qui est fréquemment ressenti lors d'aide en cas de catastrophe ; il fut également fortement ressenti par le même groupe d'intervenants. Et, finalement, la troisième évoque la distanciation psychologique lors de l'intervention en situation de désastre. Il s'agit d'un processus inconscient qui érige une certaine barrière entre les réactions internes de l'individu et ce qui se passe à l'extérieur, dans la réalité. Il semble correspondre à une forme d'adaptation à l'environnement du désastre et de protection contre l'identification, [229] et une trop importante implication psychologique. À l'inverse, la distanciation peut nuire à l'adaptation, au rétablissement, en raison du risque de négligence des besoins de base de l'intervenant (le repos, par exemple) lors de l'intervention actuelle. L'étude étant descriptive, les auteurs spécifient le besoin d'approfondir, par d'autres recherches, les rôles des mécanismes psychologiques mentionnés plus haut.

Auteur

Dingman, R.L. (1995)

Types d'intervenants

Intervenants en santé mentale (Croix-Rouge américaine) associés au personnel du DMHS (Disaster Mental Health Services)

Événement

Ouragan Andrew (Homestead, Floride)

Résultats et faits saillants

Près de 30 000 interventions en santé mentale ont été réalisées par les intervenants. Cet article précise l'ampleur de la tâche à laquelle étaient assignés les intervenants, qui ressort d'ailleurs comme source de frustration et de stress chez ces derniers. La localisation des points de services posait problème en raison des tentatives de s'établir à proximité des besoins criants juxtaposée à la destruction des points de repères (signalisation, etc.) et de la pénurie de services (électricité, téléphone, etc.). Autre source de stress mise en évidence : le manque de préparation et de formation qui s'est répercuté sur l'intervention elle-même et sur la performance des intervenants. On discute également des compétences nécessaires chez les intervenants en situation de désastre, de la nécessité de l'intervention et du modèle d'intervention en santé mentale de l'ARC.

Auteurs

Dixon *et al.* (1993)

Types d'intervenants

Personnel maritime non exposé au désastre (trois personnes avaient cependant déjà travaillé sur le Herald of Free Enterprise, les autres sont des employés de la compagnie propriétaire du traversier naufragé et d'autres traversiers)

Événement

Naufrage du traversier Herald of Free Enterprise à Zeebrugge (1987)

[230]

Résultats et faits saillants

Durant les trois années suivant le désastre, des symptômes similaires à ceux ressentis par les survivants, les endeuillés et les aidants se sont manifestés chez du personnel (14) n'ayant pas été touché directement par le désastre. Trois employés avaient cependant déjà fait partie du personnel de bord du Herald of Free Enterprise. Les sujets ont été transférés entre mars 1987 (date du naufrage) et mars 1990 par leurs superviseurs à un service de santé mentale en raison de problèmes psychologiques qui se répercutaient au plan de leur travail. Les pensées ou images intrusives, de même que les cauchemars liés à l'événement, étaient communs chez les sujets. Des problèmes de sommeil furent notés chez presque tous les employés (13) et près de la moitié avaient essayé de contrer ce problème en augmentant leur consommation d'alcool ou en retardant l'heure du coucher, sans obtenir le succès escompté. Au GHQ (General Health Questionnaire), treize sujets excédaient le score normal (11) avec une moyenne de 32,62 (S.D.12.16) et atteignaient un score critique de cinq symptômes ou plus, indiquant de la détresse psychologique. Huit sujets affichaient un résultat (+12) les exposant à un diagnostic probable de maladie psychiatrique (état de stress post-traumatique). Les résultats aux échelles de l'anxiété/insomnie et de la dysfonction sociale étaient particulièrement élevés ($M=5.46$ / $S.D.1.81$ - $M=4.23$ / $S.D.2.01$). Une grave détérioration du fonctionnement au travail et de la vie sociale fut aussi observée. Un seul sujet était demeuré à l'emploi au temps de l'évaluation, quoique s'absentant fréquemment. Les acti-

vités sociales furent restreintes pour l'ensemble (sortir avec le conjoint ou la famille, rencontrer des amis, aller au pub ou pratiquer des activités sportives). Onze sujets ont rapporté des problèmes relationnels, soit de l'intolérance envers les jeunes enfants et des problèmes conjugaux ayant mené à la séparation ou au divorce. On a également noté une faible fréquence de facteurs ayant pu prédisposer les individus à leur détresse psychologique actuelle, sauf le naufrage du traversier. Les auteurs font référence au terme de « victimes périphériques ».

Auteur

Duckworth, D.H. (1991)

Types d'intervenants

Multiples

Événements

Incendie au stade de Bradford et affaissement du stade de Hillsborough en Angleterre

[231]

Résultats et faits saillants

Cet article identifie les facteurs liés à la nature des traumatismes (personnels, sociaux et environnementaux) qui affecteront les intervenants. Il décrit les principaux effets psychologiques et énonce quelques recommandations aux planificateurs d'intervention d'urgence lorsqu'il s'agit d'offrir du support aux intervenants et aux conseillers.

Auteur

Dunning, C. (1990)

Types d'intervenants

Multiples

Événements

Multiples

Résultats et faits saillants

Cet article vise à fournir une information pertinente sur la nécessité d'intervenir proactivement en ce qui a trait aux effets négatifs de l'intervention en situation de désastre. Dans une perspective de gestion du pré-désastre et du post-désastre, l'importance du support social est discutée, de même que l'engagement des administrateurs dans les mesures à prendre. La gestion du stress post-désastre et le rôle des interventions post-traumatiques sont revus. On y énonce également les similitudes et les différences existant entre les protocoles de *débriefing* éducationnel et psychologique.

Auteurs

Dyregrov *et al.* (1996)

Types d'intervenants

Secouristes bénévoles (en majorité de la Croix-Rouge) et professionnels (pompiers, policiers et personnel des services de santé)

Événement

Tragédie routière impliquant un autobus en Norvège (1988)

Résultats et faits saillants

Le but de l'étude était de comparer les réactions des intervenants bénévoles et des professionnels lors des opérations de secours sur les lieux du sinistre, un mois et treize mois après les opérations. Les bénévoles ont estimé leur formation comme plutôt déficitaire. Cinquante pour cent d'entre eux ont mentionné ne pas s'être sentis préparés aux tâches qu'ils [232] ont eu à effectuer. La proportion qui abondait dans ce sens fut moins importante chez les professionnels, soit 28%. Alors que 50% des bénévoles ont exprimé avoir vécu de l'incertitude quant aux tâches à effectuer, 25% des professionnels ont mentionné cette situation. Les deux groupes ne différaient pas en ce qui a trait au besoin d'exprimer et de partager ce qu'ils avaient vécu avec leur famille, leurs amis ou leurs collègues. Les bénévoles avaient cependant plus de difficulté à parler de leur expérience et de leurs réactions à la suite du désastre. Les deux groupes ont perçu les sessions de *débriefing* comme aidantes dans les suites de l'intervention. En ce qui a trait au rétablissement à une semaine, ce sont davantage les professionnels qui en ont fait part (90%) comparativement aux bénévoles (54%). Les principaux mécanismes d'adaptation utilisés furent de centrer leurs pensées et actions sur les tâches pratiques, de garder le contact avec leurs pairs pendant les opérations, d'éviter les sentiments et pensées pendant le travail. L'évasion mentale et l'humour ne furent pas des stratégies communes. Les résultats à l'IES (Impact of Event Scale) et au GHQ (General Health Questionnaire) ont conclu à un rétablissement s'élevant graduellement un mois et treize mois après le désastre. Les bénévoles enregistraient un score plus élevé aux sous-échelles d'intrusion et d'évitement, à un mois, comparativement aux professionnels. À treize mois, cependant, les bénévoles affichaient un résultat plus élevé seulement pour l'évitement. Les résultats obtenus pour les

pensées intrusives ont démontré que 25% des bénévoles et 13% des professionnels vivaient une détresse profonde un mois après leur intervention. À treize mois, la grande majorité des intervenants des deux groupes rapportaient une faible détresse en regard des résultats obtenus aux sous-échelles de l'intrusion et de l'évitement.

Auteurs

Ersland *et al.* (1989)

Types d'intervenants

Secouristes professionnels du Service de sauvetage national et non professionnels (travailleurs de plate-forme pétrolière, infirmières, médecins, pilotes d'hélicoptères, etc.)

Événement

Naufrage d'une plate-forme pétrolière en haute mer (Norvège, 1980)

Résultats et faits saillants

Les auteurs désiraient connaître si les stresseurs expérimentés par les secouristes s'étaient manifestés assez intensément pour permettre un diagnostic d'état de stress post-traumatique (ESPT). Ils désiraient également [233] savoir si un grand nombre de secouristes avaient connu des problèmes d'adaptation et des réactions au stress durant l'intervention. Les auteurs se sont aussi interrogés s'il existait un besoin de partager l'expérience chez plusieurs secouristes, si le désastre avait des effets négatifs à long terme (neuf mois) et si la détresse mentale rapportée à neuf mois était liée aux réactions de stress pendant l'intervention. Le questionnaire utilisé pour la cueillette des données couvrait plusieurs dimensions : le niveau de compétence chez les intervenants, les stressors du désastre, les problèmes d'adaptation et les réactions pendant le travail, les expériences émotionnelles et les effets de l'intervention en situation d'urgence sur la santé individuelle. Plus de la moitié des intervenants (62%) considéraient que l'expérience qu'ils avaient vécue était le pire événement de leur vie, tandis que 23% l'estimaient comme comparable au pire événement vécu jusqu'à présent. C'est chez les non-professionnels que l'événement était estimé comme étant le plus grave auquel ils aient eu à faire face (88% contre 68%). Quarante-quatre pour cent des secouristes ont ressenti un stress physique grave ou extrême. Certains secouristes ont travaillé pendant 40 heures sans interruption. On note également que 33% des non-professionnels ont effectué un travail de plus de 24 heures sans pause, tandis qu'une proportion de 9% des professionnels ont rapporté la même situation. Soixante-seize pour cent

des secouristes ont été exposés au danger, dont 16% à des risques sérieux pour leur vie. Quarante-trois pour cent des non-professionnels ont fait mention de forts sentiments émotionnels liés à des situations spécifiques du travail de secours, tandis que 22% des professionnels ont rapporté avoir vécu des sentiments similaires. L'habileté à planifier avant d'agir était la faculté mentale la plus perturbée chez les secouristes, dans des proportions de 48% chez les non-professionnels comparativement à 30% chez les professionnels. Le découragement fut la réaction la plus souvent rapportée chez les deux groupes, tandis que les réactions émotives individuelles au stress furent l'élément le plus perturbateur pendant le travail. Seulement 17% ont toutefois confirmé que celui-ci avait réduit leur efficacité lors de l'intervention. Quatre-vingt-huit pour cent des secouristes ont exprimé le besoin de partager leurs expériences avec leurs confrères et 66% l'ont fait ; 37% ont mentionné que le partage des émotions et des sentiments douloureux vécus avait eu peu ou pas d'effet sur leur bien-être ; 24% des secouristes estimaient leur santé mentale déficiente neuf mois plus tard et cette situation était liée au degré de détresse enregistré par l'IES (Impact of Event Scale). De ce nombre, 50% démontraient le symptôme de réexpérimentation d'expériences, selon les critères du DSM III pour l'ESPT. Une santé mentale déficiente était davantage rapportée par ceux qui avaient des enfants à la maison (89% contre 11%). Le degré de compétence était lié à une prévalence plus faible de détérioration subjective de [234] la santé mentale. On a aussi noté que ceux qui estimaient leur santé mentale détériorée neuf mois après étaient ceux qui avaient rapporté des réactions graves ou extrêmes de stress durant les opérations et qui avaient ressenti un plus grand besoin de partager l'expérience vécue.

Auteurs

Fullerton, C. *et al.* (1992)

Types d'intervenants

Pompiers (un groupe ayant porté secours lors d'un écrasement d'avion et un autre provenant d'une élite d'intervention de la ville de New York)

Événements

Écrasement d'un DC-10 de la United Airlines à Sioux (1988) et interventions à la suite d'incidents critiques majeurs à New York

Résultats et faits saillants

Cette étude visait à connaître les réactions psychologiques de deux groupes de pompiers en regard de leurs performances lors de situations d'urgence. Quatre types de réactions caractéristiques sont rapportées : l'identification aux victimes, les sentiments d'impuissance et de culpabilité, la peur de l'inconnu et des réactions psychophysiologiques. Le stress peut également être modulé par quatre facteurs, soit le support social, le type de leadership, le degré de formation ou d'entraînement, et l'utilisation de rituels lors des opérations. L'étude ne permet toutefois pas de faire ressortir des similitudes pouvant exister entre les deux groupes et aucun groupe contrôle ne fut utilisé. Les données ont été recueillies lors de sessions de *débriefing* tenues entre deux et quatre jours après les interventions. Chez les deux groupes on a noté des sentiments d'impuissance et de culpabilité, de la fatigue et de l'épuisement, des pensées intrusives et certaines perceptions olfactives récurrentes. Le support des confrères de travail est apparu un élément important pour les deux groupes de pompiers. L'humour constituait également une stratégie d'adaptation importante puisqu'il permettait un partage émotionnel et renforçait le sentiment d'appartenance au groupe. Les rituels permettaient également d'attribuer un sens à l'événement et de mieux gérer la crainte de l'inconnu pendant les périodes les plus chaotiques et les plus confuses. L'entraînement et la formation jouent un rôle majeur dans la diminution des effets de l'intervention en situation d'urgence. Lorsqu'il y a déficit au plan de la formation, les intervenants ont une plus forte probabilité de vivre de la solitude lors de l'intervention, de la culpabilité en lien

avec le manque de compétence, des sentiments d'absence de contrôle et le sentiment d'être plutôt comme une victime de l'événement. L'importance [235] des initiatives de l'organisation visant à permettre le partage des émotions et sentiments est mise en évidence en lien avec le regain de confiance entre les collègues et les supérieurs. Certaines lacunes méthodologiques sont également soulignées par les auteurs.

Auteurs

Gibbs *et al.* (1993)

Types d'intervenants

Multiples

Événements

Multiples

Résultats et faits saillants

Cette revue de littérature vise une mise à jour de celle effectuée précédemment par Shepherd et Hodgkinson (1990). En plus de faire un retour sur nombre d'études et travaux réalisés par les chercheurs du domaine de l'intervention en situation de désastre, elle apporte une critique objective et constructive, mettant souvent l'accent sur une approche qui peut sembler réductrice lors de l'étude de l'influence de certaines variables sur les effets du stress vécu par les intervenants. Le besoin de recherche supplémentaire est fortement mis en évidence à travers les résultats obtenus antérieurement.

Auteur

Grevin, F (1996)

Types d'intervenants

Personnels paramédical et étudiants

Événement

Général

Résultats et faits saillants

Cette étude portant sur le stress occupationnel fut réalisée auprès de 120 intervenants possédant de l'expérience et 105 recevant une formation dans le même domaine. Les sujets furent évalués à l'aide du MMPI-2 PK pour diagnostiquer la présence d'ESPT, du « Lifestyle Index » pour l'étendue et l'utilisation des mécanismes de défense de l'égo et de l'« Emotional Empathy Scale » pour le niveau d'empathie. Les résultats ont démontré que 20% des intervenants expérimentés et 22% des étudiants étaient catégorisés comme démontrant des symptômes d'ESPT, [236] comparativement à des taux moins élevés dans la population normale (5% hommes, 10% femmes [Keane]). Pour les mécanismes d'adaptation, les résultats obtenus aux sous-échelles du déni et de la répression étaient significativement élevés chez les deux groupes, tandis que la régression et la formation de réaction étaient faibles. Les deux groupes démontraient également un résultat peu élevé à l'échelle de la mesure de l'empathie. Les auteurs suggèrent que la faible empathie peut être un trait de caractère que l'on retrouve chez les sujets et qui pourrait constituer un facteur intervenant dans le mode d'adaptation à un environnement très stressant.

Auteurs

Hodgkinson, P.E. et M.A. Shepherd (1994)

Types d'intervenants

Travailleurs sociaux

Événements

Explosion d'une plate-forme pétrolière en haute mer et catastrophe ferroviaire en Angleterre

Résultats et faits saillants

L'étude rapportée dans cet article avait pour but d'examiner l'impact du stress sur les intervenants ayant offert un support psychologique aux victimes et d'identifier les facteurs qui influencent le potentiel individuel des intervenants. Les dimensions considérées furent : les symptômes psychologiques, le bien-être psychologique, les variables reliées à la personnalité, le support social, les événements de la vie et certains aspects professionnels. Deux sources majeures de stress furent identifiées et provenaient des difficultés liées au rôle et du contact avec les victimes (identification). Les résultats ont démontré que l'obsession/compulsion et l'anxiété, mesurées selon certaines sous-échelles du HSCL (Hopkins Symptom Check List) et du PWS (Psychological Wellbeing Scale), se manifestaient plus fortement chez les sujets comparativement à la norme habituelle retrouvée chez la population. Soixante et un pour cent des intervenants ont fait mention de changements positifs et négatifs dans leurs attitudes en regard d'événements de la vie ; 85% ont évoqué des bénéfices personnels et professionnels à la suite de leur expérience. Les intervenants ayant peu manifesté les caractéristiques de l'endurcissement « hardiness » démontraient des symptômes psychologiques à un degré plus élevé. La stratégie d'adaptation la plus utilisée, au détriment de la référence au groupe de superviseurs, fut le partage entre collègues. Un faible support social perçu correspondait à une manifestation plus prononcée [237] des symptômes d'obsession/compulsion et de préoccupation. Contrairement à ce qui fut prévu, le nombre d'années d'expérience fut positivement associé à un plus haut niveau de symptômes d'anxiété ($p < .05$). Au plan de l'impact des événements de la vie sur les

symptômes post-désastre, les scores au PWS n'ont démontré aucune différence entre ceux qui avaient été affligés par des deuils antérieurs au désastre et ceux qui ne l'avaient pas été, alors qu'au HSCL, les personnes ayant été affectées dans l'année précédant le désastre affichaient des résultats plus élevés.

Auteur

Jenkins, S.R. (1997)

Types d'intervenants

Répartiteurs (pompiers, opérateurs du service 911 et policiers)

Événement

Ouragan Andrew (1992)

Résultats et faits saillants

L'auteure mentionne le peu de recherches sur le personnel de répartition lors d'urgence de masse et la vulnérabilité de ce dernier. Elle mentionne d'ailleurs que celle-ci peut être comparée à celle vécue par le personnel d'urgence directement engagé auprès des victimes ou sur les lieux du désastre. L'étude fut réalisée auprès d'un échantillon de 68 sujets dont la majorité était de sexe féminin (63) deux mois et demi après l'incident. La moyenne d'âge se situait à 37,6 ans et la moyenne des années d'expérience était de douze ans. La moitié des sujets ont rapporté une menace à leur vie à un certain moment de la tempête et 59% d'entre eux étaient au travail au moment du désastre. Plus de la moitié des sujets (52%) ont trouvé que les suites du désastre étaient pires que l'ouragan en lui-même et seulement 23% ont participé à des sessions de *débriefing*. Les principaux résultats ont conclu à la présence de diverses formes de stress à la suite de l'ouragan, tant au plan professionnel que personnel. Le degré des symptômes traumatiques de stress ressentis était comparable à celui d'intervenants engagés directement lors d'autres catastrophes. Un conflit de rôle professionnel/familial fut perceptible autant chez ceux qui étaient en poste lors du désastre que chez ceux qui étaient à leur domicile ou ailleurs, de même qu'une détresse similaire. L'utilisation du *débriefing* (CISD) semblait coïncider avec un degré d'évitement plus élevé, contrairement à ce qui était prévu. Des déficits dans la participation à des réseaux sociaux étaient associés à une détresse générale plus élevée ainsi qu'à une symptomatologie post-traumatique et psychosomatique plus lourde.

[238]

Auteur

Jenkins, S.R. (1996)

Types d'intervenants

Techniciens médicaux, personnel paramédical et pompiers

Événement

Fusillade dans une cafétéria à Killeen au Texas en 1991

Résultats et faits saillants

Le but de cette étude exploratoire était de connaître les réactions au stress et le mode de rétablissement chez un groupe d'intervenants. Il s'agit d'une démarche longitudinale, les données ayant été recueillies de 8 à 10 jours après l'incident critique et un mois après l'incident. La variable la plus fortement et fréquemment corrélée avec la détresse aiguë était le sentiment de percevoir moins d'empathie chez les autres. Le plus fréquent prédicteur de réduction des symptômes aigus et d'un rétablissement subséquent chez les participants au CISD (Critical Incident Stress Débriefing) était la perception que les personnes non touchées comprenaient ce qu'ils avaient vécu. Cet item était aussi lié à moins de détresse psychologique (sauf pour l'anxiété) et à moins de symptomatologie psychosomatique. Chez ceux qui avaient participé à un CISD, on remarquait les plus forts effets de rétablissement, notamment en ce qui a trait à la dépression et à l'anxiété. Le support social perçu (l'empathie spécialement) et le support social objectif contribuent à atténuer les symptômes affectifs aigus liés au désastre chez les intervenants.

Auteurs

Johnsen *et al.* (1997)

Types d'intervenants

Militaires (membres d'une même troupe divisée en trois sous-groupes : victimes directes, ceux qui ont porté secours et ceux qui sont restés sur les lieux en disponibilité)

Événement

Avalanche en Norvège (1994)

Résultats et faits saillants

L'étude rapporte les symptômes de stress post-traumatique chez trois groupes d'une même troupe ayant été pris dans une avalanche lors d'un exercice militaire. Les données ont été recueillies deux semaines et quatre mois après l'événement. Le premier questionnaire fut retourné par 133 [239] sujets et le deuxième par 94 d'entre eux. Les trois groupes ont participé à des sessions de *débriefing* selon leur situation lors de l'avalanche (victimes qui avaient été ensevelies, ceux qui ont porté secours et ceux qui n'ont pas été ensevelis, n'ont pas porté secours mais sont restés sur place en attente). Les principaux résultats ont démontré des symptômes à un degré plus élevé chez les victimes et les sauveteurs comparativement aux sujets non exposés et une diminution de ceux-ci après quatre mois, réfutant les résultats de Herlofsen (1994) qui avait proposé que la non-exposition était un facteur dominant dans la manifestation des symptômes. La gravité de l'exposition était par contre associée au développement de symptômes. Le sentiment d'impuissance éprouvé face aux tentatives d'aide pour sauver leurs confrères et la fatigue physique constituaient des sources majeures de stress rapportées. De faibles résultats à l'adaptation étaient associés à des résultats élevés à l'échelle des symptômes, appuyant l'hypothèse de l'effet protecteur de la formation et l'entraînement dans la prévention des symptômes. Le rôle de sauveteur spontané semble avoir le même impact que le rôle de victime pour cet incident. La corrélation négative entre l'adaptation en situation de désastre et le degré des symptômes sous-tend que de faibles résultats à l'adaptation étaient associés à de hauts résultats à l'échelle des symptômes, suggérant que l'adaptation et l'entraînement pré-désastre peuvent modérer les symptômes susceptibles d'être éprouvés par les intervenants.

Auteurs

Kenardy *et al.* (1996)

Types d'intervenants

Personnel d'urgence, ambulanciers, consultants et conseillers, travailleurs sociaux

Événement

Tremblement de terre à Newcastle, Australie (1989)

Résultats et faits saillants

Il s'agit d'une étude naturalistique et longitudinale qui avait pour but de comparer les modèles de morbidité psychologique à 27, 50, 86 et 114 semaines, chez divers intervenants qui ont participé ou non à des sessions de *débriefing* suivant leur intervention après un tremblement de terre. On désirait également examiner l'influence d'autres facteurs de morbidité, incluant le degré d'exposition à la menace et les situations perturbantes, et le degré de stress associé à l'efficacité réelle et perçue du *débriefing*. Deux hypothèses ont été vérifiées : les intervenants qui s'étaient prévalus de sessions de *débriefing* se rétablissaient plus rapidement [240] que ceux qui ne l'avaient pas fait et la différence entre les deux situations subsistait lorsque le degré d'exposition et le stress relié à l'aide étaient pris en considération. Bien qu'on ait enregistré une diminution croissante générale de la morbidité à l'IES et au GHQ-12 chez les deux groupes, celle-ci n'était pas liée à la participation aux *débriefings*. On a également noté que le stress aigu demeurait presque aussi élevé à 114 semaines qu'à 27 semaines et que le stress moins élevé était plus haut lorsque les mêmes périodes étaient considérées chez ceux qui avaient participé aux sessions. Chez les non-participants, les scores démontraient une diminution pour les deux types de stress. Les auteurs relatent également la difficulté d'évaluer la qualité des *débriefings* et la difficulté d'établir un climat de confiance en lien avec la participation à ces activités. Ils suggèrent que leurs résultats sont peut-être dus au fait que le *débriefing* peut être bénéfique chez ceux qui auraient pu être plus atteints s'ils n'y avaient pas participé. L'étude dans l'ensemble n'est pas concluante d'une efficacité objective du *débriefing*.

Auteurs

Lachenmeyer *et al.* (1991)

Types d'intervenants

Secouristes et infirmières

Événement

Écrasement d'avion

Résultats et faits saillants

Selon les catégories d'intervenants étudiés, on a noté des différences dans les types de réactions. Ainsi, les personnes ayant eu à sortir les corps des décombres démontraient plus d'abus de substances nocives et les infirmières affichaient plus d'anxiété et de peur de prendre l'avion.

Auteur

Lamontagne, H. (1983)

Types d'intervenants

Membres du service d'incendie, officiers de police, coroner et journalistes. Employés de l'Assemblée nationale du Québec

Événements

Carambolage suivi d'une explosion et d'un incendie. Fusillade
[241]

Résultats et faits saillants

Cette étude réalisée auprès d'un nombre non précisé d'intervenants touchés par un carambolage et une fusillade ayant occasionné plusieurs décès et blessures vérifie deux hypothèses : « Les secouristes sur les lieux d'un désastre sont profondément affectés psychologiquement et il n'y a eu à ce jour que très peu de recherches pour évaluer cet impact et y chercher des solutions. » Il s'agit d'une étude exploratoire et qualitative basée sur trois méthodes : la recherche bibliographique, les entrevues avec des spécialistes et chercheurs américains du domaine et de la tenue de séances de *débriefing*. L'auteure conclue à une pauvreté de la littérature sur le sujet dans un premier temps. En second lieu, l'évidence de problèmes psychologiques chez les intervenants engagés dans diverses catastrophes ou incidents traumatisants est soutenue par les propos recueillis lors des entrevues réalisées auprès d'intervenants et de spécialistes. L'auteure associe les symptômes rencontrés chez les intervenants à ceux des victimes primaires. Les séances de *débriefing* ont mis en évidence certains problèmes émotionnels chez les employés de l'Assemblée nationale plus spécifiquement, et l'on rapporte un effet bénéfique des sessions de CISD (Critical Incident Stress Débriefing) chez les intervenants engagés dans le carambolage. Finalement, l'auteure propose quelques recommandations afin d'atténuer les symptômes psychologiques chez les intervenants et de mieux les préparer à intervenir. Les recommandations suggèrent également d'amorcer une étude rétrospective afin d'approfondir l'information recueillie, notamment en ce qui a trait aux symptômes constatés chez les victimes et les intervenants.

Auteur

Laube-Morgan, J. (1992)

Types d'intervenants

Professionnels de la santé physique (infirmières, médecins) et de la santé mentale (travailleurs sociaux, psychologues et psychiatres)

Événement

Tremblement de terre de Loma Prieta

Résultats et faits saillants

Le but de cette étude était de déterminer les effets du travail en soins de santé sur la santé psychologique des intervenants. Il s'agit d'une étude longitudinale (sept semaines et six mois) utilisant des méthodes quantitative et qualitative afin d'évaluer la détresse subjective. Les professionnels de la santé affichaient à des degrés statistiquement significatifs des [242] symptômes d'intrusion et d'évitement plus élevés que dans la population normale. Alors que les scores moyens d'intrusion cognitive et affective se maintenaient pendant les deux périodes ciblées, ceux des symptômes d'évitement enregistraient une légère diminution. Les sujets ont également fait mention des facteurs les plus stressants liés au désastre et des stratégies d'adaptation utilisées. Dans une perspective proactive, certaines recommandations sont émises.

Auteur

Laube-Morgan, J. (1988)

Types d'intervenants

Personnel administrant des soins de santé

Événement

Tremblement de terre de Kalamata

Résultats et faits saillants

Les intervenants affichaient une détresse subjective supérieure à celle d'une section de la population non touchée par le désastre. Cette détresse se manifestait par des résultats d'intrusion affective et cognitive ainsi que des symptômes d'événement significatifs mesurés par l'IES (Impact of Event Scale).

Auteur

Laube, J. (1985)

Types d'intervenants

Personnel infirmier, autres personnes affectées aux soins

Événement

Tornade Xénia en Ohio

Résultats et faits saillants

Indépendamment de l'existence ou non de responsabilités familiales chez les intervenants, la prévalence de détresse subjective se manifestait sous forme de dépression, d'anxiété et de problèmes somatiques mesurés avec le PSS (Psychiatric Status Scale). Ces symptômes apparents dans les deux semaines suivant la tornade demeuraient évidents chez certains, deux ans après le désastre. Ce qui ressort davantage de cette étude, c'est que les intervenants qui étaient confrontés à un conflit de rôle travail/famille et qui avaient fait passer leurs responsabilités familiales en premier vivaient moins de détresse subjective que ceux qui, placés devant un tel conflit, avaient privilégié l'aspect professionnel.

[243]

Auteur

Laube, J. (1973)

Types d'intervenants

Infirmières

Événement

Ouragan Celia à Corpus Christi

Résultats et faits saillants

Malgré l'anxiété à laquelle elles s'étaient adaptées, les infirmières n'ont pas déclaré de détérioration au plan de leur rôle professionnel. Certains stressors majeurs sont identifiés : la sécurité personnelle, celle des patients et de la famille, et le matériel inadéquat.

Auteurs

Lemyre, L. et Y. Benzimra (2000)

Types d'intervenants

870 travailleurs de première et de deuxième ligne d'Hydro-Québec

Événement

Tempête de verglas de 1998 en Montérégie

Résultats et faits saillants

Cette étude avait comme objectif d'évaluer le niveau de stress vécu par les travailleurs d'Hydro-Québec quelques mois après le début de la crise du verglas ainsi que d'identifier les pires stressseurs qu'ont vécus les répondants. Les résultats de la recherche indiquent que le niveau de stress est plus élevé chez les employés de sexe féminin et ceux ayant effectué du travail de deuxième ligne comme la planification, la logistique et la coordination des activités de recouvrement d'électricité. Le niveau de stress est également plus élevé chez les employés qui ont dû effectuer des changements dans leurs tâches habituelles et chez ceux dont l'implication a duré plus de trois mois après la tempête de verglas. Les quatre pires stressseurs reliés à la tempête de verglas sont, par ordre d'importance, l'incertitude, la surcharge de travail, le type de tâches effectuées ainsi que l'existence de problèmes interpersonnels au travail.

Auteurs

Lundin et Bodegard (1993)

Types d'intervenants

Professionnels du travail en situation d'urgence, sans expérience d'un tremblement de terre (20) et non-professionnels (30)

[244]

Événement

Tremblement de terre à Leninakan en Arménie (1988)

Résultats et faits saillants

Une équipe suédoise de vingt professionnels possédant diverses expériences en intervention lors de désastres (pompiers, enseignants en techniques de secourisme et un chirurgien), mais sans aucune expérience lors d'interventions après un tremblement de terre, et 30 non-professionnels (maîtres-chiens, enseignants, interprètes et autres) ont répondu à trois questionnaires. Le premier fut distribué à leur arrivée sur les lieux, le deuxième un mois après l'intervention, et le dernier neuf mois après l'événement. Au dernier intervalle, il y eut une nette différence dans les taux de réponse entre les professionnels et les non-professionnels (95% contre 75%). On a noté un renversement de situation en ce qui a trait aux sentiments désagréables éprouvés par les deux catégories d'intervenants. Ainsi, les professionnels démontraient un résultat significativement plus élevé que les non-professionnels pour les sentiments désagréables au cours de la première semaine, et cette situation s'inversait lors de l'évaluation neuf mois après l'événement. Seulement 25% de l'ensemble des intervenants ont estimé leur formation comme suffisante. Les besoins de formation identifiés concernaient les techniques de sauvetage, les connaissances théoriques et les techniques pratiques de soins d'urgence aussi bien que la connaissance des réactions personnelles et psychiatriques au désastre. Les intervenants ont aussi spécifié qu'il aurait été préférable qu'ils soient plus au courant de la culture et de la langue des habitants de la région. Ceux qui étaient mieux préparés avaient une plus forte probabilité ($p < 0.05$) de sentir qu'ils avaient mieux performé ou géré l'intervention, comparativement à

ceux qui l'étaient moins et ce, autant à une semaine qu'à neuf mois après l'événement. Il n'y eut pas de différence entre les deux groupes en ce qui concerne les sentiments dépressifs, les cauchemars et les problèmes de sommeil. Lors de la seconde évaluation, les chercheurs ont noté que ceux qui avaient le sentiment de n'être pas assez bien préparés pour l'intervention avaient significativement plus de pensées dérangeantes liées au désastre ($p < 0.01$). L'évaluation au dernier intervalle n'a pas démontré de différence significative entre les professionnels et les non-professionnels en ce qui a trait aux effets psychologiques évalués à l'aide du GHQ (General Health Questionnaire) et de l'IES (Impact of Event Scale). L'éducation et la formation semblent des facteurs favorables à de meilleures stratégies d'adaptation incluant moins de préoccupations en regard des pensées dérangeantes. Les sentiments d'inefficacité étaient significativement liés au sentiment d'être insuffisamment préparés ($p < 0.05$, 0.001).

[245]

Auteurs

Maltais, D., S. Robichaud et A. Simard (2000)

Types d'intervenants

Intervenants sociaux, intervenants de la santé, employés municipaux et bénévoles

Événement

Tempête de verglas de 1998 en Montérégie

Résultats et faits saillants

Les chercheuses ont effectué une étude qualitative auprès de 57 intervenants rémunérés ou bénévoles dans le but d'identifier les difficultés et les stress vécus, les conséquences de l'intervention en situation d'urgence sur la santé biopsychosociale et sur la performance au travail ainsi que sur les stratégies d'adaptation utilisées pour faire face aux différents stress. Les données recueillies révèlent que la multiplicité et la complexité des besoins des populations affectées par le désastre et l'incertitude sont les principales composantes du sinistre qui ont contribué à accentuer le stress chez les répondants. Les intervenants ont également dû s'adapter à la multiplication, au cumul et à l'élargissement de leurs rôles et responsabilités. Plusieurs intervenants ont déclaré avoir été peu préparés, fortement surpris ou simplement dépassés par l'arrivée des sinistrés en centre de dépannage. En tant que sinistrés et intervenants, les répondants ont dû faire face à plusieurs préoccupations d'ordre familial, personnel, professionnel, contextuel ou instrumental. Au plan des conséquences de l'engagement des intervenants sur la santé, les répondants semblent avoir été davantage affectés après la crise que pendant celle-ci. Les répondants mentionnent, comme principaux problèmes de santé, la fatigue physique et l'épuisement psychologique conduisant à une perte d'entrain qui a perduré dans certains cas pendant plus d'un an. Les stratégies d'adaptation les plus utilisées ont été le partage des tâches et les échanges verbaux sur les difficultés rencontrées.

Auteurs

Maltais, D., S. Robichaud, G. Moffat et A. Simard (2000)

Types d'intervenants

Gestionnaires, intervenants sociaux, intervenants de la santé et retraités du Saguenay-Lac-Saint-Jean et de l'Estrie s'étant portés volontaires pour un séjour en Montérégie lors de la tempête de verglas de janvier 1998

[246]

Événement

Tempête de verglas de janvier 1998 en Montérégie

Résultats et faits saillants

Cette recherche utilisant des techniques d'enquête diverses (rencontres de groupe, questionnaire auto-administré, entrevues téléphoniques) visait à identifier les conséquences qu'a eues la tempête de verglas sur la santé biopsychosociale des intervenants s'étant portés volontaires pour se déplacer en Montérégie afin d'apporter de l'aide et du soutien aux sinistrés et aux intervenants. Dans un premier temps, deux rencontres de groupes réunissant des intervenants du domaine de la santé et des services sociaux ont permis d'identifier les éléments qui ont facilité leur travail et ceux qui l'ont perturbé. Ainsi, les échanges entre collègues, la mise à profit de compétences et de qualités personnelles, la reconnaissance des sinistrés, la liberté d'action et l'acquisition d'une expertise en intervention d'urgence ont été identifiés comme les principaux éléments ayant facilité le travail des répondants. En ce qui concerne les facteurs ayant perturbé leur travail, les intervenants ont signalé les aspects suivants : l'absence de langage commun entre les organismes, la minimisation des besoins psychosociaux des sinistrés, le climat de tension et de désorganisation dans les centres de dépannage et la présence d'attitudes inappropriées des intervenants à l'endroit des victimes. Les répondants ont aussi mentionné que des lacunes organisationnelles, le manque de matériel et d'équipement, l'épuisement des intervenants locaux et les exigences démesurées des sinistrés ont aussi constitué des contraintes importantes pour leur adaptation au travail. Les principaux problèmes de santé avec lesquels les répondants ont été

confrontés pendant et après la crise sont la fatigue, l'épuisement physique et mental, le manque de sommeil, la grippe, les maladies du système respiratoire, la présence d'allergies, l'hyperactivité et les douleurs musculaires. Les données de l'étude démontrent également que les intervenants sociaux, ceux étant déjà intervenus lors d'un sinistre et ceux ayant déjà reçu une formation sur l'intervention psychosociale en cas de sinistre sont significativement plus insatisfaits de la planification des besoins des sinistrés, de la définition des tâches, de la gestion des ressources humaines ainsi que de la planification des horaires des intervenants. Mentionnons aussi que les intervenants ayant reçu une formation dans l'application des mesures d'urgence sont plus nombreux à considérer que leur état de santé a diminué pendant leur séjour en Montérégie. Ils sont également plus nombreux que les intervenants n'ayant pas reçu de formation en mesures d'urgence à avoir senti de la fatigue, des douleurs musculaires et un manque de sommeil pendant leur séjour en Montérégie. Au retour, les intervenants [247] sociaux ainsi que ceux ayant reçu une formation en mesures d'urgence sont plus nombreux à avoir développé des problèmes de santé physique ou psychologique. Les problèmes de santé le plus souvent mentionnés sont la fatigue, l'épuisement mental, le manque de sommeil, les douleurs musculaires et la présence de tensions.

Auteurs

Marchant *et al.* (1989)

Types d'intervenants

Pompiers exposés et groupes contrôles (travailleurs masculins de la communauté dont le travail comportait un certain risque et confrères de Nouvelle-Écosse non exposés)

Événement

Écrasement d'avion à Gander, N.-É. (1985)

Résultats et faits saillants

Cette étude avait comme objectif de déterminer quels étaient les risques chimiques ou toxiques auxquels peuvent être exposés les pompiers lors d'un écrasement d'avion. Elle entendait également déterminer l'état de santé entre les groupes et savoir si les problèmes de santé chez les pompiers exposés pouvaient être liés à leur travail sur le site. Les données furent recueillies trois ans après le désastre. La littérature a indiqué que les principaux risques toxiques et chimiques étaient les gaz irritants, les solvants organiques et les métaux. Une irritation par les gaz peut affecter le système respiratoire, mais ne semble pas avoir d'effets à long terme. L'exposition au carburant ne semble pas comporter non plus d'effets à long terme. L'exposition au cadmium peut causer des symptômes à court terme et des problèmes du foie à long terme. Les malaises rapportés trois ans après n'étaient toutefois pas de cette nature. Il y avait plus de fumeurs chez les personnes exposées que chez les groupes contrôles ; cette variable n'intervenait toutefois pas dans les symptômes mesurés à l'aide du CMI (Cornell Medical Index). Les maux de tête, les étourdissements, les douleurs articulaires et à la poitrine, les gripes graves, la fatigue et la sensation d'être incompris et celle d'être éveillés à cause des cauchemars se manifestaient plus fortement chez le groupe de pompiers exposés. Selon l'IES (Impact of Event Scale), l'impact de l'événement était également plus important chez les gens exposés. Une plus forte proportion des exposés a démontré des symptômes d'intrusion comparativement aux deux autres groupes. Ceux-là vivaient également plus de maladies et de symptômes que les deux autres groupes, lesquels n'étaient pas liés à leur environnement, leurs activités externes au travail, [248] leur emploi, la satisfaction au travail ou les stress de la vie habituel-

le. La maladie fut attribuée à l'intervention lors du désastre. Une réaction retardée de symptômes post-traumatiques et des maladies subséquentes fut aussi attribuée à ce fait. Selon les auteurs, plusieurs pompiers avaient un diagnostic d'état de stress post-traumatique (ESPT) retardé de grave à léger qui aurait contribué à aggraver la maladie existante, de même que le développement d'une nouvelle maladie et la réapparition d'une maladie antérieure. Les médecins ont conclu que les personnes exposées vivaient plus de problèmes de santé que les groupes contrôles et, qu'en conséquence, le travail lors de la catastrophe avait affecté l'état de santé des intervenants.

Auteurs

McCammon *et al.* (1988)

Types d'intervenants

Policiers, pompiers, personnel d'urgences médicales et d'hôpital

Événements

Explosion d'un immeuble à appartements et des tornades dans l'année suivante, dans une même région de la Caroline du Nord

Résultats et faits saillants

L'étude a pour but d'étudier les processus cognitifs et d'adaptation des intervenants. L'échantillon du personnel de l'explosion était composé à 75% d'hommes et celui des tornades à 52% d'hommes. Le stress vécu par les intervenants provenait de variables individuelles et environnementales. Les caractéristiques individuelles pouvant aider à résoudre les traumatismes vécus étaient la cohésion, l'engagement dans sa profession et le désir de travailler sur soi-même pour sa propre amélioration ou celle de l'organisation dans laquelle il évolue. Plus de symptômes étaient mentionnés par les intervenants impliqués dans la tornade. Les symptômes les plus apparents chez les deux groupes étaient la tristesse et la réminiscence des événements. Les intervenants, lorsqu'ils étaient confrontés à la mort ou à sa probabilité chez les victimes, affichaient plus de symptômes que ceux qui n'y avaient pas été exposés. Quatorze pour cent des intervenants de l'explosion ont rapporté des symptômes reliés à la présence d'ESPT, tandis qu'on retrouvait une proportion de 17% chez le groupe engagé dans les tornades. Ces intervenants avaient par ailleurs tous travaillé sur les lieux du désastre. Au plan du support apporté aux intervenants, la famille venait en premier lieu, suivie des collègues de travail et des amis. La stratégie d'adaptation la plus populaire fut la serviabilité, et la deuxième, le fait de percevoir l'événement le plus positivement possible.

[249]

Auteurs

McCarroll *et al.* (1992)

Types d'intervenants

Membres de la National Air Guard et groupes à risque de la communauté

Événement

Écrasement du vol 232 de la United Airlines à Sioux City (10) en 1989

Résultats et faits saillants

Les auteurs abordent ici l'expérience d'une intervention auprès des membres engagés dans les opérations de sauvetage et qui s'élargit à la communauté. Les objectifs principaux de l'équipe constituée de deux psychiatres et quatre psychologues était de procurer une consultation psychologique aux membres de l'armée sur la santé mentale de la communauté, de donner des services psychiatriques directs à court terme et de diriger vers des services permanents, au besoin, pour un suivi à plus long terme. L'équipe avait aussi comme objectif de former des intervenants en santé mentale afin de supporter les victimes dans la période post-désastre et d'explorer certaines avenues pour une recherche subséquente. Un rétablissement graduel chez les secouristes semble évident. Celui-ci semble enclenché six semaines après le désastre pour une résolution à douze mois. Selon les auteurs, l'intervention post-désastre ne doit pas être l'objet d'une seule action, mais être établie en fonction de l'étendue du traumatisme, de la nature des groupes affectés, des types de problèmes rencontrés, de la fréquence des requêtes et de l'évidence d'un rétablissement enclenché.

Auteurs

Miles, M.S. *et al.* (1984)

Types d'intervenants

Secouristes

Événement

Effondrement de la passerelle du Hyatt-Regency Hotel à Kansas-City (MO)

Résultats et faits saillants

Les résultats ont démontré des scores plus élevés que la moyenne au HSCL (Hopkins Symptom Check List), bien que non significatifs statistiquement. [250] Les secouristes vivaient des difficultés émotionnelles, selon l'outil d'évaluation de leurs expériences personnelles. Les plus communs problèmes relatés étaient les troubles émotionnels/psychologiques et les problèmes musculo-squelettiques.

Auteurs

Mitchell, J.T. et A. Dyregrov (1993)

Types d'intervenants

Multiples

Événements

Multiples

Résultats et faits saillants

Cet article vise à pourvoir les chercheurs d'un cadre de référence pour l'évaluation des symptômes chez le personnel intervenant en situation de désastre afin de mieux comprendre ce que vivent les personnels touchés, tant au plan professionnel que personnel. Les auteurs font mention de la pénurie de recherches et de la conception erronée qui tend à proposer que les intervenants sont protégés d'effets négatifs par la formation reçue. Les intervenants vivent effectivement un stress important inhérent à leur travail. Les symptômes de stress liés au travail sont ensuite décrits à partir d'études ayant porté sur le sujet, de même que les effets cognitifs, physiques, émotionnels, comportementaux, ainsi que les effets dilués. La prévention des syndromes de stress post-traumatique est ensuite abordée, spécifiant que des programmes éducatifs pré-incidents jouent un rôle primordial dans la réduction du stress chez les intervenants. Des stratégies d'intervention auprès des travailleurs en situation d'urgence, visant à atténuer l'impact du stress traumatique, sont ensuite présentées, notamment un processus de *débriefing* comportant sept étapes spécifiques.

Auteurs

Moran, C. et N.R. Britton (1994)

Types d'intervenants

Bénévoles d'organismes de services d'urgence australiens

Événement

Général

Résultats et faits saillants

Cette étude examine la relation entre l'expérience des bénévoles et certains [251] traits de personnalité, et leurs réactions à un incident traumatisant vécu dans le passé. Aucune différence quant au sexe des intervenants n'est notée en lien avec les réactions aux incidents critiques. Il semble qu'aucune évidence ne soit rapportée quant au fait que les bénévoles possédaient des caractéristiques de personnalité leur procurant une plus grande résistance. Les variables de la personnalité endurcie ou résistante (« hardiness ») ou des styles de personnalité ressortant du « defensive styles » n'apparaissent pas liées aux effets de l'exposition aux incidents critiques. Les prédicteurs les plus significatifs des réactions des répondants étaient plutôt liés à des variables du travail en lui-même (nombre d'appels, quantité des interventions). Ceux qui avaient le plus d'expérience au sein du service, donc la probabilité d'avoir participé plus souvent à des interventions, et ceux qui avaient les résultats les plus élevés au GSI (General Severity Index) avaient de plus grandes probabilités de rapporter des réactions de plus longue durée. Certains constats méthodologiques invitent à la prudence quant à la généralisation des résultats, selon le point de vue des auteurs.

Auteurs

Nivet *et al.* (1989)

Types d'intervenants

Décideurs, sauveteurs et personnel soignant

Événement

Général

Résultats et faits saillants

Cet article décrit les principales réactions émotionnelles chez les intervenants concernés et les effets négatifs de ces réactions. Il apporte également quelques éléments sur la nécessité d'une formation préparatoire et adaptée à l'intervention en situation de désastre et sur les initiatives de prévention et de traitement des réactions psychiques.

Auteurs

Paton, D. et B.A. Kelson (1991)

Types d'intervenants

Conjointes d'intervenants

Événement

Tremblement de terre en Arménie (1988)

[252]

Résultats et faits saillants

Les auteurs rapportent les résultats d'une étude pilote réalisée auprès de cinq femmes dont le conjoint s'était impliqué bénévolement pour porter secours dans les suites d'un tremblement de terre. Elle visait plus spécifiquement à déceler si les conjointes et les enfants des intervenants vivaient des problèmes résultant de l'engagement des maris et ce, pour les trois phases liées à celui-ci. Les entrevues furent réalisées auprès de cinq personnes deux mois après le désastre. Pendant la première phase qui dura deux jours, soit la préparation, ce fut surtout l'incertitude vécue pendant une période chaotique et frustrante qui semblait la principale difficulté des conjointes. Celles-ci vivaient également du stress lié au fait de ne pas savoir ce qui arriverait. La phase suivante, l'action, dura huit jours et fut associée à du stress chez les répondantes (4/5) lié au manque d'informations précises sur le sinistre, à la couverture médiatique et aux risques encourus par les maris. Plusieurs symptômes psychosomatiques ont également été mentionnés par les conjointes (difficultés de sommeil, nausées, manque d'énergie, etc.). La stratégie d'adaptation prédominante fut le support des proches et amis qui permettait le partage des sentiments et des émotions vécus. Certaines ont aussi dit que de s'impliquer directement auprès de l'organisme d'assistance les avait aidées en raison d'un sentiment de contrôle éprouvé. Au retour, soit la troisième phase, plusieurs changements chez les maris furent notés par les conjointes, notamment de l'irritabilité, de la résistance à confier leur expérience, de l'empressement à retourner au travail pour oublier les événements stressants, des problèmes de sommeil, etc. Les conjointes éprouvaient des difficultés liées à leur incertitude quant à la façon

appropriée d'agir avec leurs maris, et certaines ont fait part de stress associé au fait d'aborder le sujet de l'intervention lors du désastre avec leur conjoint. Les réponses psychologiques des enfants semblaient moins claires et plus liées à leur âge. Du point de vue des mères, les enfants de moins de six ans ne semblaient pas affectés, de même que les adolescents. Ceux qui se situaient entre ces deux catégories étaient perçus comme plus affectés par l'engagement de leur père. Les données sur les enfants étant recueillies auprès des mères ; les auteurs mentionnent l'importance d'inclure davantage les enfants eux-mêmes lors de futures initiatives.

Auteurs

Perry *et al.* (1996)

Types d'intervenants

Bénévoles et personnel d'urgence rémunéré, décideurs locaux, personnel de l'armée (National Guard), personnel de communication et d'hôpital
[253]

Événement

Conditions climatiques hivernales difficiles (fortes tempêtes de neige à répétition) dans une région éloignée (É.-U.)

Résultats et faits saillants

À la suite d'un hiver où des conditions climatiques difficiles ont persisté, des intervenants de Grundy et du comté de Buchanan ont partagé leur expérience, lors d'entrevues de groupe, et fait émerger certaines difficultés vécues lorsque la région fut paralysée par la neige, le froid et le vent durant l'hiver 1995-1996. À cette occasion, plusieurs personnes furent aux prises avec des pénuries de nourriture, d'abri, de chauffage, de fournitures médicales et de soins. L'armée est intervenue pour porter assistance en fournissant des biens de première nécessité, du matériel pour se réchauffer et a transporté des personnes dans des abris d'urgence. Les participants, dans l'ensemble, ont démontré un haut degré de compétence et de dévotion envers leur travail, de même qu'une grande fierté face à la communauté dans la manière dont celle-ci s'était comportée vis-à-vis des conditions particulièrement difficiles (altruisme et solidarité). Les intervenants ont catégorisé les victimes comme pouvant être « bonnes » ou « mauvaises » selon leurs attitudes et comportements face à l'aide reçue. Parmi les thèmes mentionnés, on a noté un certain manque de cohésion lorsque des groupes d'intervenants (rémunérés et non rémunérés) répondaient à un même appel, le besoin d'une formation commune aux diverses catégories d'intervenants engagés dans un même type d'activités et l'utilisation de véhicules efficaces en de telles circonstances.

Auteurs

Pickett *et al.* (1994)

Types d'intervenante

Membres d'équipes de recherche (interviewers)

Événement

Entrevues avec des personnes ayant vécu des situations traumatisantes (incendies résidentiels)

Résultats et faits saillants

Cet article suggère que les conséquences négatives, notamment le symptôme de la fatigue, de la compassion ou de l'état de stress post-traumatique (ESPT) secondaire, peuvent être atténuées par les sessions de CISD (Critical Incident Stress Debriefing). Des membres d'équipes de recherche ayant à effectuer des entrevues avec des personnes qui [254] avaient subi un traumatisme aigu à la suite d'incendies résidentiels ont bénéficié de sessions inspirées du modèle CISD afin de les aider à composer avec leurs propres réactions aux émotions intenses exprimées par les sujets, à une fréquence de deux rencontres par semaine. Bien que la fatigue de compassion (l'ESPT secondaire) n'ait pas fait l'objet de diagnostic chez les participants, tous les interviewers rapportaient des sentiments de frayeur à la suite des entrevues avec des sujets chez lesquels l'âge ou la structure familiale s'apparentaient aux leurs. Les préoccupations en regard des détails des situations traumatisantes rapportées, les pensées intrusives suivant les entrevues et d'autres symptômes étaient également mentionnés par les interviewers. L'absence de roulement de personnel et d'attrition pendant deux ans chez les interviewers fut la mesure objective d'évaluation de l'efficacité des sessions de CISD. Les auteurs concluent à l'importance du CISD comme facteur de prévention pour la fatigue de compassion.

Auteurs

Raphael, B. (1995)

Types d'intervenants

Multiples

Événements

Multiples

Résultats et faits saillants

Cet article expose un point de vue critique sur l'utilisation de sessions de *débriefing* et leur impact sur les conséquences positives sur la santé mentale des intervenants. L'auteure mentionne la présence de plusieurs lacunes méthodologiques dans les études ayant porté sur l'efficacité objective de cet outil de support aux intervenants. Malgré la perception positive des intervenants sur l'aide psychologique que comporte cette technique, l'utilisation des techniques de *débriefing* ne conclut pas à un rétablissement et à une amélioration systématiquement mesurés chez les utilisateurs. Certains aspects négatifs sur le bien-être des intervenants peuvent même en découler. Malgré la réputation de succès, les preuves à l'appui semblent manquantes.

Auteurs

Raphael, B. (1991)

Types d'intervenants

Secouristes en général

[255]

Événements

Multiples

Résultats et faits saillants

Cet article revoit certains résultats des chercheurs. Il met l'accent sur les caractéristiques qui peuvent soulager la détresse psychologique vécue par les secouristes. Finalement, quelques recommandations sont émises afin de privilégier, chez les organisations qui interviennent en situations d'urgence, des mesures proactives afin de limiter les effets négatifs du stress chez les intervenants.

Auteurs

Raphael, B. et W. Middleton (1987)

Types d'intervenants

Secouristes et intervenants en santé mentale

Événements

Le cyclone de Darwin en Australie (1974), le déraillement de Granville (1977) et le feu de brousse « Ash Wednesday » en 1983

Résultats et faits saillants

Les auteurs revoient dans cet article trois désastres d'envergure ayant frappé la population et le territoire australiens. Cette revue est réalisée afin de fournir de l'information sur les mécanismes de réponse aux désastres mis en place par les autorités chargées de la gestion de ceux-ci. Une attention particulière est apportée aux rôles des professionnels de la santé mentale et des autres organismes touchés, ainsi qu'à ceux de la communauté dans le développement et l'implantation de services en santé mentale lors de catastrophes. Les auteurs évoquent également que les leçons apprises d'un désastre ont permis une meilleure intervention dans les désastres subséquents et que la collaboration avec les autorités et les gestionnaires est plus que nécessaire, notamment en ce qui a trait aux services d'aide en santé mentale pour la population affectée et les intervenants touchés.

Auteurs

Raphaël, B. *et al.* (1983-84)

Types d'intervenants

Secouristes

Événement

Déraillement de train en Australie (Granville)

[256]

Résultats et faits saillants

Les secouristes ayant participé à l'étude (environ 50%) ont rapporté des problèmes psychologiques spécifiques (20%), soit de l'anxiété, des sentiments dépressifs et de l'insomnie au cours du premier mois suivant l'intervention. La majorité a également trouvé l'expérience stressante. Seulement 10% ont mentionné que leur fonctionnement au travail et à la maison avait été altéré. Certains ont aussi mentionné des aspects positifs à l'aide apportée, soit que leur engagement leur avait permis de se sentir plus positifs en regard de leur propre vie (35%). On remarquait plus de dépression chez les intervenants ayant opéré à l'extérieur du site que chez ceux qui s'étaient engagés sur les lieux mêmes de l'accident.

Auteurs

Revicki et Gershon (1996)

Types d'intervenants

Techniciens d'urgences médicales

Événement

Général

Résultats et faits saillants

Cette étude fut réalisée dans une perspective longitudinale auprès de 85 techniciens, et 65 d'entre eux ont collaboré au suivi à six mois. Il fut posé comme hypothèse que les techniciens qui vivaient de l'ambiguïté de rôles et qui recevaient peu de support de leur organisation étaient plus à risque de rapporter du stress occupationnel, celui-ci étant par ailleurs associé à une augmentation des symptômes de dépression. Les instruments utilisés furent le PDI (Psychological Distress Index) et le WRSI (Work-Related Strain Inventory). Les résultats ont conclu qu'une plus importante clarté du rôle était liée au nombre d'années de travail et à une plus grande possibilité d'éprouver du stress occupationnel et de la détresse psychologique subséquente. Le support du groupe et un comportement plus positif des superviseurs résultaient en des scores de stress lié au travail plus faibles. Cinquante-trois pour 100 de la variance au WRSI était expliquée par ce modèle. L'analyse de régression pour les scores au PDI a démontré que les hommes vivaient moins de détresse psychologique et qu'une augmentation du stress au travail correspondait à une plus importante détresse psychologique. De hauts niveaux de stress occupationnel au début de l'étude étaient associés à plus de détresse psychologique après six mois. Il existe donc, selon les auteurs, une relation longitudinale entre le stress au travail et la détresse psychologique observée. Les intervenants qui percevaient un faible support [257] de leurs confrères et une supervision de style autoritaire rapportaient également plus de symptômes de dépression.

Auteurs

Robinson et Mitchell (1993)

Types d'intervenants

Intervenants des services d'urgence, des services sociaux et d'hôpitaux (172) ayant participé à des sessions de *débriefing* (31 pour l'ensemble) de décembre 1987 à août 1989

Événement

Incidents de stress critique divers

Résultats et faits saillants

Cet article décrit l'évaluation de *débriefings* psychologiques conduits par l'équipe de CISD (Critical Incident Stress Debriefing) des services d'urgence d'Australie. Il s'agit d'une description exploratoire des aspects clés des CISD et de leur impact sur le personnel qui y avait participé (taux de réponse de 60%). Les participants ont reçu le questionnaire deux mois après la tenue du *débriefing*. Dans l'ensemble, les sujets ont évalué que l'impact de l'événement *au moment de l'incident* allait de modéré à considérable (3,4). Les intervenants des services sociaux et des hôpitaux ont évalué significativement l'impact comme étant plus élevé que le personnel des services d'urgence ($p < .0001$). La moyenne de l'impact de l'événement lors *de l'évaluation* par le personnel des services d'urgence était minime (2,2), et l'impact était perçu comme modéré par les autres intervenants (3,3) (différence significative entre les deux groupes : $p < .0001$). Les aspects de l'événement qui semblaient les plus significatifs pour les intervenants étaient qu'ils auraient pu être eux-mêmes, ou un membre de leur famille, directement touchés (26% chez les intervenants des services d'urgence et 21% chez le personnel des services sociaux et hospitaliers). Les aspects stressants mentionnés étaient la difficulté de composer avec les décès, spécialement avec ceux de jeunes enfants, la colère et le sentiment d'injustice en regard de l'incident, la colère contre le responsable du crime, et la reconnaissance de situations qui posaient un danger pour les intervenants ou leurs collègues. Ont aussi été mentionnés comme très stressants, la prévention possible de l'incident et la présence controversée des médias. Les

intervenants ont aussi évalué comme significatives leurs responsabilités à l'égard du bien-être des autres dans le cadre de leur intervention. De répondre à plusieurs situations difficiles dans un court délai fut aussi un aspect du stress lié à l'intervention chez le personnel des services [258] d'urgence. Cinquante-quatre pour cent des intervenants ont mentionné que l'événement critique sur lequel était centré le débriefing leur rappelait des situations antérieures traumatisantes (personnelles ou professionnelles) ; 40% du personnel des services d'urgence et 51% du personnel des services sociaux et hospitaliers ont rapporté que l'incident avait eu un impact sur les membres de leur famille (d'où des réactions de support ou des réactions négatives). Le personnel des services d'urgence a évalué le *débriefing* comme considérablement valable pour lui (moyenne 3,8/5) tandis que leurs collègues ont évalué sa valeur comme étant de considérable à forte (3,6 - 4,5). Il y avait une relation significative entre l'impact de l'événement et la valeur du *débriefing* chez le personnel d'urgence. Un impact plus important correspondait à une plus importante valeur accordée au *débriefing* ($X^2 = 5,9$, $p < 0.05$). En ce qui a trait à l'atténuation du stress liée au *débriefing*, plus de personnes des services sociaux et des hôpitaux rapportaient des symptômes de stress au moment de l'incident, comparativement au personnel des services d'urgence (84% contre 44%). Les sujets des deux groupes qui ressentaient des symptômes ont estimé une réduction de ceux-ci lors de l'évaluation (96% contre 77%), laquelle était en partie attribuée au *débriefing*. Les aspects du *débriefing* évalués comme étant les plus aidants furent de discuter de l'événement avec quelqu'un qui avait vécu une situation semblable (40% du personnel d'urgence contre 42% des membres des services de santé et hospitaliers), de discuter des sentiments suscités par l'événement (27% contre 17%) et l'aide que pouvait apporter le *débriefing* dans la compréhension de soi, ou de ses propres réactions, face au désastre. Près de la moitié des intervenants se sont déclarés très satisfaits du *débriefing* (51% contre 44%).

Auteurs

Sansone et Roman (1996)

Types d'intervenants

Étudiants (internes) en psychiatrie ayant participé à titre de bénévoles aux opérations

Événement

Explosion d'une bombe à Oklahoma

Résultats et faits saillants

Cette étude avait pour but d'examiner les perceptions de stress chez les intervenants (7) ainsi que les facteurs de support sur le site et les symptômes post-désastre huit mois après l'incident. La participation des intervenants fut motivée par des facteurs altruistes et professionnels. Les [259] facteurs les plus aidants furent le support émotionnel de la faculté et la préparation avant l'intervention. Le support clinique de la faculté fut également très aidant pendant l'intervention même. Les aspects personnels ayant comporté le plus de difficulté étaient de composer avec un important sentiment d'impuissance et le constat du chaos qui, régnait sur le site. La plupart (5) ont rapporté divers symptômes à court terme (humeur dépressive, pensées d'évitement et sensations associées à l'événement, etc.) et une personne mentionnait huit symptômes pouvant suggérer un diagnostic psychiatrique (dépression ou ESPT). Un mois après l'intervention, les répondants mentionnaient tous une diminution des symptômes. Seulement un intervenant a mentionné qu'il préférerait ne pas être appelé à intervenir dans une situation semblable à l'avenir.

Auteurs

Shepherd, M. et RE. Hodgkinson (1989)

Types d'intervenants

Personnel de sauvetage, de support et d'identification

Événements

Multiples

Résultats et faits saillants

Revue de littérature : les auteurs explorent les réponses psychologiques en termes d'effets émotionnels, cognitifs, comportementaux, relationnels, somatiques et les changements motivationnels chez les intervenants à la suite d'un désastre. Certains aspects méthodologiques sont revus. On aborde également plus spécifiquement la recherche portant sur les intervenants offrant du support psychologique et la durée de tels effets. Les variables influant sur la réponse au désastre sont aussi considérées, soit les facteurs individuels et les variables situationnelles/environnementales. La confrontation à la mort et les variables organisationnelles constituent des stressors particuliers. La façon de s'adapter, l'âge, l'expérience et le support social apparaissent comme des facteurs modérant le stress post-désastre chez les intervenants. On note aussi certains éléments qui ressortent comme positifs (changement d'attitude face à la vie, appréciation accentuée de son bien-être, etc.). Une majorité d'intervenants seraient affectés à court terme et peu le seraient à long terme. On en connaît toutefois peu à l'heure actuelle sur les variables médiatrices chez ceux que les auteurs nomment « les victimes cachées ».

Auteurs

Smith, C. L. et M. de Chesnay (1994)

[260]

Types d'intervenants

Officiers de police

Événements

Multiples

Résultats et faits saillants

À partir d'une approche qualitative, les auteurs ont mesuré l'impact du CISD (Critical Stress Incident Debriefing) sur des officiers de police exposés à des événements traumatisants et ont évalué le programme. Les principales réactions aux incidents critiques étaient l'empathie pour les victimes, le sentiment d'impuissance et la colère contre le perpétreur de l'incident. Les sentiments étaient exacerbés lorsque des enfants étaient touchés. Les problèmes de sommeil étaient manifestes chez tous les sujets. Les symptômes gastro-intestinaux étaient communs et certains avaient vu s'exacerber des problèmes de santé (hypertension). La réminiscence de l'événement perdurait longtemps après sa survenue. Parmi les comportements de soulagement, on mentionne surtout : les pleurs lors des sessions de CISD et les thérapies, qui ne donnaient pas toujours les résultats escomptés. Le déni, qui pouvait par ailleurs se manifester sous forme d'augmentation de l'usage d'alcool, fut aussi une stratégie d'adaptation. Chez certains, les problèmes familiaux augmentaient alors que chez d'autres, on appréciait davantage sa famille ou son réseau de support social.

Auteur

Stanley, S.R. (1990)

Types d'intervenants

Infirmières

Événement

Ouragan Hugo

Résultats et faits saillants

On décrit les bons résultats obtenus à la suite de la mise en place d'un programme de stabilisation de crise et de *débriefing* pour aider les infirmières ayant participé aux interventions lors du désastre. Ces initiatives auraient permis un rétablissement de plus courte durée chez le personnel ayant utilisé ce programme.

Auteur

Stuhlmiller, C. (1994)

[261]

Types d'intervenante

Secouristes militaires, pompiers, travailleurs du département des Transports et investigateurs du coroner

Événement

Effondrement d'un viaduc à la suite du tremblement de terre de Loma Prieta en 1989

Résultats et faits saillants

Cette étude basée sur une approche qualitative visait à explorer les motivations, les actions, les stratégies d'adaptation, les interactions et les réponses de quatre groupes d'intervenants lors du désastre. Elle fut réalisée six mois après l'événement auprès de 42 sujets dont des secouristes militaires, des pompiers, des travailleurs du département des Transports et des membres d'assistance du coroner. Une seconde série d'entrevues fut réalisée vingt mois après l'événement. Les militaires spécialement entraînés pour des interventions visant à sauver des vies ont rapporté une grande frustration puisque leurs services ne leur semblaient pas avoir été utilisés en fonction de leurs compétences estimées. Ils ont également fait mention d'une certaine ignorance de leur présence ou de leur disponibilité sur les lieux du désastre. La frustration était aussi liée à l'impression que plus de vies auraient pu être sauvées si on leur avait davantage permis d'intervenir. L'obligation à l'héroïsme semble, selon l'auteure, la principale motivation découlant de l'endocritinement reçu en cours de formation. Pour les pompiers, ce sont des motifs davantage liés aux satisfactions découlant des relations et conditions de travail qui ressortent, même si une certaine forme d'altruisme envers la communauté transpire des propos. Certains facteurs de stress sont ressortis comme prédominants : l'inquiétude pour leur famille et leur domicile, la menace à la vie des coéquipiers pendant les opérations et le débriefing ayant suivi les opérations. Les travailleurs du département des Transports ont mentionné un stress lié aux fonc-

tions peu valorisantes qui leur étaient attribuées, à la perception et à la réaction négative de la population ou des usagers des réseaux routiers. Ce sont ces travailleurs qui semblent avoir été les plus affectés, notamment par un sentiment de culpabilité ou de responsabilité additionnelle et un désir de remédier à ce qui s'était passé. La tristesse ressentie était associée au constat des décès et des blessures, mais également à une perception déficitaire des infrastructures routières qui s'étaient effondrées. Les problèmes de communication lors de l'intervention constituaient également des facteurs de stress non négligeables. Les assistants du coroner, qui avaient à identifier les corps et les causes des décès, ont évoqué une certaine tolérance et familiarité avec la mort les aidant à travailler de manière [262] efficace. Le maintien d'une attitude de non-jugement semblait également une stratégie d'adaptation pour ce groupe d'intervenants, de même qu'une distanciation émotionnelle face aux événements et aux victimes. Ils ont toutefois évoqué que les premières heures de leur travail leur avaient semblé longues et frustrantes. Ils déclarent également avoir ressenti de la confusion et qu'un manque de leadership avait constitué leur principale source de stress.

Auteurs

Talbot *et al.* (1992)

Types d'intervenants

Intervenants en santé mentale (psychologues, travailleurs sociaux, psychiatres et personnel infirmier psychiatrique)

Événement

Général

Résultats et faits saillants

Cet article porte sur les besoins d'assistance psychologique des intervenants en santé mentale. Le travail d'intervention en situation de crise risque d'affecter les intervenants au plan physiologique et psychologique. Des modèles de *débriefing* ont été proposés par Mitchell (1988) et Raphael (1986). Les auteurs ajoutent certaines composantes à ces modèles qui suggèrent une intervention plus globale en considérant l'ensemble de l'expérience du désastre.

Auteurs

Taylor et Frazer (1982)

Types d'intervenants

Secouristes (alpinistes), embaumeurs, spécialistes d'identification de corps (dentistes, pathologistes) et policiers ayant participé aux opérations de récupération des corps et d'identification des victimes

Événement

Écrasement d'avion au Mont Erebus (Antarctique, 1979)

Résultats et faits saillants

Les objectifs poursuivis par les chercheurs étaient de documenter les stress psychologiques vécus par le personnel, de fournir un service clinique pouvant être requis par les intervenants, de tirer des conclusions pouvant être utiles à d'autres intervenants appelés à agir dans des circonstances [263] semblables et de fournir un cadre de recherche pouvant être utilisé et testé en d'autres occasions. Les intervenants furent évalués le plus tôt possible après avoir complété leur travail, une seconde évaluation eut lieu trois mois après et une dernière, vingt mois après le désastre afin d'éviter la période fatidique de l'anniversaire de l'événement (un an). La majorité des intervenants ont apprécié la possibilité de parler du travail qui leur était assigné et les éléments stressants variaient selon celui-ci. Plusieurs intervenants trouvaient difficiles les conditions dans lesquelles ils avaient à effectuer leur travail et celles-ci variaient en fonction du lieu de travail. Au début, des changements furent rapportés par les sujets au plan du sommeil (80,5%), de l'appétit (76%), des sensations (48,9%), des conversations (40%) et dans les activités sociales (33%). Dans plusieurs cas, ces modifications duraient à peu près quatre semaines mais revenaient vingt mois après l'intervention. Au dernier intervalle d'évaluation, seulement huit sujets (sur 100 à cette étape) éprouvaient toujours le besoin de parler de leur expérience. Quatre-vingts considéraient qu'ils avaient assimilé l'expérience avec succès, mais quinze répondants rapportaient encore des réminiscences ponctuelles de l'événement. Au début, selon le HSCL (Hopkins Symptom Check List), seulement 18,5% des sujets s'évaluaient comme exempts

de symptômes et 53% évaluaient leurs symptômes comme étant de gravité modérée ou faible. Les résultats aux trois échelles d'évaluation de symptômes psychologiques ont toutefois démontré que, des 156 sujets qui avaient complété les questionnaires, 69 démontraient des symptômes aux trois échelles d'évaluation, 43 en rapportaient à deux et 30 déclaraient des symptômes à une échelle. L'évaluation à quatre mois démontrait que ceux qui rapportaient un stress plus élevé étaient plus jeunes. Au suivi effectué à vingt mois, 23,2% des sujets manifestaient un degré de stress élevé.

Auteur

Théoret, J.J. (1979)

Types d'intervenants

Personnel secouriste et hospitalier

Événements

Tempête de neige et blizzard à Pawtucket (RO)

Résultats et faits saillants

Cet article relate le déroulement de l'événement où une tempête de neige majeure paralysa les activités de la ville et ses environs pendant plusieurs jours en raison surtout de l'encombrement des réseaux routiers [264] par les nombreux véhicules qui furent immobilisés. L'hôpital de Pawtucket se retrouva également débordé par le nombre de patients que devait soigner un personnel limité. Il était également difficile de retourner les patients chez eux ou de les évacuer vers d'autres ressources en raison d'un réseau routier devenu impraticable. Les secouristes devaient faire preuve d'ingéniosité en raison de conditions climatiques extrêmes. Certains faits ressortent en conclusion : le retour massif des travailleurs vers leur domicile (entraînant la paralysie du réseau routier) ; l'autoroute principale étant encombrée, plusieurs automobilistes se sont dirigés vers des routes secondaires où ils furent immobilisés, rendant difficile pour leurs occupants la recherche d'un abri ; l'abandon de véhicules sur les routes compliqua également l'intervention de déblaiement et la circulation des équipes d'urgence ; l'encombrement téléphonique en raison du manque d'information par les médias et le tri des nombreux appels reçus au poste de pompiers par les médecins a permis de réduire d'environ la moitié les interventions des secouristes.

Auteurs

Waters *et al.* (1992)

Types d'intervenants

Infirmières en milieu hospitalier (25)

Événement

Ouragan Hugo en Caroline du Sud (1989)

Résultats et faits saillants

Il s'agit d'une étude longitudinale dont les évaluations ont été réalisées à un, quatre et douze mois suivant l'ouragan. Dans l'ensemble, l'étude suggère que les symptômes rapportés ont diminué avec le temps. Cette étude avait comme objectif de déterminer la relation entre le temps écoulé depuis le désastre, la présence de la famille durant le désastre, les dommages causés au domicile et la fréquence des symptômes de détresse psychologique. La variable de la détresse psychologique fut mesurée à l'aide de deux outils, soit l'IES (Impact of Event Scale) et le SCL-90-R (Symptom Check List). Un troisième outil fut utilisé pour les autres variables (Hugo Demographics). Les symptômes de détresse psychologique étaient significativement plus faibles quatre mois et un an après l'événement, comparativement à un mois et ce, à toutes les échelles de l'IES ou du SCL-90-R. En réponse à la deuxième interrogation, les résultats ont démontré une tendance à retrouver moins de symptômes chez le groupe avec une famille à la maison et plus de symptômes pour le groupe d'infirmières qui se trouvaient à l'extérieur de la région, lors de l'évaluation [265] un mois après l'ouragan. Les groupes démontraient cependant une diminution des symptômes au second intervalle (quatre mois), mais une réémergence au premier anniversaire à l'IES, avec une plus importante détresse chez le groupe sans famille. Pour la troisième question, il n'y avait pas de différence significative entre les infirmières ayant subi des dommages partiels ou totaux au domicile, mais la tendance selon les deux outils utilisés était que plus importants étaient les dommages et l'impact de l'ouragan, plus élevés étaient les scores des participantes. En accord avec la littérature et les recherches subséquentes, les auteures ont conclu que l'absence de support familial augmente la détresse

psychologique. Elles précisent également que l'impact négatif de la séparation avec la famille a pu être atténué en raison du maintien des installations et des communications téléphoniques avec la famille durant l'ouragan. Des recommandations à la direction de l'hôpital sont également émises afin de supporter les infirmières aux plans organisationnel et psychologique lors d'interventions en situation de désastre.

Auteurs

Weinrich *et al.* (1990)

Types d'intervenants

Étudiantes en sciences infirmières et membres du personnel de la faculté

Événement

Ouragan Hugo en Caroline du Nord (1989)

Résultats et faits saillants

Cet article rend compte des premières observations et interventions de support assurés par des étudiantes et des membres du personnel de la faculté dans les deux semaines suivant l'ouragan. À l'arrivée sur les lieux, le groupe fut frappé par la consternation de la communauté (McClellandville) qui se retrouvait sans services (électricité, eau, téléphone). Les étudiantes sont allées de porte en porte pour s'enquérir des difficultés et des besoins physiologiques des victimes, pour évaluer leurs problèmes psychologiques et pour faire de la prévention sanitaire et immunitaire. (Des consignes de sécurité et de transfert en cas de psychopathologie majeure furent préalablement données aux étudiantes.) Les étudiantes ont fait part d'une forte frustration reliée au manque de services et de biens de première nécessité qui les empêchait de répondre aux besoins de la population sinistrée. Une proportion de 55% des participantes ont observé de la confusion chez les sinistrés, 45% ont noté de l'irritabilité, de la léthargie (39%), une attitude de retrait (37%) [266] et des pleurs (29%). Les stratégies d'adaptation le plus souvent observées par les étudiantes chez les sinistrés furent le fait de parier de l'ouragan (95%), l'humour (82%), la spiritualité (74%) et l'altruisme (47%). L'expérience des étudiantes fut généralement perçue par ces dernières comme personnellement et professionnellement enrichissante.

Auteurs

Werner *et al.* (1992)

Types d'intervenante

Personnel bénévole engagé lors d'accidents routiers (membres de la Victoria State Emergency Service)

Événements

Incidents auxquels les intervenants avaient participé antérieurement et ayant provoqué un stress important

Résultats et faits saillants

Les objectifs de l'étude étaient d'identifier les aspects des situations qui provoquent un incident de stress critique (CIS), d'indiquer quelles sont les réactions de stress vécues par les intervenants durant et après l'incident, et les méthodes d'adaptation utilisées pendant et après l'incident. À cet effet, les CIS furent examinés chez des bénévoles qui portaient assistance aux équipes de première ligne lors d'accidents routiers et qui avaient vécu de fortes réactions émotionnelles ayant le potentiel d'interférer dans leur fonctionnement. Ces bénévoles offraient également du support aux victimes. Au moment de l'enquête, ces bénévoles ne bénéficiaient pas de formation standardisée ou de support relevant de stratégies opérationnelles. Pour la majorité des sujets (23), l'incident critique était survenu dans les cinq années précédant l'enquête. Neuf sujets ont mentionné que l'incident critique, lorsqu'il s'était produit, avait eu un impact modéré sur eux, huit l'évaluaient comme fort, tandis que huit autres le percevaient comme grave. Les aspects les plus importants associés aux incidents critiques furent la présence d'enfants ou de jeunes personnes lors de l'incident, la première expérience avec la mort ou de multiples décès, l'atrocité de l'incident, le manque de préparation pour l'incident, le nombre important de décès ou de blessures et l'association avec les victimes. Vingt-cinq pour cent des répondants ont mentionné qu'ils subissaient toujours, au moment de l'enquête, des réactions de stress lié à l'incident critique rapporté. Dans l'ordre, pendant l'incident, les réactions de stress furent regroupées dans les catégories suivantes : l'absence de réaction, les réactions cognitives, les

réactions émotionnelles, les réactions physiologiques et le comportement d'évitement. Après l'incident, les réactions au stress furent cognitives, émotionnelles, physiologiques et comportementales ; il y eut aussi la réexpérimentation de l'événement. Les principales stratégies d'adaptation utilisées pendant l'incident furent de demeurer actif et de se dégager émotivement (72% / 56%). Les interactions avec les autres intervenants furent aussi utilisées par 20% des répondants. Les stratégies d'adaptation les plus utilisées après l'incident furent la discussion, le *débriefing* et l'évitement cognitif. La majorité (96%) a aussi mentionné qu'elle percevait l'incident critique vécu précédemment comme pouvant davantage l'aider lors d'une intervention future plutôt que lui nuire.

[269]

Sinistres et intervenants. Essai.

Annexe II

Définition des termes «désastres»,
«catastrophes naturelles et technologiques»
et «événements traumatisants»
selon certains auteurs

[Retour à la table des matières](#)

Auteur

Barton, A. H. (1970), *Communities in Disaster*, New York : Anchor Books.

Définition

L'auteur définit les désastres comme étant une partie d'une plus large catégorie de situations de stress collectif qui surviennent lorsque plusieurs membres d'un système social ne reçoivent pas les conditions de vie attendues de ce système.

Auteurs

Baum, A. *et al.* (1983). Coping with Victimization by Technological Disaster, *Journal of Social Issues*, 39 (2) : 117-138.

Définition

Les désastres technologiques seraient définis comme des accidents impliquant l'écroulement de systèmes élaborés par les humains.

Auteurs

Baum, A. *et al.*, (1983), in *Environment and Behavior*, 15 (3), May, Sage Publications Inc. : 333-354.

Définition

Désastre naturel et catastrophe technologique : ces deux événements s'apparentent par leur soudaineté, leur puissance et leur pouvoir de destruction. Les désastres naturels sont des événements familiers. Ils incluent des assauts climatiques et météorologiques forts et soudains, ce sont les blizzards, les inondations, les ouragans, les tornades, etc. Les avalanches, tremblements de terre, glissements de terrain, etc. sont aussi des catastrophes naturelles et les catastrophes biologiques sont des fléaux et des destructions de récoltes. Ils peuvent apparaître n'importe où ; néanmoins, certains ont tendance à survenir dans des régions particulières. Certaines caractéristiques leur sont rattachées.

[270]

1. La soudaineté : ils surviennent habituellement très rapidement et de façon inattendue ; l'habileté à les prévoir est aussi moindre. Le temps d'avertissement est d'environ quelques heures, même si certaines tempêtes sont imprévisibles totalement. Certains, comme les tremblements de terre, ne donnent pas de possibilité d'avertissement.
2. La force : les désastres naturels sont aussi très forts. Ils peuvent avoir une magnitude causant la mort et une grande destruction.
3. La destruction : la force du désastre est aussi reflétée dans le fait de causer des dommages visibles à la propriété. Il s'ensuit une période de reconstruction et de rétablissement.
4. La prédictibilité : certaines formes de désastres sont prédictibles. Les inondations sont souvent prévues quelques jours avant d'atteindre leur sommet.

5. Le point faible (« low point ») : une autre caractéristique des désastres naturels est ce que nous avons convenu d'appeler le « low point » ; à ce moment donné, le pire est passé. C'est aussi le moment où les dommages et les perturbations sont les plus grands.

Les catastrophes technologiques sont moins fréquentes, donc moins familières. Comme les désastres naturels, elles incluent la force et la soudaineté qu'on peut constater dans les effondrements de ponts, les ruptures de digues, les accidents industriels et les collisions navales. Elles peuvent aussi inclure l'aspect de toxicité dans certains cas. Les catastrophes technologiques font référence aux caractéristiques suivantes :

1. La soudaineté : l'impact de ce type de désastre est soudain et il y a généralement peu d'avertissement et peu de temps pour se mettre en sécurité. La durée est une autre question puisqu'elle ne peut qu'être difficilement associée à la soudaineté qui n'inclut pas les suites qui peuvent découler ou la fin de l'impact qui peut être plus difficile à évaluer dans ce type de désastres.
2. La force : les catastrophes technologiques sont aussi très fortes et peuvent causer une plus grande dévastation.
3. La prédictibilité : la technologie n'est pas construite pour se détruire. Parce qu'elles sont supposées ne jamais se produire, ces catastrophes sont difficiles à prédire. Les digues ne sont pas supposées se rompre ; ainsi, on ne peut généralement prédire quand de telles structures s'effondreront. Bien que l'inspection et l'examen d'une digue puissent suggérer un affaiblissement possible, bien souvent ces signes d'avertissements ne peuvent être prévus.

[271]

4. Le point faible (« low point ») : il appert que certains désastres technologiques les plus importants peuvent aussi être ceux qui sont sans point faible. Par exemple, dans le cas où les gens croient avoir été exposés à des radiations, ceux-ci demeurent incertains du degré de dommage qu'ils peuvent avoir subi. Un « low point » indique qu'à partir d'un certain moment, les choses iront en s'améliorant ; dans le cas d'un désastre technologique, ce n'est pas souvent le cas, le pire peut être à venir.
-

Auteurs

Belter, R.W. et M.P. Shannon (1993). Impact of Natural Disasters on Children and Families, in C.F. Saylor, *Children and Disasters*, Charleston, South Carolina : 85-103.

Définition

Un désastre, peu importe sa nature, est identifié par les caractéristiques de l'événement et de l'impact, et l'extension des dommages causés tant physiques, sociaux que psychologiques. Un événement, qui se situe à l'extérieur du monde ou de l'expérience quotidienne, qui affecte un grand nombre de personnes et cause des dommages assez sérieux pour susciter des demandes ou menaces qui excèdent les ressources et habiletés à s'adapter, peut être classifié comme un désastre.

Auteur

Bolin, R. (1989). Natural Disasters, in R. Gist et B. Lubin (Eds), *Psychological Aspects of Disaster*.

Définition

Selon l'auteur, les désastres naturels constituent une catégorie d'événements environnementaux qui, périodiquement, et avec des degrés d'intensité variables, exposent les systèmes humains à une variété de stress et de ruptures. Il est toutefois compliqué dans certains cas de faire la différence entre un désastre naturel et un désastre où l'humain a joué un rôle. En tant qu'agent stresser collectif, un désastre naturel semble créer une dynamique sociale différente de celle créée par d'autres agents.

Auteurs

Bravo, M. *et al.* (1990). Methodological Aspects of Disaster Mental Health Research, *Journal of Mental Health*, 19 (1) : 37-50.

Définition

Définition du désastre : une situation sociale grandement modifiée par [272] un agent physique environnemental qui cause ou menace sérieusement de causer de nombreux décès et blessures, des pertes matérielles et une souffrance humaine.

Auteurs

Kingston, W. et R. Rosser (1974). Disaster : Effects on Mental and Physical State, *Journal of Psychosomatic Research*, 18 : 437-456.

Définition

Les auteurs définissent les désastres comme des situations massives de stress collectif. Ils mentionnent aussi que les phénomènes psychologiques d'un désastre sont les conséquences des réactions de stress chez un individu combinées aux réactions de changements du milieu. En conséquence, la détresse psychique et la perturbation du comportement de l'individu ne peuvent être pleinement comprises ou gérées si celles-ci ne sont pas analysées comme des éléments de la perturbation et du déséquilibre du système social. Les auteurs parlent également des réactions des enfants qui doivent être comprises à travers la dynamique familiale (le contexte), dans les phases suivant immédiatement le désastre ; leurs réactions dépendent de la façon dont la réalité est filtrée à travers eux et ils sont le miroir de leurs parents. La plus importante crainte est la séparation des parents (à tous les âges) ; si celle-ci ne survient pas et que les parents s'adaptent bien, les enfants démontreront une crainte minimale du danger et peu d'anxiété. Les auteurs identifient les enfants de huit à douze ans, ayant une histoire de maladie physique ou émotionnelle, et provenant de familles instables comme étant les plus à risques. Ils identifient aussi un autre groupe à risque : les personnes âgées, qui sont susceptibles de moins recevoir les avertissements (les reçoivent plus tard), veulent moins quitter leur domicile, centrent plus leur attention sur leur famille immédiate et moins sur les autres membres de la communauté, et sont plus particulièrement à risque pour

les blessures physiques, mais moins pour les dommages psychiatriques, quoique de brèves réactions de dépression agitée avec confusion soient communes. En général, les personnes âgées vivent un sens de privation plus profond que les plus jeunes ; cela reflète l'improbabilité réelle que leur état ne revienne à la même forme qu'avant. Quoiqu'il fût démontré de façon évidente que les désastres altèrent les affects, les idées, les attitudes et la santé physique de ceux qui sont exposés, il y a peu de littérature orientée sur les aspects psychiatriques. Les réactions sont souvent l'incapacité fonctionnelle, la somatisation et de réelles maladies physiques qui conduisent le patient à consulter, et peu de patients sont identifiés comme des patients psychiatriques avec des anormalités formelles de leur état mental. En ce qui a trait à la réponse au stress, la plus commune est la névrose de stress post-traumatique

[273]

Auteurs

Logue, J.N., M. Melick et E.L. Struening (1981). A Study of Health and Mental Health Status Following a Major Natural Disaster, *Research in Community and Mental Health*, 2 : 217-274.

Définition

Les désastres sont habituellement divisés en deux catégories : naturels et de cause humaine, selon l'agent causal. Récemment, la définition des désastres causés par l'homme a été extensionnée pour inclure les événements qui sont le résultat de manquements technologiques ou d'autres menaces à la balance écologique, lesquels sont le résultat de la technologie ou de ce qui est produit par elle. De tels événements peuvent être de nature chimique, biologique, mécanique, électrique ou nucléaire, pour citer le plus d'exemples possible. La période de rétablissement est définie par les auteurs comme étant l'intervalle de temps s'étendant de l'impact à environ deux ans de post-impact.

Auteurs

Norris, F.H. (1992). Epidemiology of Trauma : Frequency and Impact, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (3) : 409-418.

Définition

Quelques aspects sont retenus pour la définition de l'événement traumatisant. Il y a par ailleurs un débat sur ce qui constitue exactement un événement traumatisant. The American Psychiatric Association (1987) définit un événement traumatisant comme en étant un « qui se situe à l'extérieur de l'échelle des expériences humaines habituelles et qui peut être visiblement affligeant pour presque n'importe qui » (p. 250). Selon cette vision, certaines expériences sont qualifiées a priori comme traumatisantes (ex. menace à la vie, destruction de maison, etc.) tandis que d'autres ne le sont pas (ex. divorce, maladie, etc.).

Breslau et Davis (1987) et Solomon et Canino (1990) ont plutôt soutenu que ce qu'il est important de savoir est si l'événement produit un choc chez l'individu, peu importe sa forme. En accord avec cela, un événement traumatisant devrait être défini comme n'importe quel événement qui produit les symptômes de stress traumatique (intrusion, engourdissement et éveil).

Pour les objectifs de recherche, Norris (1990) a proposé une définition plus restrictive impliquant selon elle de violentes rencontres avec la nature, la technologie ou l'espèce humaine. Elle a davantage défini un événement violent comme en étant un qui marquait par sa soudaineté ou sa force extrême et qui impliquait un agent externe. La violence [274] interpersonnelle peut être l'exemple le plus manifeste, mais la définition inclut facilement d'autres menaces à la sécurité publique comme un incendie, un désastre, une évacuation et les accidents de véhicules. En partant de cette perspective, les événements traumatisants sont un sous-ensemble d'une plus large population d'événements de la vie, car ils renferment des propriétés communes. Les événements traumatisants sont ensuite définis objectivement, laissant leurs conséquences pour des états subjectifs de stress comme un problème empirique. Bien sûr, il est raisonnable d'assumer que n'importe quel événement dans cet ensemble est capable de renfermer une peur ou une aversion extrême.

Malgré certaines limitations, la recherche épidémiologique sur les traumatismes est croissante depuis les dernières années. Ces études ont mis l'accent sur la prévalence du SSPT à la suite des expériences spécifiques comme les désastres (Robin *et al.*, 1986 - 4%) et les vétérans du Vietnam (Kulka *et al.*, 1990 - 15%). Les premiers estimateurs de la prévalence totale de SSPT dans la population générale ont été Helzer, Robins et McEvoy (1987). Selon les outils utilisés, le DIS et le

ECA St-Louis Site, il appert que seulement 1% de la population totale rencontre tous les critères pour le SSPT à vie. Davidson, Hughes, Blazer et George (1991), utilisant le Piedmont ECA, arrivent à des résultats similaires. La mesure du DIS fut contestée par Solomon et Canino et par Kulka *et al.* (1990) et révisée. Utilisant une version révisée chez un échantillon de 1 000 adultes de 21 à 30 ans, Breslau *et al.* (1990) ont conduit une étude repère dans ce domaine. Leurs estimations de la fréquence d'événements traumatiques (39%), de la prévalence à vie de SSPT chez la population exposée (24%) et de la prévalence à vie de SSPT chez la population générale (9%) excédaient de loin les estimations précédentes. Ils ont aussi estimé le SSPT chronique à 3,4%, ce qui correspond à plus du tiers du taux de prévalence à vie.

Auteurs

Powell, J.W. et J. Rayner (1952). *Progress Notes : Disaster Investigation*, July, 1, 1951 ; June 30, 1952, Edgewood, Maryland : Army Chemical Center, Chemical Corps Medical Laboratories.

Définition

Les auteurs suggèrent une certaine division d'un désastre en plusieurs périodes : 1) avertissement, 2) menace, 3) impact, 4) inventaire, 5) secours, 6) soulagement, 7) rétablissement. La période de soulagement (remedy) qui suit les opérations de secours immédiates (rescue) est la période durant laquelle plus d'activités délibérées et formelles sont entreprises pour soulager la population. Ces auteurs ont décrit la période [275] de rétablissement (recovery period) comme une période pendant laquelle les individus et la communauté recouvrent leur stabilité précédente ou achèvent leur adaptation aux conditions changées qu'a amenées le désastre. La durée de cette période peut varier de plusieurs mois à plusieurs années suivant le désastre, et sa fin est plus ou moins subjectivement définie.

Auteurs

Rubonis, A.V. et L. Bickman (1991). Psychological Impairment in Wake of Disaster : the Disaster-psychopathology Relationship, *Psychological Bulletin*, 109 (3) : 384-399.

Définition

Selon les auteurs, un désastre est défini comme un événement avec un début relativement soudain et identifiable qui est causé par des facteurs externes ou environnementaux et qui est associé à des effets défavorables chez un groupe d'individus.

Fin du texte