

**RÉPERCUSSIONS DE LA TEMPÊTE DE VERGLAS
CHEZ LES INTERVENANTS DU SAGUENAY—
LAC-SAINT-JEAN AYANT ŒUVRÉ EN
MONTÉRÉGIE LORS DE L'APPLICATION DES
MESURES D'URGENCE**

Danielle MALTAIS, Ph.D.
Suzie ROBICHAUD, Ph.D.
Guy MOFFAT, M.Sc.
Anne SIMARD, M.Sc.

En janvier 1998, lors des premiers symptômes d'une prolongation de la tempête et de ses effets catastrophiques, plusieurs institutions publiques dont les CLSC, les hôpitaux et les centres d'hébergement et de soins prolongés (CHSLD) se sont mobilisés dans tout le territoire québécois pour déployer leurs plans de mesures d'urgence et identifier des intervenants prêts à se rendre en Montérégie pour supporter les intervenants et apporter de l'aide et du soutien aux victimes. Au Saguenay—Lac-Saint-Jean, les institutions publiques ont été sollicitées par la Régie régionale de la santé et des services sociaux afin de mobiliser leurs intervenants. Des centaines de travailleurs sociaux, d'infirmières, d'auxiliaires familiales, de psychologues et de retraités de la fonction publique ont alors manifesté leur intérêt et se sont rendus sur les lieux pendant sept jours consécutifs.

Un tel déploiement d'employés risque de perturber la prestation des services de santé et sociaux et les intervenants impliqués auprès des sinistrés peuvent faire face à de multiples stress et à des problèmes de santé pré et post désastre. Dans cette perspective, il devenait fort utile de recueillir le point de vue des gestionnaires et des intervenants du Saguenay—Lac-Saint-Jean en ce qui concerne leur implication en Montérégie et les conséquences de celle-ci sur leur santé biopsychosociale et leur performance au travail.

RECENSION DES ÉCRITS

Ce n'est que récemment que les gestionnaires d'organismes ou d'institutions ont commencé à porter de l'intérêt au sujet des conséquences de l'application des mesures d'urgence sur la santé biopsychosociale des intervenants et sur la performance au travail (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, 1990 ; Smith et de Chesnay, 1994 ; Taylor et Frazer, 1982). Néanmoins, les informations recensées dans la littérature font part de multiples répercussions et d'effets sur la santé physique et psychologique des intervenants et sur leur vie sociale et professionnelle (Maltais, Robichaud et Simard, 2001). Par exemple, Gibbs *et al.* (1993) mentionnent que plusieurs malaises sont ressentis par les intervenants engagés dans le soutien aux victimes lors d'un sinistre. Ils font état de la présence de problèmes de sommeil, de maux d'estomac, de douleurs musculaires, de problèmes cutanés et de gripes. Pour leur part, Berah *et al.*, (1984), Laube-Morgan (1992) et Shepherd et Hodgkinson (1990) soulignent que la perte d'énergie ou d'entrain, la vulnérabilité aux accidents domestiques ou routiers, les problèmes gastro-intestinaux, la tension, la fatigue et l'épuisement physiques sont également des résultantes négatives du stress vécu par les intervenants lors de l'intervention en situation d'urgence. Au plan professionnel, le stress vécu pendant l'intervention peut aussi susciter le manque d'investissement au travail ainsi que la diminution de la performance ou de la productivité lors du retour aux tâches habituelles (Ducxworth, 1991 ; Hartsouhg, 1985 ; Mitchell, 1983 ; Smith et de Chesnay, 1994). Mitchell (1998) a attiré également l'attention sur certains signes et symptômes cognitifs, dont le ralentissement de la pensée, la difficulté à prendre des décisions ou à résoudre des problèmes, la confusion, la désorientation (temps et espace), la difficulté à calculer et à se concentrer, les problèmes à nommer des objets communs, le retour constant d'images ou de souvenirs de l'événement, les cauchemars, etc.

Plusieurs variables peuvent augmenter ou réduire les conséquences de l'intervention en situation d'urgence. Mentionnons, entre autres, les caractéristiques sociodémographiques des intervenants, leurs traits de personnalité, l'expérience acquise, la formation scolaire

ainsi que les facteurs organisationnels (Gibbs *et al.*, 1993 ; Lane, 1993-1994 ; Shepherd et Hodgkinson, 1990 ; Warheit, 1985). À ce sujet, certains chercheurs concluent à une prédisposition à une symptomatologie réduite en fonction d'un âge plus avancé (Durham *et al.*, 1985 ; Raphael *et al.*, 1991 ; Shepherd et Hodgkinson, 1990 ; Taylor et Frazer, 1982) ou plus importante en considération du sexe féminin (Revicki et Gershon, 1996 ; Robinson et Mitchell, 1993). Nivet *et al.* (1989) évoquent aussi qu'un choc émotionnel initial est davantage constaté chez les intervenants peu expérimentés et les bénévoles moins préparés. Pour leur part, Mitchell et Dyregrov (1993) relatent que les intervenants qui s'engagent ponctuellement dans les mesures de support aux sinistrés sont plus susceptibles de réagir négativement comparativement à ceux dont c'est la principale occupation.

OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

Cette recherche réalisée auprès de 166 personnes poursuivait trois objectifs principaux. Le premier visait à documenter les conséquences qu'a eues la tempête de verglas sur la prestation des services de santé et sociaux du Saguenay—Lac-Saint-Jean. Le deuxième avait pour objet d'identifier les effets qu'a eus l'implication des intervenants sur leur santé biopsychosociale et leur performance au travail. Le dernier objectif voulait recueillir le point de vue des répondants sur la gestion de la crise.

MÉTHODOLOGIE

Afin d'atteindre les objectifs de recherche, trois techniques de cueillette des données ont été privilégiées auprès des intervenants ou auprès des gestionnaires : les rencontres de groupe, le questionnaire auto-administré et l'entrevue téléphonique. Au total, 156 intervenants ont soit rempli un questionnaire auto-administré (N=140), soit participé à une des deux rencontres de groupe (N=16) et dix gestionnaires ont répondu à une entrevue par téléphone. Le taux de réponse des intervenants est de 53,1 %, tandis que celui des gestionnaires s'élève à 90,9 %. La cueillette d'information a été réalisée entre le 20 janvier et le 30 mars 1999.

Pour les rencontres de groupe, un guide d'entrevue comprenant cinq grands thèmes de discussion a été utilisé. Ces thèmes permettaient d'obtenir des informations sur les difficultés, les problèmes vécus, les facteurs de stress et les situations les plus dérangeantes vécues par les répondants lors de leur préparation, de leur accueil en Montérégie, de leur travail en situation d'urgence et lors de leur retour au Saguenay—Lac-Saint-Jean. Une question ouverte abordait également le pire et le meilleur souvenir des intervenants. Une fiche signalétique distribuée à chaque participant permettait d'obtenir des informations sociodémographiques sur les intervenants participant aux rencontres de groupe (sexe, âge, statut matrimonial) ainsi que des renseignements sur les activités réalisées en Montérégie (lieux et horaires de travail, durée de l'engagement, types de tâches accomplies, conditions d'hébergement, formation ou non en mesures d'urgence).

Le questionnaire auto-administré comprenait soixante-douze questions à choix multiples (plusieurs cases à cocher) ou forcés (une seule case à cocher). Huit grandes sections composaient le questionnaire et visaient à obtenir des informations sur les préparatifs de départ, l'accueil et l'hébergement, la planification et l'organisation du travail, les principaux stressors, les conséquences de l'intervention sur la santé biopsychosociale, les stratégies d'adaptation utilisées, l'état de santé actuel et les caractéristiques sociodémographiques des répondants.

Pour sa part, le guide d'entrevue téléphonique à l'intention des gestionnaires regroupait les thèmes suivants : les conséquences de l'engagement de leur organisme sur la prestation des soins et des services psychosociaux, les conséquences de l'application des mesures d'urgence sur la santé biopsychosociale et sur la performance au travail des intervenants ainsi que les leçons à tirer de la participation de leur établissement aux mesures d'urgence en Montérégie.

LES RÉSULTATS DES RENCONTRES DE GROUPE

La majorité des intervenants sélectionnés (87 %) provenait des CLSC et était de sexe féminin (N=11/16). Parmi les huit infirmières

ayant participé à l'une ou l'autre des rencontres de groupe, une seule avait reçu une formation en intervention en mesures d'urgence, tandis que cette situation se constatait chez la moitié des intervenants sociaux (N=4/8). Presque tous les intervenants ont séjourné en Montérégie au moins une semaine. Seulement deux des participants y sont demeurés plus longtemps. Les infirmières ont été principalement affectées dans les centres d'hébergement de la Régie régionale en raison des besoins de santé qui s'imposaient. Quant aux intervenants sociaux, ils étaient répartis dans les polyvalentes ou les écoles, là où les besoins sociaux étaient plus criants. La plupart des répondants ont travaillé entre huit et douze heures quotidiennement.

Malgré la peur du froid, les intervenants considéraient important de se rendre Montérégie parce qu'ils estimaient posséder les connaissances et les habiletés nécessaires pour faire face aux défis que représente l'intervention en situation d'urgence. Le fait que des intervenants de toutes les régions sociosanitaires du Québec se soient portés volontaires lors des inondations de juillet 1996, le sentiment de pouvoir se rendre utiles ainsi que la possibilité de relever de nouveaux défis représentent les principaux facteurs ayant encouragé les répondants à se rendre en Montérégie. Toutefois, lors de leur arrivée, les intervenants sociaux ont été surpris de constater la présence de plusieurs lacunes au plan de l'organisation et de la planification des opérations. Aux dires de ces intervenants, tout semblait improvisé et les responsables régionaux ne paraissaient pas reconnaître les besoins sociaux des victimes. Ce fut donc la déception générale, car la répartition des effectifs était insatisfaisante et à leur arrivée dans les centres de dépannage, les travailleurs sociaux devaient effectuer une multitude de tâches dans des conditions organisationnelles et matérielles déficientes : définition inadéquate des tâches, absence de planification du travail, épuisement des intervenants locaux, méconnaissance des besoins psychosociaux de la clientèle et mauvaise gestion de la crise. Devant ce constat, les intervenants sociaux ont d'abord orienté leurs interventions vers l'amélioration des conditions d'hébergement des victimes : organisation et aménagement des lieux de repos et des dortoirs. Par la suite, les intervenants ont principalement participé à la résolution de conflits entre sinistrés, au contrôle et à la prévention des situations de violence physique et sexuelle ainsi qu'à la surveillance de la consommation de boissons alcoolisées et de

drogues. Les intervenants ont également fait face à la détresse psychologique des sinistrés, ayant même dû intervenir pour prévenir des tentatives de suicide. Malgré ces difficultés, les intervenants sociaux ont apprécié les échanges qu'ils ont eus avec leurs collègues de la Montérégie et ont constaté qu'ils étaient capables de réagir rapidement.

Contrairement aux travailleurs sociaux, les infirmières considèrent qu'elles ont été très bien accueillies malgré un temps d'attente assez long avant d'être assignées à des tâches. Leurs responsabilités ont été diverses. Les principales tâches mentionnées par les participantes ont été l'évaluation de l'état de santé de sinistrés, les renvois de bénéficiaires à des médecins, la prestation de premiers soins (aux enfants en particulier), la gestion de prise de médicaments chez les personnes fragiles et la surveillance de l'évolution de la santé de certains sinistrés. Les répondantes ont aussi assuré des soins d'hygiène, identifié les personnes en difficulté et appliqué des mesures préventives à l'apparition de maladies infectieuses.

Certaines infirmières considèrent que les changements fréquents de centres d'hébergement ont rendu leur séjour moins agréable. De plus, ces dernières ont aussi constaté que les intervenants provenant de la Montérégie étaient épuisés mais non conscients de leur réalité et de leurs besoins de repos. Certaines infirmières ont aussi précisé que leur travail a été réalisé dans des conditions très difficiles : espaces restreints, absence d'équipement de base, état pitoyable des installations d'hygiène et des conditions d'hébergement, demandes excessives de certains sinistrés, situations d'abus et de négligence envers les enfants. Malgré ces difficultés, les intervenantes de la santé ont apprécié leur séjour, surtout à cause de l'accueil qu'elles ont reçu des intervenants et des sinistrés, du support de leurs collègues et des marques journalières d'appréciation des gestionnaires de la crise.

Plusieurs participants, qu'ils soient travailleurs sociaux ou infirmières, ont toutefois fait part de l'existence de malaises et de problèmes de santé durant leur séjour et lors de leur retour à domicile. Pendant leur séjour en Montérégie, les problèmes les plus souvent mentionnés sont les gripes, les pneumonies, les bronchites, la fatigue extrême et la présence de troubles de sommeil. Au retour, certains

participants ont souligné l'apparition de ces mêmes problèmes de santé physique accompagnés toutefois de pertes d'énergie, de manque de motivation, de surcroît de travail et de perte d'intérêt pour les activités professionnelles. La reprise de la routine fut particulièrement difficile et, au plan personnel, certains participants ont fait part de difficultés relationnelles avec leur conjoint et leurs enfants.

LES RÉSULTATS DES ENTREVUES TÉLÉPHONIQUES

Dans l'ensemble, les gestionnaires des établissements de la région du Saguenay—Lac-Saint-Jean déclarent avoir cherché à préserver la distribution des services essentiels ; toutefois, certains ont souligné que quelques programmes préventifs ont été suspendus ou retardés, de nombreux rendez-vous ont été déplacés et des usagers ont été inscrits sur une liste d'attente faute de pouvoir être rencontrés par un intervenant.

Selon ces répondants, la majorité des intervenants à leur retour ont démontré une grande fatigue et des difficultés d'adaptation à leur ancienne routine. En plus de l'épuisement physique et des symptômes de la grippe, les gestionnaires ayant participé à la cueillette des données considèrent que les intervenants reprenaient leur travail régulier avec peu d'enthousiasme. Plusieurs personnes ont aussi été contraintes de prendre des journées de repos ou des congés de maladie en raison de problèmes de santé développés au cours de leur séjour en Montérégie ou au retour en région. Certains des gestionnaires ont perçu un ralentissement et une baisse de rendement au travail chez leur personnel. Même si les intervenants ont formulé plusieurs critiques sur l'organisation des mesures d'urgence, les gestionnaires ont tous mentionné que ceux-ci avaient manifesté beaucoup de satisfaction et de fierté pour le travail accompli.

Selon les commentaires des gestionnaires, les impacts du retour ont été beaucoup plus remarqués dans les milieux où les intervenants sélectionnés provenaient du personnel régulier. Les intervenants qui souhaitaient participer à l'opération verglas et qui n'avaient pas été choisis ont également manifesté leur déception. Seulement quelques gestionnaires ont organisé des sessions de *debriefing* ou d'évaluation de l'opération avec leur personnel. Certains croient cependant

qu'ils auraient dû procéder à l'organisation de ces procédés de rétroaction malgré les difficultés qui s'imposaient.

Les gestionnaires reconnaissent que l'expérience de l'intervention en Montérégie vient confirmer la pertinence d'une formation adéquate des intervenants et le développement de plans d'urgence. Les répondants soulignent l'importance d'offrir des horaires de travail adéquat, d'éviter le surcroît de travail ainsi que le prolongement des heures et des semaines de travail. En conséquence, un système de gestion des horaires devrait être développé pour faciliter la tâche des responsables et assurer une meilleure répartition des effectifs. Les répondants évoquent la pertinence de bien évaluer les demandes des régions en difficulté et la nécessité de nommer un responsable de groupe afin d'assurer de bonnes communications entre les établissements. Les processus de communication entre les directions locales et régionales devraient également être clarifiés et respectés.

LES RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE AUTO-ADMINISTRÉ

Au total, 140 intervenants (travailleurs sociaux, infirmières, auxiliaires familiales, psychologues et retraités) ont rempli le questionnaire auto-administré. Les femmes représentent la majorité des répondants (85,6 %) et l'âge moyen des participants est de 43 ans. Plus du tiers des intervenants possèdent un baccalauréat (38,8 %) ou un diplôme d'études collégiales (38,1 %). La majorité des répondants (60,1 %) provient du secteur de la santé, et plus d'un intervenant sur deux (53,6 %) occupe un emploi permanent à temps plein ou à temps partiel. La plupart des intervenants ont plusieurs années d'expérience de travail à leur actif, car 74,4 % des répondants ont cumulé onze ans ou plus d'expérience tandis que seulement 26,1 % avaient déjà reçu une formation en intervention psychosociale en cas de sinistres. Ce pourcentage est toutefois plus élevé chez les travailleurs sociaux, car plus de 62,5 % de ceux-ci avaient déjà suivi cette formation avant d'intervenir en Montérégie. Les centres locaux de service communautaire (CLSC), les centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD) et les centres hospitaliers de courte durée (CH) constituent les principaux employeurs des répondants. En ce qui a trait à l'expérience antérieure lors d'un sinistre, les intervenants sociaux se démarquent significativement de leurs collègues infir-

mières, car 77,1 % des premiers répondants ont déjà vécu une expérience antérieure contre seulement 23,2 % pour les infirmières.

Les intervenants ont dû effectuer de nombreux préparatifs avant de se rendre en Montérégie. Les principales démarches identifiées par les répondants sont d'abord d'ordre professionnel, puis matériel et familial. Le manque d'information sur les conditions de travail et d'hébergement a rendu la préparation difficile et a entraîné de l'incertitude et de l'improvisation. La majorité des répondants ont dû effectuer des achats ou emprunter du matériel (64,5 %) et près d'un intervenant sur deux (43,5 %) a dû remettre à plus tard des rendez-vous avec la clientèle.

Un peu plus d'un intervenant sur cinq (20,5 %) a dû composer avec des réticences ou des désaccords exprimés par des membres de la famille face à son départ vers la Montérégie. Dans l'ensemble, un intervenant sur cinq ne se sentait pas prêt physiquement, mentalement ou professionnellement à intervenir en Montérégie. On ne note pas de différence significative quant aux variables sexe, formation antérieure, formation scolaire ayant pu agir sur le sentiment d'être ou non préparé à l'intervention. Cependant, une différence significative ressort au regard de l'expérience antérieure en mesures d'urgence : les intervenants n'ayant pas vécu une telle situation (31,9 %) se sentaient moins préparés au plan professionnel comparativement à ceux l'ayant vécue préalablement (11,1 %). Cette variable n'intervenait toutefois pas significativement au plan de la préparation physique ou mentale.

Les appréhensions qui semblent avoir été ressenties le plus intensément par l'ensemble des intervenants sont la crainte de souffrir du froid, la peur de manquer de sommeil et de subir des horaires de travail trop lourds ainsi que de vivre des situations difficiles. Les craintes éprouvées par les intervenants semblent aussi s'être manifestées différemment au regard de la formation. Bien qu'aucune différence significative n'ait été notée, on remarque que pour tous les types de craintes, celles-ci sont toujours ressenties plus intensément chez les intervenants ayant reçu une formation en mesures d'urgence. En ce qui a trait au domaine d'emploi, il appert que les intervenants sociaux ont ressenti significativement plus de craintes

de subir des horaires de travail trop lourds comparativement aux intervenants de la santé et aux retraités.

Tout comme les intervenants ayant participé aux deux rencontres de groupe, les répondants ayant rempli le questionnaire auto-administré considèrent que les responsables de l'application des mesures d'urgence de la Montérégie n'ont pas eu suffisamment de temps pour les accueillir correctement parce qu'ils étaient débordés et contraints d'agir rapidement pour évaluer les besoins de la population et pour mettre en place les ressources requises. Les intervenants considèrent également que les responsables des mesures d'urgence n'ont pu accorder le temps nécessaire à la planification de leur travail ainsi qu'à la répartition des tâches. On ne peut donc s'étonner que la majorité d'entre eux (72,2 %) aient exprimé une certaine insatisfaction au regard de la période d'attente qu'ils ont eu à subir lors de leur arrivée en Montérégie. Près d'un intervenant sur deux (44,5 %) a également noté des lacunes au plan de l'identification adéquate des besoins des sinistrés.

Les intervenants ont dû effectuer une multitude de tâches afin de répondre aux besoins de la population sinistrée et pour supporter leurs collègues de la Montérégie. Ces tâches ont été réalisées dans deux sphères principales : les soins directs aux sinistrés et la gestion du personnel. Il va sans dire que les intervenants en soins de santé se sont investis à un degré significativement plus élevé dans la prestation de soins de santé que les intervenants sociaux. La gestion de crise et de conflits ainsi que l'identification des personnes vulnérables et l'évaluation psychosociale furent des activités dans lesquelles les intervenants sociaux se sont significativement plus investis que leurs collègues de la santé. En ce qui a trait aux activités de gestion du personnel, plus de la moitié des répondants ont offert du soutien aux collègues et aux bénévoles. Relativement peu d'intervenants ont travaillé à la coordination des sites ou ont effectué des tâches administratives. Cependant, près d'un répondant sur trois a offert des séances de verbalisation aux intervenants ou aux sinistrés.

L'analyse des données recueillies auprès des répondants démontre l'absence de différences significatives au plan des difficultés rencontrées par les intervenants en fonction de leur formation scolaire

respective. C'est ainsi que dans l'ensemble, une proportion importante d'intervenants ont éprouvé des difficultés dans l'accomplissement de leurs tâches ou responsabilités. Ainsi, plus de la moitié des répondants confirment avoir rencontré des difficultés aux plans de la gestion des crises et des conflits et de l'identification des personnes vulnérables. Près d'un intervenant sur deux a également rencontré des obstacles lors d'évaluations psychosociales, d'activités d'accueil et d'orientation ou d'accompagnement et de support aux sinistrés. Quant à l'administration de soins de santé, elle a comporté des difficultés pour près d'une infirmière sur cinq.

Le manque de sommeil a constitué la principale contrainte pour les intervenants. Le manque d'endroits pour se reposer (42,3 %), le nombre insuffisant de douches (41,6 %), l'épuisement des intervenants locaux (32,6 %), les conflits de rôle chez les intervenants (29,9 %), le manque d'équipements et de matériel pour les soins physiques (21,9 %) ainsi que le constat de la vulnérabilité de certains sinistrés (21,2 %) ont représenté les principales situations ayant dérangé les répondants. En ce qui concerne les situations les ayant le plus dérangés, les répondants mentionnent que la coordination, la planification et l'organisation inadéquates des opérations ont constitué les principales composantes du stress vécu lors de leur séjour en Montérégie. Celles-ci sont identifiées sous formes de manque de vision, d'absence de directives, d'ambiguïté au plan de l'information et de la communication. Pour d'autres, ces composantes étaient associées à un manque de reconnaissance par les organismes en place de l'expertise et des compétences psychosociales détenues ou à des réticences des intervenants locaux à céder leur place, même lorsqu'ils étaient à bout de souffle. La prédominance de l'approche médicale par les responsables de la gestion de la crise, au détriment des besoins psychosociaux, ainsi que les conflits entre les professionnels de la santé ou entre le personnel syndiqué et des bénévoles ont aussi représenté des irritants majeurs. Des répondants ont aussi souligné que le non-respect des horaires de travail, les quarts de travail de trop longue durée, les inconvénients relatifs aux changements de quarts de travail ou de sites les ont aussi affectés. Les exigences liées à l'intervention ont aussi constitué des sources de stress pour certains intervenants. L'intransigeance et l'abus de la part des sinistrés, l'exposition à des conflits et à des mésententes entre ceux-ci et le constat de la vulnérabilité et de la solitude de

personnes hébergées sont alors évoqués. D'autres intervenants ajoutent que le manque d'égard, de respect et les attitudes agressives envers des sinistrés les ont fortement dérangés. La sélection ou la répartition aléatoire des clientèles dans les centres a également augmenté le degré de difficulté du travail des intervenants, de même que les réticences ou les refus de personnes âgées à quitter leur domicile.

Les difficultés vécues par les intervenants semblent avoir eu des impacts sur leur santé biopsychosociale, car 65,0 % des répondants ont déclaré avoir dû faire face à des problèmes de santé pendant leur séjour en Montérégie. Le manque de sommeil est le problème le plus souvent cité (56,4 %), suivi de la fatigue (45,7 %), de la grippe, bronchite ou pneumonie (19,3 %), de l'épuisement physique (13,6 %) et de la présence de tensions et de maux de dos (10,0 %). À leur retour au Saguenay—Lac-Saint-Jean, plus du tiers des répondants (35,1 %) ont éprouvé une grande fatigue, tandis que plus de 10 % des intervenants se sont sentis épuisés physiquement (12,7 %) ou mentalement (10,1 %) ou ont développé une grippe ou une bronchite (16,0 %). Comme le démontre le tableau 1, les intervenants ayant reçu une formation antérieure en mesures d'urgence sont significativement plus nombreux que ceux n'ayant pas suivi une telle formation à avoir éprouvé des problèmes de santé en Montérégie ou lors de leur retour dans leur région. Les intervenants sociaux, comparativement aux infirmières, se retrouvent également dans la même situation.

En ce qui concerne les conséquences de l'intervention en situation d'urgence sur la vie professionnelle des intervenants, plus du tiers des répondants mentionnent avoir manqué d'énergie à leur retour au Saguenay—Lac-Saint-Jean (35,0 %) et avoir souvent pensé au travail exécuté en Montérégie (39,4 %). De plus, 16,0 % des répondants ont éprouvé des problèmes de concentration et 7,9 % ont été dans l'obligation de prendre des congés de maladie. En général, les intervenants sociaux et les répondants ayant suivi une formation préalable en mesures d'urgence ont été plus affectés dans la poursuite de leurs activités professionnelles que les infirmières ou les intervenants n'ayant pas à leur acquis une formation en mesures d'urgence (tableau 2).

CONCLUSION

Les données recueillies auprès des intervenants et gestionnaires du Saguenay—Lac-Saint-Jean à la suite de la tempête de verglas démontrent assez clairement que les répercussions de l'intervention en situations d'urgence, même si celle-ci est de courte durée, peut avoir des conséquences négatives sur la santé biopsychosociale des intervenants et sur leur performance au travail. Il semble également que les intervenants sociaux et les répondants ayant suivi une formation antérieure en mesures d'urgence, comparativement aux infirmières et aux intervenants n'ayant pas suivi de formation préalable à l'intervention psychosociale en cas de sinistres, ont été beaucoup plus critiques face à la gestion de cette crise et plus insatisfaits des tâches qu'ils ont exécutées. De plus, ils sont également plus nombreux à avoir éprouvé des problèmes de santé pendant et après l'intervention, tout comme des problèmes de performance au travail lors de leur retour en région.

Tableau 1

Fréquences des problèmes de santé des intervenants en fonction de la formation antérieure en mesures d'urgence et de leur formation scolaire (%)

Problèmes de santé en Montérégie	Formation antérieure en mesures d'urgence		Formation scolaire	
	Oui	Non	I.S. ¹	Inf. ²
Fatigue	61,0	35,0	49,1	38,9
Douleurs musculaires	20,0	6,0		
Tensions	24,0	5,0	21,8	4,4
Perception que l'état de santé s'est dégradé	39,0	16,0		

1. Intervenant social

2. Infirmière

...suite

Tableau 1 (suite)

Problèmes de santé au retour	Formation antérieure en mesures d'urgence		Formation scolaire	
	Oui	Non	I.S. ¹	Inf. ²
Fatigue	51,0	28,0	50,9	28,6
Épuisement physique			20,0	11,6
Épuisement mental	29,0	5,0	20,0	7,1
Grippe, pneumonie			20,0	13,4
Tensions	12,0	1,0	9,1	0,9
Douleurs musculaires	15,0	7,0	10,9	3,6

1. Intervenant social

2. Infirmière

Tableau 2

Principaux problèmes rencontrés au travail en postintervention en fonction de la formation ou non en mesures d'urgence et de la formation scolaire (%)

Problèmes	Formation antérieure en mesures d'urgence		Formation scolaire	
	Oui	Non	T.S. ¹	S.I. ²
Perte d'énergie	51,0	30,0	50,0	29,6
Perte de concentration	35,0	10,0	29,2	9,8
Surcharge de travail	54,0	10,0	46,9	8,3
Perte d'intérêt	45,0	12,0	38,3	11,2

1. Baccalauréat – maîtrise en travail social

2. Baccalauréat – maîtrise en soins infirmiers

BIBLIOGRAPHIE

- 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*, vol. 18, p. 354-358.
- BRADFORD, R. et A.M. JOHN (1991). « The Psychological Effects of Disaster Work : Implications for Disaster Planning », *Journal of the Royal Society of Health*, vol. 111, n° 3, p. 107-110.
- 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, London and Toronto, University of Delaware Press and Associated University Presses, p. 128-144.
- DUCXWORTH, D.H. (1991). « Facilitating Recovery from Disaster-work Experiences », *British Journal of Guidance and Counselling*, vol. 19, n° 1, p. 13-22.
- DUNNING, C. (1990). « Mental Health Sequelae in Disaster Workers : Prevention and Intervention », *International Journal of Mental Health*, vol. 19, n° 2, p. 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*, vol. 14, n° 7, p. 664-668.
- GIBBS, M.S, J. DRUMMOND et J.R. LACHENMEYER (1993). « Effects of Disasters on Emergency Workers : a Review, with Implications for Training and Postdisaster Interventions », *Journal of Social Behavior and Personality*, vol. 8, n° 5, p. 189-212.
- HARTSOUGH, D.M. (1985). « 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, p. 1-44.
- LAMONTAGNE, H. (1983). *Des effets psychologiques des désastres sur le personnel opérationnel*, rapport préparé à l'intention de Planification d'urgence Canada.

- LANE, P.S. (1993-1994). « Critical Incident Stress Debriefing for Health Care Workers », *Omega*, vol. 28, n° 4, p. 301-315.
- LAUBE-MORGAN, J. (1992). « The Professional's Response in Disaster : Implications for Practice », *Journal of Psychosocial Nursing*, vol. 30, n° 2, p. 17-22.
- MALTAIS, D., S. ROBICHAUD et A. SIMARD (2001), *Sinistres et Intervenants*, Chicoutimi, Éditions JCL, coll. Au cœur des catastrophes.
- MITCHELL, J. (1983). « When Disaster Strikes... The Critical Incident Stress Debriefing Process », *Journal of Emergency Medical Services*, vol. 8, n° 1, p. 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*, p. 905-914.
- NIVET, P., J.M. ALBY et L. CROCQ (1989). « Les réactions émotionnelles chez les décideurs, les sauveteurs et les soignants », *Soins en psychiatrie*, vol. 106/107, p. 18-22.
- RAPHAEL, B., L. MELDRUM et B. O'TOOLE (1991). « Rescuers' Psychological Responses to Disasters », *British Journal Medical*, vol. 303, n° 6814, p. 1346-1347.
- REVICKI, D.A. et R.R.M. GERSHON (1996). « Work-related Stress and Psychological Distress in Emergency Medical Technicians », *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 1, n° 4, p. 391-396.
- ROBINSON, R. et J.T. MITCHELL (1993). « Evaluation of Psychological Debriefing », *Journal of Traumatic Stress*, vol. 6, n° 3, p. 367-382.
- 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*, vol. 89, p. 238-241.
- SHEPHERD, M. et P.E. HODGKINSON (1990). « The Hidden Victims of Disaster : Helper Stress », *Stress Medicine*, vol. 6, p. 29-35.

- SMITH, C.L. et M. DE CHESNAY (1994). « Critical Incident Stress Debriefing for Crisis Management in Post-traumatic Stress Disorders », *Medecine and Law*, vol. 13, p. 185-91.
- TAYLOR, A.J.W. et A.G. FRAZER (1982). « The Stress of Post-disaster Body Handling and Victim Identification Work », *Journal of Human Stress*, vol. 8, p. 4-12.
- WARHEIT, G.J. (1985). « A Propositional Paradigm for Estimating the Impact of Disasters on Mental Health », in B.J. Sowder (Ed), *Disasters and Mental Health : Selected Contemporary Perspectives*, Rockville, MD, National Institute of mental health, p. 196-214.