

**CATASTROPHES ET ÉTAT DE SANTÉ  
DES INDIVIDUS, DES INTERVENANTS  
ET DES COMMUNAUTÉS**

---

Sous la direction de Danielle Maltais  
Département des sciences humaines

Groupe de recherche et d'intervention régionales  
Université du Québec à Chicoutimi

Novembre 2002

**La publication de ce volume a été rendue possible grâce aux contributions financières des organismes suivants :**

**Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec  
Ministère de la Recherche, de la Science et de la Technologie du Québec  
Conseil de recherche en sciences humaines du Canada  
Gouvernement du Québec  
Université du Québec à Chicoutimi**

Coordination à l'édition : Suzanne Tremblay  
Correction linguistique : Roland Bourdeau  
Édition finale : Esther Cloutier

© Université du Québec à Chicoutimi  
Dépôt légal — 4<sup>e</sup> trimestre 2002

Bibliothèque du Canada  
Bibliothèque du Québec

ISBN : 2-920730-87-8

Distribution : GRIR  
555, boul. de l'Université  
Chicoutimi (Québec)  
G7H 2B1  
Tél. : (418) 545-5534  
Courriel : grir@uqac.ca

**Dans cet ouvrage, le masculin est employé sans discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.**

## PRÉFACE

---

Ghislain BOURQUE, Ph.D.  
Vice-recteur à l'enseignement et à la recherche  
Université du Québec à Chicoutimi

*Les sociologues sont aussi nécessaires que les sismographes : ils expliquent finement comment on aurait dû prévoir les catastrophes.*

*Je me suis marié deux fois : deux catastrophes : ma première femme est partie, ma deuxième est restée !*

Francis Blanche

**I**l arrive que la nature ait de l'imagination : qu'une rivière déborde son lit, qu'un lac contourne un barrage, que du verglas givre des lignes de transmission d'énergie, qu'une tornade change la disposition des personnes et des choses..., qu'une famine concoure à l'extermination de peuplades entières...

En ces cas, et pour quelques autres, certains moyens arrivent tant bien que mal à prévenir la venue de ce qu'il convient d'appeler des « catastrophes » :

- des moyens souvent scientifiques — si l'on pense aux tremblements de terre, ouragans, déluges, etc... ;
- des moyens parfois humanitaires quand il s'agit de famines, de fléaux qui affectent santé et sécurité (Médecins sans frontières, banques alimentaires, forces de l'ONU...).

Mais il arrive aussi que, par-delà la nature, l'humanité elle-même fasse montre d'imagination, que certains de ses actifs basculent dans des registres qui génèrent la catastrophe : des ouvrages mal conçus,

des suicides prenant des proportions de collectif, des actes aux ambitions terroristes...

Dans ces cas, dont la liste pourrait être beaucoup plus longue, on réalise rapidement que les moyens à prendre pour prévenir les désastres n'ont rien de définitif. Ainsi, outre les mesures disons classiques, Médecins sans frontières, SOS-suicide, organes de lutte au terrorisme, rien ne permet de définir les moyens humanitaires d'une manière stricte et durable. Rien ne permet de déterminer leurs capacités récurrentes et réutilisables.

Sur ce terrain qui est, rappelons-le, à la fois celui de la prévention et de l'intervention, non seulement la réalité nous rattrape mais, bien souvent, elle nous dépasse. Pensons ici aux événements de Waco, de Jonestown, de l'Ordre du Temple solaire, du World Trade Center, sans oublier les multiples écoles et collèges soumis au tir de quelque étudiant en détresse.

Le bilan n'est pas faisable. Et, par cette modeste introduction, je ne me suis pas donné pour mandat de le faire. Sauf que votre présence me convainc qu'un problème existe et qu'en son état, il y a accélération dans la progression des malheurs qu'il génère, de même qu'il y a diversification des modes sous lesquels il se manifeste.

Comprenons-nous bien, le problème ce n'est pas vous. C'est même tout le contraire. Puisque l'intérêt mêlé de compassion qui vous regroupe va permettre une plus profonde compréhension des gens et des choses impliqués dans ces événements que l'on sait malheureux.

À l'heure où les catastrophes ne nous sont plus racontées mais commentées en direct, il est aisé de croire que la majorité des gens qui composent nos populations se trouvent démunis. Que dans la bousculade des événements, médias, professionnels et victimes forment un tout difforme, trempent dans une même sauce à saveur de spectacle.

Pour se protéger, le bouclier doit-il être spatial ou social ? Qui n'a pas envie de dire, de concert avec G. Hanoteaux, que « les catastrophes, ce sont les fêtes des pauvres » ?

Les opinions comptent et les interventions encore plus. Vous toutes et vous tous qui êtes ici présents, savez ce que suppose une catastrophe :

- établir la séquence des événements ;
- définir le malheur qui afflige les gens ;
- déterminer comment et jusqu'où peuvent être sublimées les émotions... ;
- et plus encore...

Et c'est ce qui importe. Nous avons besoin de savoir comment les choses arrivent, comment elles nous changent et pourquoi nous avons l'obligation de nous adapter. À cette époque qui est la nôtre, où, parfois, l'on est appelé à se demander si l'homme ne ferait pas partie des catastrophes naturelles... il n'est pas superflu de comprendre, de prévenir et d'accompagner.

Saisi de l'importance et de l'urgence de vos travaux, je n'épiloguerai pas plus longuement sur la question, persuadé du fait que vos interventions dépasseront de beaucoup en science et en sagesse mes humeurs aux allures d'éditorial. Tout juste, avant de vous céder la parole pour les quelques jours qui viennent, permettez que je me réfugie dans une conception de la catastrophe qui la définisse comme « ce qui nous reste sans voix et qui, à terme, nous amène à garder une, deux, trois minutes de silence ».

Je vous souhaite de fructueux travaux.



## TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE .....	5
Ghislain BOURQUE	
TABLE DES MATIÈRES.....	9
INTRODUCTION.....	17
Danielle MALTAIS	
PARTIE 1 : STRESS, TRAUMA ET CATASTROPHE.....	21
Stress et catastrophe.....	23
Hélène DENIS	
Victimes de crime et victimes de catastrophes : des parallèles à établir .....	35
Arlène Gaudreault	
Stress et trauma.....	43
Pr François LEBIGOT	
Taux plasmatique de <i>GABA</i> au décours immédiat d'un trauma : un facteur prédictif de développement d'un <i>PTSD</i> à deux mois.....	55
Guillaume VAIVA, Virginie BOSS, Claire RASCLE, François DUCROCQ, Olivier COTTENCIN, Pierre THOMAS, Michel GOUEMAND, Monique LAFONTAINE, Patrick DEVOS, Philippe LAFFARGUE	
Diagnostic et traitement cognitivo-comportemental du trouble de stress post-traumatique.....	69
Pascale BRILLON	

<b>PARTIE 2 : CONSÉQUENCES D'UNE CATASTROPHE SUR L'ÉTAT DE SANTÉ DES SINISTRÉS : LE CAS DES INONDATIONS DE JUILLET 1996.....</b>	<b>99</b>
Les inondations de juillet 1996 : une suite d'événements bouleversants.....	101
Suzie ROBICHAUD, Danielle MALTAIS, Gilles LALANDE, Anne SIMARD, Guy MOFFAT	
L'impact d'une inondation majeure dans la vie des sinistrés : les résultats d'une étude qualitative.....	121
Gilles LALANDE, Danielle MALTAIS, Suzie ROBICHAUD, Anne SIMARD	
Deux ans après une catastrophe : portrait de l'état de santé physique et psychologique des sinistrés des inondations de juillet 1996 vivant en milieu urbain .....	133
Danielle MALTAIS, Lise LACHANCE, Gilles LALANDE, Martin FORTIN, Christophe FORTIN	
<b>PARTIE 3 : SINISTRE ET POPULATION : LE CAS DE LA TEMPÊTE DE VERGLAS.....</b>	<b>159</b>
Le verglas de 1998. La situation en Montérégie : le point de vue de la santé publique .....	161
Carmen BELLEROSE, Louis JACQUES	
Les impacts du verglas de 1998 sur la santé des Montérégiens .....	175
Claude TREMBLAY, Louis JACQUES, Claude PRÉVOST, Manon NOISEUX, Manon BLACKBURN, Luc BOILEAU	
Impacts psychosociaux de la tempête de verglas pour la population de la Montérégie .....	187
Carmen BELLEROSE, Johanne LAGUË	



La tempête de verglas de janvier 1998 et les résultats de l' <i>Enquête sociale et de santé 1998</i> .....	209
Carole DAVELUY, Robert COURTEMANCHE, Jimmy BAULNE, France LAPOINTE, Jacinthe LOISELLE, Carmen BELLEROSE, Serge CHEVALIER	
Les principales difficultés vécues et les conséquences de la tempête de verglas sur la santé et la vie des sinistrés en fonction du mode d'hébergement utilisé : résultat d'une recherche qualitative.....	227
Danielle MALTAIS, Anne SIMARD, Suzie ROBICHAUD	
Épidémie d'influenza durant la crise du verglas en Montérégie .....	245
Maryse GUAY	
L'impact des catastrophes sur les comportements déviants et la criminalité en général : le cas de la crise du verglas.....	262
Frédéric LEMIEUX	
Sexe des enfants nés dans les mois suivant les inondations du Saguenay et la tempête de verglas.....	279
Jacques D. MARLEAU, Jean-François SAUCIER	
PARTIE 4 : CATASTROPHES ET PERSONNES ÂGÉES.....	287
Les conséquences des catastrophes sur la santé biopsychosociale des aînés : résultats de la recension des écrits.....	289
Chantal HOVINGTON, Danielle MALTAIS, Gilles LALANDE	
Les conséquences de la tempête de verglas chez les personnes âgées en fonction des stratégies d'accommodation.....	321
Danielle MALTAIS, Suzie ROBICHAUD, Anne SIMARD	

Les effets des inondations de juillet 1996 sur la santé psychologique selon l'âge.....	335
Chantal HOVINGTON, Gilles LALANDE, Danielle MALTAIS	
PARTIE 5 : CATASTROPHES ET COMMUNAUTÉS RURALES .....	353
La gestion des inondations de juillet 1996 par deux municipalités rurales : difficultés rencontrées et impacts sur le dynamisme collectif.....	355
Danielle MALTAIS, Martin TRUCHON	
Conséquences des inondations de juillet 1996 sur la santé biopsychosociale des sinistrés vivant en milieu rural : résultat d'une étude qualitative.....	369
Danielle MALTAIS, Anne SIMARD, Louis PICARD	
Facteurs liés à la présence de séquelles psychologiques chez des sinistrés d'inondation vivant en milieu rural.....	389
Louis PICARD, Danielle MALTAIS, Lise LACHANCE	
PARTIE 6 : APPLICATION DES MESURES D'URGENCE ET SANTÉ DES INTERVENANTS.....	411
L'importance du bénévolat en sécurité civile.....	413
Donald HARVEY, Claudie LABERGE	
Le stress associé à l'Opération-Verglas chez les travailleurs d'Hydro-Québec : suivi longitudinal .....	435
Louise LEMYRE, Yaniv BENZIMRA	
Mieux comprendre le passé pour mieux vivre le présent... Les réactions des intervenants psychosociaux à la suite de l'application des mesures d'urgence.....	451
Danielle BRASSET	

Principales difficultés rencontrées et conséquences de la tempête de verglas chez les intervenants rémunérés et bénévoles de la Montérégie.....	467
Danielle MALTAIS, Suzie ROBICHAUD, Anne SIMARD	
Répercussions de la tempête de verglas chez les intervenants du Saguenay—Lac-St-Jean ayant œuvré en Montérégie lors de l'application des mesures d'urgence.....	483
Danielle MALTAIS, Suzie ROBICHAUD, Guy MOFFAT, Anne SIMARD	
<b>PARTIE 7 : SOUTIEN AUX VICTIMES D'ACTES TRAUMATISANTS.....</b>	<b>501</b>
Les cellules d'urgence médico-psychologique en France : à propos d'un dispositif de secours pour les victimes d'attentats, de catastrophes et d'accidents collectifs.....	503
François DUCROCQ, Guillaume VAIVA, Sylvie MOLEND, Michel BELLONE	
S.O.S. Attentats, histoire d'un combat.....	519
Françoise RUDEZKI	
Avantages et inconvénients ou effets pervers des systèmes d'indemnisation aux victimes d'actes criminels .....	535
Geneviève PARENT, Marie-Marthe COUSINEAU	
Le système judiciaire et la victimisation .....	551
Nathalie LAMY	
Mission d'intervention en Afghanistan et au Tadjikistan en août 2001 d' <i>Aide psychologique sans frontières</i> .....	567
Martine BARBIER BOYER	

La postvention en milieu scolaire au Québec : le programme du Centre de prévention du suicide 02.....	587
Carol GRAVEL	
L'utilisation de l'intervention de groupe dans les situations de crise et d'urgence .....	593
Julie NADEAU	
<b>PARTIE 8 : CONSÉQUENCES DES ÉVÉNEMENTS TRAUMATIQUES SUR LA SANTÉ DES INDIVIDUS ET DES COMMUNAUTÉS.....</b>	<b>607</b>
Conséquences sanitaires des attentats : résultats d'étude épidémiologiques menées en France .....	609
Françoise RUDETZKI	
Conséquences à long terme d'un Mass Murder, le cas de Polytechnique neuf ans plus tard.....	625
Geneviève PARENT, Marie-Marthe COUSINEAU	
Les conséquences de l'événement traumatique chez les victimes de violence sur les lieux de travail.....	635
Hélène CARDU, Jean-Yves TÊTU	
Analyse de l'évolution d'un deuil touchant l'ensemble d'une communauté.....	645
Françoise LAVALLÉE, Andrée PELLERIN, Abbé Clément BÉDARD	
<b>PARTIE 9 : GESTION DES CATASTROPHES AU CANADA ET AU QUÉBEC.....</b>	<b>661</b>
Qu'en est-il de l'intervention psychosociale en sécurité civile au Québec ? .....	663
Claude MARTEL	

L'apprentissage systémique des crises : une approche pragmatique .....	699
Aladin AWAD, Thierry C. PAUCHANT	
Les interventions psychosociales au Canada 1979-2001 : ce que nous avons retenu.....	709
Robert LAFOND	
La gestion d'un désastre : la panne d'électricité de janvier 1998.....	733
Raymond MURPHY	
Évaluation de l'exécution actuelle des recommandations formulées d'après le déluge du Saguenay de juillet 1996.....	751
Daniel PARENT, Thierry C. PAUCHANT	
La Loi sur la sécurité civile : le législateur québécois fait-il preuve d'anticipation et de prospective ? .....	765
Denis BOURQUE	
La tempête de verglas de janvier 1998 : les constats et les pistes d'avenir en planification de mesures d'urgence pour le système de la santé et des services sociaux.....	787
François GRAVEL	
Évaluation de l'utilité des médias durant la crise de verglas en Montérégie.....	805
Maryse GUAY	
CONCLUSION.....	835
Le colloque revisité : loin des yeux, loin du cœur ?	
Yvon LEFEBVRE	
INDEX DES AUTEURS.....	859



## INTRODUCTION

---

Danielle MALTAIS, Ph.D  
Université du Québec à Chicoutimi

**E**n octobre 2001 se tenait à l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC) un colloque interdisciplinaire sur les conséquences des catastrophes et des événements traumatiques sur la santé des individus, des intervenants et des communautés. Cet événement a permis à plus d'une centaine de chercheurs et d'intervenants de partager les résultats de leurs recherches et de leurs réflexions avec plus de 350 congressistes impliqués dans l'intervention de crise ou dans l'application des mesures d'urgence. La tenue de ce colloque a été très importante parce qu'à la suite de graves sinistres comme les inondations de juillet 1996 ou la tempête de verglas de janvier 1998, de nombreux chercheurs provenant de disciplines diverses et de différentes institutions avaient effectué un ensemble d'études sur les conséquences de ces catastrophes sur la santé des individus, des intervenants et des communautés, sans pour autant rencontrer de façon systématique les principaux intéressés (intervenants psychosociaux de première ligne, policiers, pompiers, gestionnaires et responsables de l'application des mesures d'urgence) lors d'un colloque provincial ou de séminaires de formation offerts à un large public. De plus, depuis plusieurs années, dans le domaine de la victimologie et de l'intervention en situation de crise, des chercheurs et des intervenants québécois et canadiens de marque ont développé une expertise fort intéressante qui présente un grand intérêt pour bon nombre d'intervenants appelés à œuvrer auprès de victimes en détresse à la suite de leur exposition à des événements traumatisants ou à des catastrophes naturelles, technologiques ou causées par le désespoir humain.

Dans un contexte de bouleversements climatiques relativement fréquents où les risques de catastrophes sont devenus préoccupants,

une meilleure compréhension des conséquences de ces événements sur la santé et le bien-être des citoyens ainsi qu'une connaissance plus approfondie des facteurs de risque personnels et collectifs dans l'apparition et le maintien des problèmes de santé biopsychosociale sont devenues indispensables pour toutes les sociétés du monde. La tenue de ce colloque a donc favorisé le partage des connaissances entre chercheurs et intervenants et espérons que les informations que l'on retrouve dans ce volume permettront aux institutions publiques et parapubliques de mettre en place des politiques et des programmes adéquats ainsi que des interventions efficaces visant à diminuer les effets pervers de l'exposition à des catastrophes et à des événements traumatisants.

Dans cet ouvrage, les lecteurs trouveront un ensemble de textes regroupés sous divers thèmes. Quelques auteurs présentent d'abord des points de vue théoriques sur les notions de stress et de catastrophes. Par la suite, des chercheurs provenant de disciplines diverses (travail social, psychologie, démographie, médecine, sociologie, épidémiologie, etc.) présentent le fruit de leurs recherches appliquées au contexte de catastrophes ou d'événements traumatiques spécifiques, comme par exemple la tempête de verglas, les inondations de juillet 1996, la tuerie de la Polytechnique, les actes de terrorisme en France et la violence en milieu de travail. D'autres collaborateurs nous permettent également de prendre conscience du rôle que peuvent jouer les médias, les organismes et les institutions dans le développement de problèmes de gestion des catastrophes et des événements traumatiques ainsi que dans l'apparition ou l'aggravation de problèmes de santé, tout aussi bien chez les individus que chez les intervenants appelés à soutenir les victimes.

Le nombre considérable de pages de cet ouvrage démontre bien la richesse des échanges qu'ont eus les congressistes lors de ce premier colloque québécois sur les conséquences des catastrophes et des événements traumatiques sur la santé des individus, des intervenants et des communautés. Les lecteurs pourront puiser des informations pertinentes en fonction de leurs besoins spécifiques et établir des parallèles et des points de convergence entre les résultats des recherches réalisées auprès des victimes de catastrophes et celles exposées involontairement à des événements traumatisants.

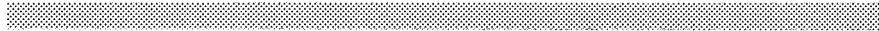


Précisons que ce volume n'aurait pu être produit sans la collaboration de plusieurs organismes. Nous tenons particulièrement à remercier le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de la Recherche, de la Science et de la Technologie du gouvernement du Québec ainsi que le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada et le gouvernement fédéral pour leur soutien financier. Plusieurs personnes de l'Université du Québec à Chicoutimi ont également apporté leur aide pour l'édition de cet ouvrage ; mentionnons Mesdames Esther Cloutier et Suzanne Tremblay du Groupe de recherche et d'intervention régionales (GRIR) ainsi que Madame Henriette Gagnon du Service des affaires publiques.



**PARTIE 1**

**STRESS, TRAUMA ET CATASTROPHE**





## **STRESS ET CATASTROPHES**

Hélène DENIS, Ph.D.

**A**u départ, cette présentation devait résumer, en premier lieu, les données de la Commission sur le verglas concernant les impacts psychosociaux des catastrophes, mais j'ai plutôt choisi — puisque chacun d'entre vous a probablement lu les rapports de la Commission — de mettre l'accent sur deux éléments majeurs entourant ces impacts, à savoir le rôle des intervenants dans le domaine et le sens profond des catastrophes<sup>1</sup>.

### **LE RÔLE DES INTERVENANTS PSYCHOSOCIAUX**

Les impacts psychosociaux sont l'un des domaines nouveaux, dans la méga-organisation de l'urgence, où les spécialistes se joignent aux intervenants traditionnels dans le domaine. Auparavant, ce rôle touchant le stress était joué par les proches, les aidants naturels ou encore les bénévoles, auxquels s'ajoutaient les religieux. Ces personnes ont toujours un rôle, aujourd'hui encore, mais l'aide s'est aussi professionnalisée et sécularisée : elle relève désormais principalement des psychologues, psychiatres ou travailleurs sociaux.

Deux grandes questions se posent maintenant, relativement à ce rôle. La première concerne les partages de responsabilités et la coordination de ce secteur, et la seconde la culture et son rôle dans la relation aidants-aidés.

### **Partages de responsabilités et coordination**

La complexité de la coordination dans ce domaine vient du fait que de nombreux organismes y sont impliqués directement, mais surtout indirectement. L'aide psychosociale est en effet fournie directement par ces spécialistes dont il était question plus haut, mais les besoins sont par contre détectés par des organismes caritatifs. Dans certains

cas, au surplus, ceux-ci peuvent offrir ce type d'aide, ne serait-ce que de façon *ad hoc*.

Voilà pourquoi il est nécessaire de situer le rôle des intervenants psychosociaux dans un contexte élargi, puisque ces spécialistes doivent travailler en étroite collaboration, comme on l'a vu au verglas, avec non seulement les municipalités, mais plus spécifiquement des organismes tels, entre autres, les centres d'action bénévole, les Églises, la Croix-Rouge, l'Armée du Salut, Jeunesse au soleil, les sociétés Saint-Vincent-de-Paul, les Chevaliers de Colomb et les Filles d'Isabelle.

En fait, ce type d'aide, entendu au sens large, peut être lié à toutes les organisations qui sont susceptibles de côtoyer ses clients potentiels. Il faut rappeler ici que, bien que l'on parle généralement, dans le stress, des difficultés « normales » d'une personne, l'aide psychosociale fait aussi face à des pathologies plus graves qui, donc, nécessitent une attention particulière. Par ailleurs, il faut agir rapidement. Les experts affirment en effet que l'intervention doit avoir lieu le plus tôt possible après la détection du problème, pour éviter les dégâts psychologiques ou simplement, par exemple en centre d'hébergement, les ennuis à ceux qui côtoient des personnes stressées ou malades. Ainsi :

*[...] l'identification de certaines personnes aux prises avec des troubles de la personnalité aurait pu permettre [au verglas] d'éviter qu'elles n'épuisent les habitants et les intervenants des refuges où elles ont séjourné. De même, les gens particulièrement vulnérables auraient pu, dès le départ, être orientés vers des services d'aide psychologique plus spécialisés afin d'éviter une détérioration de leur santé mentale.<sup>2</sup>*

La question est donc de savoir qui va décider des besoins réels d'aide, une fois les problèmes détectés. Chaque organisme ? On voit tout de suite que cela est impossible, ne serait-ce qu'à cause d'un manque de ressources, elles aussi à coordonner. Par ailleurs, si rien ne se fait, un chaos organisationnel risque de surgir, et ceci d'autant plus que, d'une part, les demandes proviennent de différentes sources alors que, d'autre part, les offres en font autant. On assiste en effet fréquemment — et j'en ai été témoin à la suite de la tuerie de Polytechnique — à une convergence (c'est-à-dire une

affluence enchevêtrée) des offres de services, dans ce domaine comme ailleurs.

Une telle situation entraîne à son tour le besoin de s'assurer de la compétence des aidants. La compétence, en effet, n'est pas nécessairement facile à détecter pour les intervenants d'urgence qui doivent faire appel à ces ressources spécialisées, bénévoles ou rémunérées et individuelles ou organisées. À Polytechnique, le problème a été résolu par des consultations informelles avec le responsable des mesures d'urgence du ministère de la Santé et des Services sociaux provincial et par des ententes avec le groupe de consultation psychologique de l'Université de Montréal. Toutefois, c'était une catastrophe en quelque sorte « privée », mais qu'en est-il des désastres naturels, par exemple ? Qui, dans de tels cas, doit coordonner l'aide psychosociale ?

Si l'on se base sur un principe retenu par la Commission en matière de choix de structures organisationnelles pour la réponse à l'urgence, il faut se démarquer le moins possible de ce qui se fait en temps normal. En ce sens, il y a déjà au Québec un organisme qui, dans le quotidien, a une connaissance des besoins d'une région — et même d'un secteur de celle-ci — dans le domaine des services de santé de première ligne et des services psychosociaux, et ce sont les CLSC. C'est à eux que doit revenir la coordination effective de l'aide dans ce domaine. Il faut toutefois qu'ils disposent pour ce faire des ressources nécessaires.

On a noté, au moment des inondations du Saguenay en 1996, un exemple intéressant de cette coordination. Les CLSC, officiellement en charge de ce type d'aide, n'avaient toutefois pas suffisamment de ressources pour suffire à la demande. On a alors utilisé les fonds recueillis pour les sinistrés à cette occasion et administrés par la Croix-Rouge pour mettre sur pied un programme d'aide psychosociale. Des psychologues ont été formés par leur ordre professionnel au stress post-traumatique, puis accrédités. Les CLSC coordonnaient toute l'opération : ils identifiaient les besoins et remettaient aux personnes nécessitant des soins des bons fournis par la Croix-Rouge pour des consultations de psychologues ou de travailleurs sociaux. Ce modèle n'enlève rien aux responsabilités régulières des organismes caritatifs qui peuvent, lorsqu'ils décèlent

un besoin, les communiquer au coordonnateur, comme d'ailleurs les municipalités responsables des centres d'hébergement. La coordination de ce type d'aide est donc une absolue nécessité, faute de quoi le fouillis — organisationnel — risque d'apparaître.

### **La relation aidants-aidés**

Lorsqu'il est question d'aide psychosociale, outre la coordination, un problème rencontré parfois est celui de la culture de l'aide. Cette dernière, toutefois, bien que conceptuellement considérée ici comme relative et aux aidants et aux aidés, n'en concerne pas moins la relation entre les deux, relation essentiellement dynamique.

Si l'on commence par les sinistrés, on doit au départ rappeler une grande vérité : ce n'est pas tout le monde qui veut être aidé. Il faut bien voir en effet qu'il subsiste toujours dans nos sociétés contemporaines un tabou face à tout ce qui concerne l'aide psychosociale, dans la mesure où celle-ci est souvent perçue comme signe de faiblesse. Je me rappelle, après le massacre de Polytechnique, avoir maintes fois répété qu'il n'y avait pas de honte à rechercher de l'aide, que c'était chose normale vu les circonstances.

Déjà, à la suite des événements de Saint-Basile où cette offre de service avait été présente, j'avais été frappée de la réaction des gens qui ont dit *texto* : « On nous a pris pour des malades mentaux ». Pourtant, l'incendie de BPC était stressant, tant par l'incertitude scientifique — incluant des conséquences potentielles pour la santé — que par la durée. Une première réaction est donc de refuser l'aide psychosociale, sous l'influence de la culture.

Ce qui arrive souvent, cependant, c'est qu'on ne refuse pas le service, on refuse le service en groupe. On a pu observer ce phénomène au verglas. Les CLSC ont ainsi témoigné en audiences publiques que, après l'événement, on avait boudé les groupes de verbalisation offerts mais, en parallèle, ces mêmes services se retrouvaient avec de nombreuses demandes d'aide personnelle.

Le problème, dans ce cas, vient de la dimension sociale de l'aide. Je crois qu'ici il faut éviter de transposer automatiquement aux victimes



civiles les moyens utilisés par les corps paramilitaires, à savoir la séance de verbalisation. Ce mécanisme, appelé aussi *debriefing*<sup>3</sup>, a pour but de faire exprimer le stress post-traumatique. Il a été utilisé pour la première fois chez les soldats à la suite de l'expérience des champs de bataille, et s'est étendu par la suite aux corps paramilitaires de l'urgence. À noter toutefois que, dans de tels cas, il se fait à l'interne. Il est appliqué en effet à des personnes qui partagent une même culture, les mêmes risques aussi, et qui sont collègues, partenaires face au danger.

En revanche, lorsqu'on offre un service similaire à des sinistrés, il faut rappeler que ceux-ci sont des voisins, amis parfois, et ne veulent pas nécessairement étaler ce qu'ils considèrent comme leur vie privée en public (à noter que la même chose peut néanmoins se retrouver également dans les organisations, incluant les corps paramilitaires). Il y a en effet un aspect social à partager le stress, peut-être surtout dans une petite collectivité, et si les comparaisons avec ce que vivent les autres peuvent être un soulagement, il n'en subsiste pas moins une certaine gêne. Pendant l'événement, on s'estentraîd, par exemple entre voisins, mais on ne désire pas partager une séance de verbalisation maintenant que tout est fini.

À l'opposé du refus de l'aide psychosociale — total ou partiel — la culture des sinistrés peut au contraire être d'une extrême dépendance face à l'aide. Dans le cas de l'aide matérielle, la clientèle des centres d'hébergement, au verglas, est ainsi décrite par certains intervenants comme étant « exigeante, difficile et dépendante »<sup>4</sup>. Des interviewés de la même recherche diront : « Certains individus (50 %) demandaient tout ce qu'ils pouvaient. Surtout les personnes défavorisées financièrement... [Ou encore] aussitôt que c'était gratuit, peu importe s'ils en avaient besoin, ils venaient en chercher... le bois... les provisions »<sup>5</sup>. On a aussi observé des attitudes similaires de dépendance à l'éruption du mont Unzen, avec une diminution du sens de la responsabilisation chez les sinistrés en général et chez les élèves en particulier (dans ce cas, face au matériel scolaire)<sup>6</sup>.

Peut-on étendre de semblables attitudes de dépendance à l'aide psychosociale ? Je n'ai pas de réponse à cette question. Ce qui est important à souligner, toutefois, c'est que nous sommes au cœur d'une relation. La culture des aidés peut ainsi venir se heurter à celle

des aidants, et vice-versa. Et qu'en est-il de la culture des aidants ? Si l'être humain est généralement heureux d'aider son semblable, quelle est en contrepartie la responsabilisation des sinistrés ?

Cette question s'est posée, pendant le verglas, relativement à la gestion des centres d'hébergement. Tout en tenant compte qu'une partie de la clientèle de ces centres était fragile, il n'en demeure pas moins que l'on ne faisait généralement pas appel aux hébergés, les traitant souvent comme dépendants. Après tout, le foyer de ces personnes n'était pas détruit, elles n'avaient pas quitté à la hâte, elles pouvaient donc apporter leur brosse à dents et autres effets personnels. Pourquoi fallait-il obligatoirement fournir ces biens ? C'est dans cet ordre d'idées qu'un maire est venu se plaindre, lors des audiences publiques de la Commission, qu'on lui avait réclamé des couches ou de la nourriture pour bébé... pourtant disponibles sur les étagères des commerces.

Peut-être le phénomène tient-il au fait que, dans la mesure où il est gratifiant pour les aidants, précisément, d'aider, il peut être difficile de ne pas le faire ou de cesser de le faire. Un exemple du premier cas — ce sentiment d'être disponible mais non « utilisé » — est donné par cet hôpital à côté du World Trade Center (WTC) où il y a mobilisation générale puis attente. Et attente. Et attente. Ne viendront finalement que quelques cas mineurs, ou alors des grands brûlés qui, malheureusement, mourront. Le stress provoqué par cette impuissance était, semble-t-il, palpable. Un exemple du deuxième cas — la difficulté à cesser d'aider — est cette fois décrit par une victime de la tornade de Barrie en Ontario :

*Une fois les victimes de la tornade identifiées, la communauté a réagi admirablement en subvenant à tous les besoins d'un groupe de gens très démunis. La plupart des victimes ont dû accepter cette impuissance qui était la leur et lourdement se fier (parfois avec réticence) sur la générosité des autres. Je crois que les membres de la communauté ont alors trouvé beaucoup de satisfaction et de facilité à donner, ce qui pourrait les avoir amenés à éprouver de la difficulté à abandonner un tel rôle. Je pourrais me tromper, mais j'ai l'impression qu'on a hésité à laisser les victimes retrouver leur indépendance [...]*<sup>7</sup>

La culture de l'aide peut donc être imposée, plus ou moins consciemment. On a ainsi noté, dans certains désastres, le fait que la victime devait absolument adopter la philosophie de son donateur (notamment en ce qui concerne l'aide internationale) : cela a été le cas pour une île du Pacifique, Vanuatu, où l'adoption d'un plan d'urgence ne correspondait à aucune motivation de la communauté, si ce n'est de faire plaisir au donateur<sup>8</sup>.

Tout ceci n'a pas pour but de critiquer l'aide et les aidants, mais simplement de montrer un certain nombre de pièges qui peuvent survenir.

### **À QUOI SERVENT LES CATASTROPHES ?**

Parmi les conséquences des catastrophes, malheureuses ou heureuses, on retrouve des éléments qui, cette fois, touchent l'essence même de l'existence humaine. Car, si les désastres sont sources de stress, ils offrent aussi, potentiellement du moins, des occasions de repenser nos vies, plus précisément, dans certains cas, l'ordre de nos valeurs. À ce titre, ils peuvent constituer des révélateurs.

#### **La catastrophe en tant que révélateur**

Deux aperçus de ce phénomène sont donnés à partir d'événements fort différents, c'est-à-dire le verglas et les attentats de septembre 2001 aux États-Unis.

Le verglas a eu comme impact<sup>9</sup> :

- la prise de conscience de la vulnérabilité de notre communauté à certains risques (80 % des répondants) ;
- un renforcement de la capacité à protéger sa famille (79 %) ;
- un renforcement des liens sociaux (famille, amis, etc.) (66 %) ;
- un renforcement du sentiment d'appartenance à la communauté (57 %) ;

- la réalisation que l'on avait peu de relations avec les gens de la communauté (42 %) ;
- l'occasion de développer de nouvelles relations (32 %) ;
- la prise de conscience de la pauvreté du réseau de relations (29 %) ;
- l'émergence de tensions ou conflits (16 %).

Il est intéressant de constater combien ces résultats sont reliés aux relations interpersonnelles. On découvre l'autre : dans le conflit, certes, mais aussi le fait qu'on est isolé, ou qu'au contraire on fait partie d'une communauté.

À la suite de la catastrophe du WTC, un sondage Time-CNN a montré, quelques semaines après l'événement, ce qui avait changé chez les Américains. La question demandait si l'on avait accompli les actions qui suivent comme conséquence des attaques terroristes<sup>10</sup> :

- dire à quelqu'un qu'on l'aime (79 %) ;
- chanter *God Bless America* (70 %) ;
- prier ou assister à une cérémonie religieuse (67 %) ;
- pleurer (64 %) ;
- chanter l'hymne national (63 %) ;
- garder des contacts plus étroits avec les proches (61 %) ;
- téléphoner ou écrire à un ami que l'on n'a pas vu depuis longtemps (37 %) ;
- être attentif aux comportements de personnes qui, dans la communauté, sortent de l'ordinaire (33 %) ;
- annuler des projets de voyage (15 %) ;

- planifier des voies de secours pour la maison et le travail (15 %) ;
- diminuer ses investissements à la bourse (10 %).

Comme dans le cas précédent, les relations avec les autres sont importantes, avec cette fois un accent sur la religion et le patriotisme. Ces deux exemples montrent donc que la catastrophe peut agir comme révélateur de nos valeurs, de ce qui est important dans la vie. Elle devient ainsi l'occasion, tout au moins potentielle, de remettre les pendules à l'heure, s'il y a lieu. Car, en fait, elle pose la question du sens profond de la vie, de notre vie.

### **Catastrophes et sens de la vie**

La catastrophe, c'est l'impossible qui survient. C'est le monde, notre monde, qui s'écroule brusquement. Que faire, dans un tel cas où la mort et les pertes sont au cœur de l'événement ? Répondre aux exigences de la situation, certes, en premier lieu, mais aussi à la question existentielle du pourquoi. Pourquoi moi ? Pourquoi ici ? En fait, je crois qu'une grande partie du stress vient de l'impossibilité d'obtenir une réponse satisfaisante à ces questions. La catastrophe implique, en effet, profondément, une recherche de sens.

Certaines cultures, par les religions notamment, proposent des explications. On peut par exemple percevoir l'événement comme s'inscrivant dans le cadre d'une volonté supérieure, divine, qui donne aux humains des occasions de croissance dont la mort et les pertes font partie. Ainsi, en Inde, la mort relève de la normalité. Cela ne veut pas dire que les pertes ne sont pas ressenties douloureusement, mais qu'elles ont, quelque part, un sens. De la même façon, au Bangladesh cette fois, l'explication fataliste d'un *act of Allah*<sup>11</sup>, loin d'être incapacitante, permettrait au contraire, selon un chercheur, d'éviter de perdre du temps et de l'énergie à se poser la question du pourquoi d'un désastre : on se concentre plutôt sur ce qu'il y a à faire pour rétablir la situation, apporter des secours, etc.

Dans la civilisation occidentale, au contraire, la mort est presque un outrage, un affront : davantage si elle provient d'une catastrophe technologique que naturelle, et encore plus si l'origine est délibérée, humaine ou sociale, tel le terrorisme<sup>12</sup>. La réponse tend alors à chercher un coupable, qui doit « payer », au sens propre comme au sens figuré. Ainsi, dans le monde occidental moderne, industrialisé :

*[...] l'approche au monde est typiquement interventionniste, non fataliste et orientée vers l'action, de sorte que la réponse aux catastrophes dans une telle culture va tenter d'agir sur elles et de s'organiser pour tenter d'en contrer les effets.*<sup>13</sup>

J'ajouterais à cela, « va tenter même de la prévenir ». C'est ici toute la question de la vision d'une catastrophe comme « normale »<sup>14</sup> ou comme extraordinaire. Qu'on me comprenne bien : je ne dis pas que la prévention ou la planification d'urgence ne sont pas nécessaires, au contraire, mais simplement que, quoi qu'on fasse, on ne peut éviter, étant donné l'état du monde, que les catastrophes surviennent.

Affirmer le contraire me paraîtrait de la pensée magique, et ceci même si l'on fait tout son possible pour aller vers la haute fiabilité. C'est la raison pour laquelle il est si important d'appivoiser l'incertitude, quand l'impossible survient. Un vieil Indien avait dit à mon père qu'appivoiser — il parlait des animaux — était un art : art d'apprendre à vivre avec eux. Et c'est de cela qu'il s'agit, lorsqu'il est question de l'incertitude de la réponse aux catastrophes.

## NOTES

- 1 Cette présentation est tirée et adaptée d'un livre à paraître en janvier 2002 aux Presses internationales de Polytechnique et intitulé *Appivoiser l'incertitude de la réponse aux catastrophes : quand l'impossible survient*.
- 2 Ordre des psychologues du Québec (1998). *Quand les citoyens perdent confiance dans leur environnement. Des soins adaptés aux situations d'urgence*, mémoire présenté à la Commission scientifique et technique chargée

- d'analyser les événements relatifs à la tempête de verglas survenue du 5 au 9 janvier 1998, août, p. 16.
- 3 Mitchell, J.T. (1982). « Recovery from rescue », *Canadian Emergency Services News*, 5, 6 : 34-36.
  - 4 Maltais, D., S. Robichaud et A. Simard (2000a). *Les conséquences de la tempête de verglas chez les intervenants de la Montérégie*, Chicoutimi, Université du Québec à Chicoutimi, septembre, p. 28.
  - 5 *Idem*, p. 29.
  - 6 Hirose, H. (1992). « Defining Disaster Relief : Disaster Victims and Disaster Relief Administration in the Case of Mt Unzen's Eruption ». *International Journal of Mass Emergencies and Disasters*, 10, 2 : 281-292.
  - 7 Procher, D. (1986). « Pour le meilleur et pour le pire », *La Revue - Plans des mesures d'urgence*, 13, 2 : 42-47, p. 46.
  - 8 Ali, L. (1992). « Symbolic Planning and Disaster Preparedness in Developing Countries : the Presbyterian Church in Vanuatu ». *International Journal of Mass Emergencies and Disasters*, 10, 2 : 293-314.
  - 9 Commission scientifique et technique chargée d'analyser les événements relatifs à la tempête de verglas survenue du 5 au 9 janvier 1998 (1999). Vol. 2 : *Les impacts sociaux, économiques et environnementaux*, rapport sectoriel, Québec, Les Publications du Québec, p. 58. Le tableau parle d'impacts à long terme, mais il est plus juste de parler, dans ce cas, de moyen terme.
  - 10 Sondage Time-CNN (2001). *Time Magazine*, 8 octobre : 22-23. Ne sont donnés ici que les pourcentages de oui par rapport au total.
  - 11 Schmuck, H. (2000). « An Act of Allah : Religious Explanations for Floods in Bangladesh as Survival Strategy », *International Journal of Mass Emergencies and Disasters*, 18, 1 : 85-95.
  - 12 Côté, L. (1996). « Les facteurs de vulnérabilité et les enjeux psychodynamiques dans les réactions post-traumatiques », *Santé mentale au Québec*, XXI, 1 : 209-228.
  - 13 Turner, B.A. (1979). The Social Aetiology of Disasters, *Disasters*, 3, 1 : 53-59, p. 54.
  - 14 Perrow, C. (1984). *Normal Accidents : Living with High-Risk Technologies*, New York, Basic Books Inc.





## VICTIMES DE CRIME ET VICTIMES DE CATASTROPHES : DES PARALLÈLES À ÉTABLIR

Arlène GAUDREAU

### INTRODUCTION

Les victimes d'actes criminels ont été pendant longtemps laissées pour compte. Au Canada et dans de nombreux pays, le milieu des années soixante-dix marque un tournant dans la reconnaissance de leurs besoins et de nos responsabilités à leur endroit. Dans le domaine de l'aide aux victimes, la maltraitance des enfants est au cœur des premières réformes législatives et sociales. Parallèlement, les militantes féministes lèvent le voile sur la violence faite aux femmes et dans la famille ; elles réclament des changements dans le système de justice pénale et des réponses sociales mieux adaptées à ces problèmes jusqu'alors occultés. Leurs actions et revendications vont paver la voie aux initiatives qui, à partir du milieu des années quatre-vingt, s'inscrivent dans le courant de la victimologie humanitaire, lequel met en lumière les traumatismes multiples dont souffrent bon nombre de victimes et l'urgence de se mobiliser pour leur venir en aide. Ce réflexe de solidarité se manifestera plus tard envers d'autres groupes ou personnes confrontés à des événements qui, même s'ils ne sont pas d'origine criminelle, engendrent des désordres psychologiques tout aussi graves. Il suffit d'évoquer les inondations au Saguenay (1996) ou la tempête de verglas (1998) pour que nous revienne en mémoire l'image de la détresse de milliers de personnes.

Victimes de crime ou de catastrophe : les personnes touchées par ces violences suivent-elles le même parcours ? Ont-elles des besoins particuliers selon la nature et le contexte de l'événement ? Les contrecoups sont-ils les mêmes ? Sinon, en quoi diffèrent-ils ? Ce colloque nous offre l'occasion d'explorer des questions qui ont été peu abordées jusqu'à présent.

## DES TRAJECTOIRES SEMBLABLES

Victimes de crime et victimes de catastrophes, dans l'un et l'autre cas, la violence de l'événement, sa soudaineté ou son imprévisibilité, son caractère exceptionnel, la gravité de la menace sont autant de facteurs pathogènes (Baril, 1984 ; Crocq, 1994). Les victimes sont confrontées aux mêmes réactions : la peur, l'insécurité, la colère, l'impuissance, le sentiment d'injustice subie, la détresse émotionnelle. Ce qui s'est produit les amène à changer leurs habitudes de vie, à moduler leurs rapports à autrui, à réaménager leur façon de vivre et de penser.

La violence, qu'elle soit accidentelle ou intentionnelle, est toujours rapportée par ceux qui la subissent comme un malheur, une mauvaise expérience. Elle est une imposture qui envahit le présent et remet en cause le passé. Elle fait irruption dans la vie ordinaire et brise l'illusion d'un monde heureux où le pire ne pouvait advenir. Elle est une fracture par rapport aux valeurs : l'idée qu'on se faisait de soi-même, de l'ordre social existant, de la justice. Elle provoque la perte des repères et un effondrement des croyances et des convictions autrefois rassurantes. Elle ouvre une brèche dans l'ordre moral et déstabilise. Elle met en lumière la vulnérabilité, la fragilité, la solitude, le sentiment de la finitude surtout lorsqu'on a frôlé la mort ou qu'elle en a fauché d'autres autour de soi.

L'onde de choc diffère selon les personnes. Les processus psychologiques peuvent varier depuis des réactions ponctuelles et passagères jusqu'à des conduites pathologiques beaucoup plus graves (Markesteyn, 1993 ; Crocq, 1994). Certaines personnes sont plus susceptibles de développer des problèmes à long terme. Certains terrains sont plus propices. Les traumatismes ou les chocs antérieurs qui n'ont pas été résorbés, les autres facteurs de stress présents, les conditions socio-économiques, les traits de personnalité, les prédispositions personnelles, le support ou non de l'entourage : tous ces éléments sont autant de facteurs qui peuvent contribuer à fragiliser les personnes victimes d'agressions ou de violences de toutes sortes. La perception de la gravité de l'événement relève d'une appréciation personnelle, subjective et étrangère à la classification juridique ou médicale. Le degré de violation ressenti pour chaque

personne est fonction du sens que prend l'événement dans son histoire de vie.

Les mêmes mécanismes de survie et d'ajustement sont en jeu et les victimes passent à travers les mêmes étapes pour retourner à la vie normale, guérir, poursuivre leur route. Revenir le plus possible à la situation antérieure, mais aussi obtenir réparation ou dédommagement pour les torts subis : le cheminement est semblable.

Les victimes de crime ou de catastrophes risquent de se voir infliger des blessures secondaires, de nouvelles souffrances qui viennent s'ajouter au traumatisme initial. Ni les unes ni les autres ne sont à l'abri du regard des médias, des curieux, des experts (Engel, 1993). Ni du sentiment d'abandon et d'indifférence de l'entourage ou de la communauté une fois que la situation de crise s'est résorbée. Ni des déceptions et des frustrations à cause de l'insuffisance de nos moyens pour reconnaître et réparer les torts qui leur ont été causés. Ni des maladroites que nous pouvons commettre en voulant les aider.

Les études sur les événements traumatiques de tous ordres en viennent à la même conclusion : le support de l'entourage est un élément majeur dans le processus de rétablissement. Elles montrent aussi qu'à la longue, l'entraide s'effrite. L'écoute est plus distraite, lassée ; la compassion est de surface ou formelle ; les proches manifestent des signes de lassitude et parfois même d'irritation. Les victimes en viennent à croire que l'entourage a failli à son devoir de solidarité.

Ces événements peuvent être tout autant une brisure importante dans le parcours de vie qu'une occasion de croissance personnelle, d'en sortir « l'âme renforcée », d'actualiser ses ressources personnelles, de souder des liens plus étroits avec l'entourage, de développer un meilleur sentiment d'appartenance avec sa communauté (Dray, 1999).

### **LES RÉSONANCES SPÉCIFIQUES DE LA VIOLENCE CRIMINELLE**

Si les études sur les événements traumatiques révèlent que les victimes passent sensiblement par les mêmes trajectoires, peut-être y a-t-il quand même certaines différences ou particularités. Dans le cadre de la victimisation criminelle, on réfère à des conduites qui brisent l'ordre établi et qui sont des transgressions à l'interdit et à la loi pénale. L'intentionnalité est un élément qui teinte ces violences d'une façon particulière. La victime est la plupart du temps investie. Elle est choisie parce qu'elle est plus accessible ou vulnérable ; parce qu'elle présente certains attraits ou permet de satisfaire des besoins avoués ou non. Dans certaines victimisations, elle est un symbole. Celle qui expie la faute. Frustrations et sentiments refoulés, blessures narcissiques qui n'ont jamais été reconnues, vengeance : chaque événement est porteur de sens qu'il faut décoder en fonction de l'acte et de son auteur, mais aussi des dimensions sociales, culturelles et politiques (Dray, 1999). Cette violence est souvent dirigée. Elle veut punir, faire souffrir, atteindre, humilier, utiliser, séduire, manipuler. Autant d'éléments qui sont susceptibles d'infliger des souffrances aux victimes, de porter gravement atteinte à leur intégrité.

On peut se demander si les troubles psychiques ne sont pas plus importants ou perturbateurs dans les événements traumatiques où la victime a conservé le souvenir d'une agression intentionnelle, comparativement à celle qui n'est que le fait du hasard, du déchaînement des forces de la nature. Il s'agit là d'une dimension du trauma qu'il importe de documenter ou de nuancer dans des recherches futures.

L'acte criminel induit un contexte particulier de violence. Lors de l'évaluation des réactions consécutives au crime, il faut porter attention à certaines caractéristiques ou variables qui pondèrent la gravité de cet événement. Le recours à une arme, la nature des menaces proférées, le nombre d'agresseurs, l'impossibilité de contrôler ce qui se passe, le rapport de force inégal, le caractère parfois dégradant du crime : tous ces éléments apportent un éclairage particulier en comparaison avec d'autres formes d'agression.

La violence criminelle s'inscrit souvent dans des contextes où l'Autre a un visage, un nom. Elle n'est pas impersonnelle, anonyme. Le fait que dans beaucoup de ces crimes, victimes et agresseurs se connaissent est une donnée importante. Les sondages de victimisation le font clairement ressortir en ce qui a trait aux voies de fait, aux violences sexuelles, à l'homicide. Dans ce type de criminalité ou de violence expressive, les protagonistes ont souvent des liens. Celui qui agresse est un membre de la famille, un ami, un voisin, un collègue, une connaissance. La menace ne vient pas de l'extérieur, d'un inconnu.

Dans ces victimisations, cette violence n'est pas soudaine. Au contraire, elle s'inscrit souvent dans un processus plus ou moins long, dans la continuité de rapports et de liens de confiance que l'on tisse avec des personnes significatives. Coercition, manipulation, abus de pouvoir, elle est insidieuse, sournoise et plus difficile à nommer.

Le rapport victime-agresseur a de multiples impacts sur la façon dont l'événement sera perçu et intégré. Il aura des résonances sur l'enfant victime d'abus intrafamilial trahi par une personne sensée l'aimer et le protéger, sur la personne âgée victime abusée par un membre de la famille ou un aidant, sur la femme qui subit la violence d'un partenaire qu'elle a choisi, sur la personne dupée ou spoliée de ses biens par quelqu'un en qui elle avait mis sa confiance.

Chez les victimes de crime, la culpabilité est un réflexe très fréquent. Elle est massivement présente dans les agressions sexuelles. La culpabilité trouve sa source dans l'idée que la victime a dû commettre une faute quelconque, qu'elle a mérité ce qui lui arrive. L'idée que certaines victimes ont pu contribuer à leur victimisation, qu'elles ont provoqué ou toléré la violence, qu'elles ont accepté de se retrouver dans des situations ou avec des personnes à risque est encore largement répandue. Naïveté, manque de vigilance ou de jugement, imprudence : l'image de la victime blâmable est loin d'être éradiquée. Elle est souvent reflétée par l'entourage immédiat, par les autorités judiciaires, par la communauté. Il est facile de conclure que même si les victimes ne sont pas responsables de leur victimisation, elles n'en ont pas moins couru après le destin parce que les bonnes personnes échappent au malheur et mènent une bonne vie.

La victimisation criminelle est plus entachée de ce stigma. Plus qu'en d'autres contextes où l'on attribue les causes de l'événement au mauvais sort, à des forces obscures ou hors de notre contrôle. Le fait de se sentir responsable de ce qui arrive plutôt que de l'attribuer aux événements extérieurs peut bloquer le réflexe d'aller vers autrui, de solliciter de l'aide. Et il faut se demander dans quelle mesure ces victimes de crime qui attirent moins la sympathie, parce qu'on les estime coupables, sont privées de cet élan de solidarité sociale qu'on voit s'exprimer spontanément envers les personnes victimes de sinistres ou de catastrophes.

Il convient aussi de souligner que nombre de ces victimisations où l'auteur du délit et la victime se connaissent, particulièrement dans le champ des violences familiales et sexuelles, ne sont pas déclarées. Crainte des représailles, honte, méfiance face au système de justice, peur de ne pas être crues ou jugées : les sondages de victimisation montrent qu'environ 10 % des victimes d'infraction à caractère sexuel et 28 % des femmes victimes de violence de leur conjoint portent plainte aux autorités judiciaires. L'*Enquête sur la violence faite aux femmes* (1994) nous a appris que 22 % des répondantes n'en avaient parlé à personne. Cela signifie qu'un nombre important de victimes restent en marge de l'intervention, ou encore qu'elles réclament de l'aide alors que leurs difficultés se sont aggravées ou chronicisées.

Enfin, le parcours de certaines victimes fait apparaître qu'elles se sont trouvées en situation de victimisation une ou plusieurs fois, dans des contextes différents ou similaires. Certaines personnes peuvent se placer à nouveau dans des situations à risque en raison de mécanismes inconscients de répétition qui mettent en jeu la culpabilité, la dépendance affective, la faible estime de soi, le sentiment d'impuissance et l'angoisse face aux menaces de séparation ou d'abandon. Elles peuvent aussi redevenir victimes en raison d'une vulnérabilité induite par une première expérience d'agression pour laquelle elles n'ont pas été aidées rapidement ou dont elles ont nié les blessures psychologiques (Gortais, 1992). Plus les aspects de la victimisation n'ont pas été résorbés, intégrés, plus les événements sont rapprochés, plus la possibilité de récupérer est limitée.

L'on sait très bien que la précocité de la prise en charge est le facteur le plus important pour parvenir à un meilleur pronostic (Gortais, 1992 ; Engel, 1993 ; Damiani, 1999). L'intervention précoce est la clé du succès thérapeutique. Il faut intervenir massivement et rapidement. Or, les victimes de violence grave, même si elles sont les plus à risque, sont celles qui font appel le plus tardivement aux services psychosociaux. Un très grand nombre de victimes de violence criminelle doivent se débrouiller pour trouver les ressources pouvant leur venir en aide. Elles sont souvent laissées à elles-mêmes. Nombre d'entre elles ne feront aucune démarche parce qu'elles ne savent pas où se tourner, qu'elles ne croient pas pouvoir être soutenues. Elles arrivent à diverses étapes, et parfois très longtemps après avoir été victime de négligence, d'abus ou de violence.

En comparaison, dans les sinistres et catastrophes ou dans les événements de violence qui impliquent plusieurs victimes, l'intervention est proactive au plan de l'information, de l'accessibilité et de l'organisation des services. Même si le modèle actuel n'est pas parfait, il offre certainement de meilleures garanties au plan de la prévention des traumatismes.

## CONCLUSION

Nous devons questionner notre position et nos valeurs à l'endroit des personnes qui subissent des agressions et des violences. Le mot victime a une connotation très péjorative. Il évoque la personne souffrante, démunie, le perdant dans une société orientée vers le succès. L'expérience des victimes fait presque exclusivement l'objet d'un « encodage psychologisant » (Dray, 1999).

Comme le souligne le Dr Pierre Migneault dans un numéro de la Revue *Frontières* (1998) consacré aux traumatismes :

*[...] il faut se garder d'une quête effrénée d'un statut de victime avec sa myriade presque infinie de syndromes de stress post-traumatiques. Le titre, le kit et la mentalité de survivant, nous dit-il, comme identité de base individuelle ou collective, c'est dangereux et fragile autant pour la personne qui l'affiche que pour celle qui côtoie ce « traumatisé de l'existence ».*

Il faut axer nos interventions sur les capacités et ressources des personnes et groupes confrontés à ces événements plutôt que de mettre l'accent sur leur vulnérabilité et leur dépendance.

La question n'est plus « peut-on aider les victimes ? », mais « comment les aider ? ». Nous devons continuer à réfléchir sur nos pratiques, à améliorer nos modèles d'intervention et nos connaissances. La prise en charge des victimes est un travail de réseau. À tous les niveaux — politique, institutionnel, individuel — nous devons mettre nos forces et notre expertise en commun. Les images et les informations constamment projetées par les médias nous montrent que nous ne sommes pas à l'abri de la violence déclenchée par la nature ou par les mains de l'homme.

### **Bibliographie**

- BARIL, M. (1984). *L'envers du crime*, Université de Montréal, Centre international de criminologie comparée, Les Cahiers de recherches criminologiques, vol. 2, 413 p.
- CROCQ, L. (1994). « Les victimes psychiques », *Victimologie*, Paris, N.H.A. Communication, n° 1, p. 25-34.
- DAMIANI, C. (1997). *Les victimes. Violences publiques et crimes privés*, Bayard Éditions, 278 p.
- DRAY, D. (1999). *Victimes en souffrance. Une ethnographie de l'agression à Aulnay-sous-Bois*, La Collection Droit et Société, 318 p.
- ENGEL, F. (1993). *Le stress post traumatique et les victimes d'actes criminels*, Études de la documentation, 159 p.
- GORTAIS, J. (1992). *L'aide psychologique aux victimes*, Ministère de la Justice, 89 p.
- MARKESTEYN, T. (1993). *Les répercussions psychologiques des actes criminels à caractère non sexuel sur les victimes*, Solliciteur général du Canada, 73 p.
- MIGNEAULT, P. (1998). « L'histoire du trauma en psychiatrie », *Frontières*, n° 3, Université du Québec à Montréal, p. 8-11.
- STATISTIQUE CANADA (1994). *La violence familiale au Canada*, Centre canadien de la statistique juridique, 123 p.



## STRESS ET TRAUMA

Pr François LEBIGOT

**S**tress et trauma, et non pas stress et stress traumatique. Concevoir le traumatisme psychique comme une variété de stress nous amène à ne pas comprendre grand-chose à l'essence même des troubles que celui-ci engendre, et à écouter d'une mauvaise oreille des malades restés sous le coup d'une telle expérience. Aussi allons-nous ici tenter de restituer au phénomène sa pureté, à partir d'une représentation psychopathologique inspirée des métaphores freudiennes, et au plus près de ce que nous enseigne la clinique.

### NÉVROSE TRAUMATIQUE OU ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ?

Jusqu'à l'apparition du DSM III, les psychiatres confrontés chez un patient aux effets différés et à long terme d'un traumatisme psychique portaient le diagnostic de « névrose traumatique ». Il était entendu que le traumatisme psychique était à l'origine des principaux symptômes de la maladie, tandis que la dimension conflictuelle de la personnalité n'intervenait que secondairement pour produire des « symptômes associés ».

Le terme « névrose » devait être compris dans son sens le plus général, celui qu'il avait déjà au XIX<sup>e</sup> siècle et que l'on retrouvera dans les « névroses actuelles » de Freud. Et même si Abraham et Ferenczi avaient tenté de ramener la névrose traumatique à un conflit sexuel infantile, par la voie du narcissisme, il s'est trouvé peu de psychanalystes pour lui faire prendre place parmi les psychonévroses de transfert. Elle fut même à l'origine d'un remaniement de la théorie des pulsions de Freud<sup>1</sup> : alors que l'opposition pulsions d'autoconservation/pulsions sexuelles suffisait à rendre compte des mécanismes intrapsychiques des névroses hystériques et obsession-

nelles, elle se révélait impuissante à saisir les ressorts du syndrome de répétition qui était un « au delà du principe de plaisir ».

Sur le plan psychopathologique, la névrose traumatique était alors le résultat d'une rencontre, rencontre entre un événement ayant acquis une valeur traumatique (nous reviendrons sur le concept d'« effraction ») et une structure névrotique, c'est-à-dire ni psychotique ni perverse. Le travail psychothérapeutique avec de tels patients venait confirmer cette représentation, en révélant les mécanismes de défense névrotiques à l'œuvre pour diminuer, mais aussi pour entretenir (à un niveau tolérable) la souffrance psychique.

Le problème a été celui de l'évolution du vocabulaire psychiatrique, en particulier dans ses emprunts à la nosographie psychanalytique. Le terme de névrose a cessé de faire référence aux « névroses actuelles » pour ne plus désigner que les « psychonévroses de transfert » issues du conflit sexuel infantile. Il devenait inadéquat pour nommer le regroupement symptomatique résultant d'un traumatisme psychique.

Mais le recours au concept plus récent de stress est-il meilleur ? Nous avons deux raisons de répondre par la négative.

- La première tient aux caractéristiques de l'instant traumatique lui-même. La « menace » (nous la préciserons plus loin) n'agit pas comme un « stressor ». Cela se voit particulièrement bien dans un certain nombre de cas. L'intense mobilisation psychique du sujet (le combat par exemple, ou une activité de soins) et la brièveté de la perception qui fera traumatisme font que celle-ci passera inaperçue, c'est-à-dire sera immédiatement « oubliée » ou sera suivie d'un bref soulagement, d'être indemne par exemple : « Je n'ai pas eu le temps d'avoir peur ». Elle ne réapparaîtra que plus tard, parfois beaucoup plus tard, au grand étonnement de l'intéressé. Parfois il n'est même pas nécessaire que le sujet ait son attention tout entière mobilisée. C'est avec indifférence (malgré le bref moment de l'effroi) que la rencontre avec un événement qui fera traumatisme se produira. L'absence d'émotion peut même être remarquée sur le moment et mise au compte des qualités de

courage ou de la force de caractère de celui qui, plus tard, sera terrassé par le retour de l'image réelle.

Il arrive plus souvent que la perception traumatique soit noyée dans un grand déploiement d'angoisse déclenché par l'ensemble de la situation.

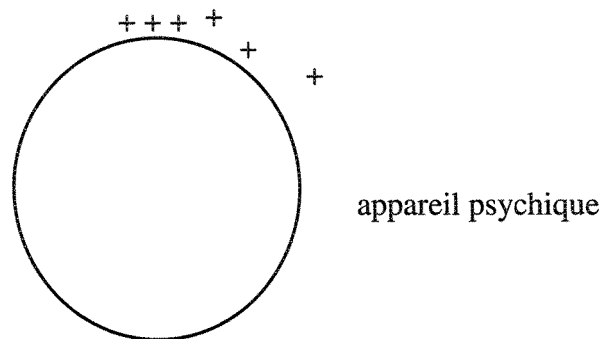
- La deuxième raison de récuser le concept de stress tient aux manifestations du syndrome de répétition : « Stress et anxiété ont d'étroites connivences et l'anxiété est une conséquence immédiate et fréquente du stress »<sup>2</sup>. Certes, mais ici, devant le surgissement des images traumatiques qui sont elles-mêmes des images d'angoisse ou plutôt d'épouvante, il n'est nul besoin du relais du stress. En dehors même des moments de leur manifestation, elles déterminent de l'angoisse, voire des attaques de panique qui restent un mystère pour le sujet. On ne voit pas bien pourquoi, dans cette affection-là, l'angoisse devrait être rebaptisée « stress ».

En fait, nous croyons connaître la raison de ce glissement sémantique. Nous avons vu que, parfois, la perception qui laissera une marque traumatique ne déclenche aucune manifestation de stress. Dans la plupart des cas, néanmoins, le stress est bien présent, sous sa forme adaptative ou dépassée<sup>3</sup>. Pensons au passager du RER lors d'un attentat. Après le bref moment de l'explosion il y a la fumée, le noir, les cris des blessés, les atteintes physiques éventuelles, l'attente des secours, etc. Au sortir de l'événement, il est bien hasardeux de croire reconnaître parmi les victimes « stressées » celles qui sont aussi « traumatisées ». Du fait des circonstances qui accompagnent généralement une catastrophe, le trauma sera englobé dans un halo de stress qui viendra le masquer. On comprend mieux alors qu'il soit réputé être l'effet de ce dernier, rebaptisé pour la circonstance : « stress traumatique ».

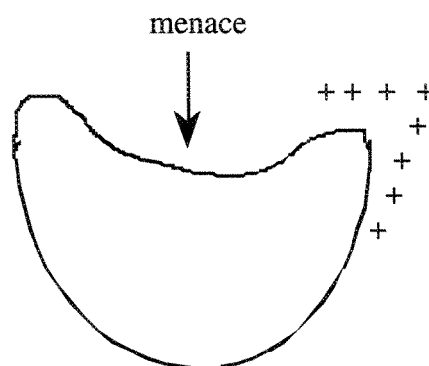
### **Représentations métaphoriques inspirées de Freud**

Aussi peut-on, à la manière de Freud, tracer des schémas permettant de visualiser ce qui différencie un stress d'un trauma, et les raisons pour lesquelles le deuxième est souvent rattaché au premier. Nous

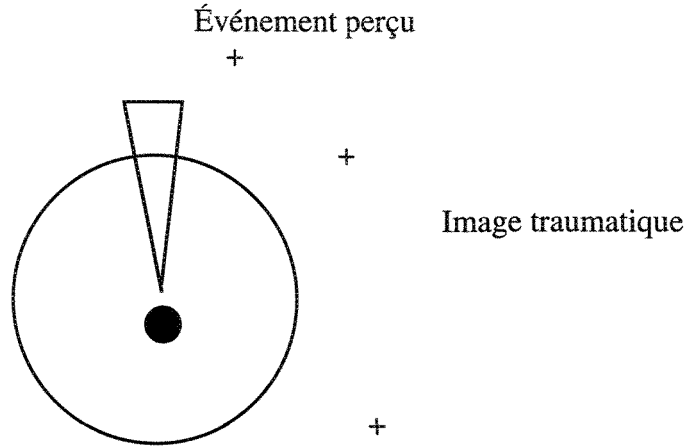
utiliserons la métaphore de la « vésicule vivante » : une membrane protectrice sphérique, le « pare-excitations », qui sert de contenant à l'appareil psychique<sup>4</sup>. Sa surface est chargée d'énergie positive et repousse les énergies en excès venant de l'extérieur qui pourraient perturber son bon fonctionnement.



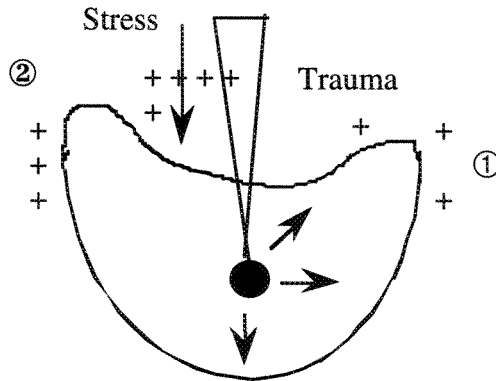
Le stress (pression en anglais) dans un tel schéma provoquerait un écrasement de l'appareil psychique, dont la traduction clinique serait sa souffrance, et l'activation de sa défense contre les énergies venant de l'extérieur.



Le trauma, dont on sait qu'il survient de préférence dans un état d'impréparation (de surprise), n'est pas un écrasement mais une traversée (effraction) du pare-excitations, et le dépôt, dans la vésicule vivante de l'image de l'événement.



Dans la majorité des cas, trauma et stress combinent leurs effets, dans cet ordre-là, c'est-à-dire que l'accroissement de la charge énergétique protectrice du stress ne survient que lorsque l'image traumatique est déjà venue s'incruster à l'intérieur de l'appareil psychique.



En outre, l'image traumatique va produire de l'angoisse qui va potentialiser, de l'intérieur, les effets du stress.

Ces schémas essaient de décrire un autre aspect de ce qui différencie le stress du trauma. Lorsque la pression du stress disparaît, l'appareil psychique reprend graduellement sa forme initiale et la souffrance psychique disparaît peu à peu, spontanément. Les techniques de prise en charge immédiate ou de *débriefing* post-immédiat ne font qu'accélérer le processus, parfois de manière spectaculaire. Si la pression se prolonge (menace d'autres secousses dans un tremblement de terre par exemple) ou si l'événement a entraîné des dommages durables, la souffrance persiste. Elle change éventuellement de nature, car ces dommages sont généralement de l'ordre de la perte : perte de l'intégrité physique ou de la santé, perte de proches, de biens, de l'honneur, etc.

Il n'en va pas de même avec le trauma. L'image traumatique est désormais incrustée à demeure dans l'appareil psychique. Elle peut y séjourner pendant toute la vie du sujet et exercer ses effets délétères en permanence. Elle peut aussi nouer avec le temps quelques liens avec les représentations de l'inconscient, se modifier, voire s'élaborer entièrement de manière à s'intégrer dans un procès de signification et devenir un souvenir. Ce processus s'effectue spontanément ou dans le transfert avec un thérapeute.

Sur le plan psychopathologique, le traumatisme psychique apparaît donc comme un phénomène plus complexe que le stress et d'une nature différente. Examinons-le d'abord du point de vue de ce qui est requis pour qu'il se produise.

## LA CLINIQUE DU TRAUMATISME PSYCHIQUE

Nous la caractériserons par trois aspects principaux :

1. Le traumatisme psychique résulte d'abord d'une rencontre avec le réel de la mort. Il ne s'agit pas d'une simple menace vitale : « réel » doit être pris ici au sens que Lacan donne à ce substantif, « le réel », dans sa topique. On peut parler aussi d'une rencontre avec le néant. Freud avait déjà fait remarquer

que nous n'avons pas dans notre appareil psychique de représentation de la mort. Nous savons tous que nous allons mourir, mais nous ne savons pas ce que c'est que la mort. Nous vivons comme si nous étions immortels<sup>5</sup>. C'est pour cela que, dans la rencontre traumatique, la mort (ou le néant) va venir s'incruster comme image et non comme représentation. Image à l'état brut, « corps étranger interne » dit Freud, sans possibilité de nouer des liens avec les représentations et se transformer en souvenir.

Trois types de circonstances sont à l'origine de cette effraction :

- a) c'est de la mort du sujet lui-même qu'il s'agit : soldat mis en joue à bout portant, automobiliste qui voit un autre véhicule arriver sur lui à grande vitesse, etc. Cette fois-ci c'est sûr, il est mort ;
  - b) la mort est celle de l'autre : sentinelle qui discute tranquillement avec son camarade et qui voit un trou rouge s'agrandir au milieu de son front avant qu'il ne s'écroule, piéton qui assiste sur le trottoir à la course finale d'un défenestré ;
  - c) c'est le spectacle de la mort horrible, souvent avec un grand nombre de cadavres : soldats découvrant un charnier en Bosnie, sauveteurs appelés sur un grand carambolage autoroutier. Les corps sont souvent dans ces cas en mauvais état : mutilés, partiellement décomposés etc.
2. Nous avons déjà fait allusion à l'effroi, que Freud distinguait de la peur et de l'angoisse, et qui est l'état affectif du sujet lors de l'effraction traumatique. L'effroi, c'est un vide, un moment de rien, un trou de l'émotion, parfois exprimé en termes de panne psychique (« comme une vidéocassette qui s'arrête »). Un grand silence, une image hallucinatoire, un déni de l'événement (« c'était comme un film » ou « un rêve ») peuvent venir occuper ce moment voué au néant. Aucun mot, aucune représentation, aucune pensée ne se présentent à l'esprit du sujet. Certains le disent comme ça : « Il n'y avait plus de mots ».

Le concept de « dissociation péritraumatique » tente de cerner ce phénomène, sans parvenir jusqu'à présent à le différencier des effets propres de l'angoisse lorsqu'elle produit un état de dépersonnalisation avec déréalisation. Néanmoins, la première question du « questionnaire des expériences dissociatives péritraumatiques » de C. Marmar<sup>6</sup> serre de très près le vécu d'effroi : « Il y avait des moments où j'ai perdu le fil de ce qui se passait, comme s'il y avait eu un "blanc" ou un intervalle, ou comme si je n'avais pas fait partie de ce qui se passait ».

3. Il règne aujourd'hui beaucoup de confusion autour du terme de traumatisme. Une mère qui reçoit par courrier ou par téléphone la nouvelle de la mort de son fils subirait un traumatisme. Aussi épouvantable que soit le choc que reçoit cette femme, il ne s'agit pas de quelque chose qui relève de ce dont nous parlons ici. Ce serait différent si elle avait assisté à l'événement (sans que celui-ci, d'ailleurs, fasse obligatoirement effraction). Le trauma résulte toujours d'une perception ou d'une sensation. Perception visuelle le plus souvent, mais aussi auditive (explosion), olfactive (odeur de cadavres), cénesthésique (écrasement) ou même gustative (poison). Il ne résulte jamais d'un récit, même fait en direct (au téléphone ou à la télévision avec des images virtuelles), par un sujet dans un péril mortel. Les cauchemars survenant à la suite d'un récit ou de la contemplation d'images virtuelles n'ont pas le caractère de la répétition, ce sont des constructions fantasmatiques qui, dans la thérapie, vont s'aborder différemment. En particulier, nous ne croyons pas que les descendants de traumatisés puissent de ce seul fait présenter un syndrome de répétition traumatique. Ces « traumas » par procuration sont même le seul vrai diagnostic différentiel de la « névrose traumatique ».

Deux autres points caractéristiques du moment traumatique sont plus anecdotiques, mais néanmoins présents dans la très grande majorité des cas. Ce sont l'effet de surprise, d'une part, retrouvé même lorsque le sujet pouvait s'attendre à être confronté à une menace grave ou à des images mortifères ; la brièveté de l'instant traumatique, d'autre part, celui-ci pouvant être amené à se répéter. Un jeune soldat charrie depuis des jours des cadavres dans sa pelleteuse pour aller les déverser dans les fosses creusées par ses camarades



(Goma, Zaïre, 1994). Ce matin-là, lorsqu'il soulève sa benne, la tête du cadavre d'un adolescent roule sur le côté, ses yeux sont ouverts et semblent le fixer tout à coup.

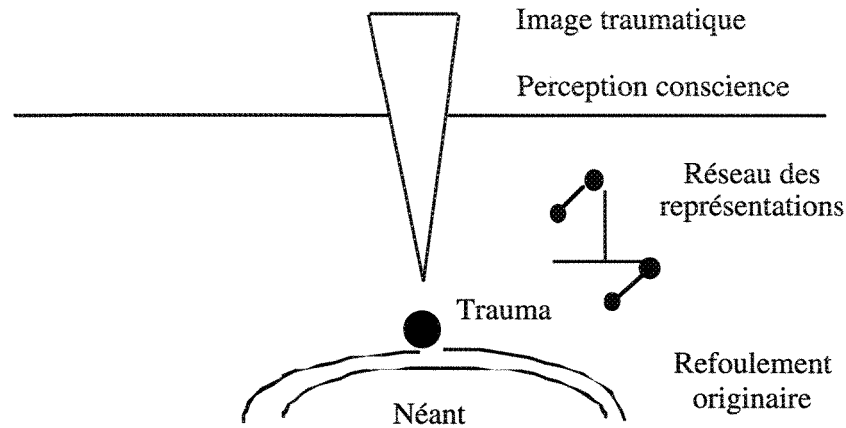
Il est temps maintenant de revenir à la métaphore de la vésicule vivante, en la complexifiant un peu pour essayer de comprendre les effets dans le psychisme de cette effraction réalisée par le traumatisme.

### **PSYCHOPATHOLOGIE DU TRAUMATISME PSYCHIQUE<sup>7</sup>**

L'appareil psychique est représenté ici entre sa limite intérieur/extérieur, le plan « perception-conscience », et ce qui marquerait sa profondeur inaccessible : le « refoulé originaire ».

Le refoulé originaire nous intéressera ici comme le lieu du dépôt des premiers ressentis du nourrisson, dominés par des expériences d'anéantissement, fussent-ils dans la jouissance de la complétude alimentaire et du « holding » (Winnicott). Avec l'acquisition du langage, elles font l'objet d'un premier refoulement et elles constituent le socle d'élaboration fantasmatique de ce que Freud appelait « l'objet perdu ». Les angoisses d'anéantissement sont remplacées par des « angoisses de castration »<sup>8</sup>, c'est-à-dire des angoisses de perte par rapport à la satisfaction. La mort elle-même n'est plus représentée que comme une perte.

L'expérience traumatique, qui confronte le sujet au néant et annule sa structure langagière, réalise un franchissement du refoulement originaire et un retour à des éprouvés archaïques (du fœtus ou du nourrisson). En cela, elle équivaut à un retour dans le sein maternel, une transgression de l'interdit de l'inceste<sup>9</sup>. Pour reprendre les termes de Freud, nous nous situons ici « au delà du principe de plaisir » (celui qui gouverne les représentations), dans une zone intrapsychique normalement inaccessible et interdite. Il y a de quoi s'en trouver à la fois horrifié et fasciné.



Ce schéma sommaire nous donne quelques indications sur les conséquences dans la clinique d'un traumatisme psychique<sup>10</sup>.

1. L'image traumatique est de même nature que le refoulé originaire (d'où le fait que la névrose traumatique ait été parfois rangée dans les psychoses). Non liée au réseau des représentations, elle va se trouver vouée à la répétition pulsionnelle. Elle va exercer aussi sur le sujet une fascination qui, avec le temps, rendra de plus en plus difficile le travail de guérison, c'est-à-dire l'acceptation de s'en défaire. Pour le patient, c'est un peu comme s'il avait récupéré l'« objet perdu », avec toute l'angoisse et l'écrasement du désir qui en résultent.
2. Au moment de l'effraction, aucune représentation, aucun mot n'a été là pour l'empêcher. Le sujet a été abandonné par le langage, ce que certains formulent très bien en disant qu'ils ont été réduits à l'état d'animal ou d'objet. Cet abandon par le langage équivaut à un abandon par la communauté des hommes : dans les cas graves, le névrosé traumatique, qui en veut un peu à tout le monde, se fabrique un destin d'exclu.
3. Enfin, le franchissement de la barrière du refoulement primaire réalise une transgression majeure (qu'il n'ait pas été recherché ne change rien), c'est-à-dire que tout traumatisme psychique

s'accompagnera de culpabilité, inconsciente parfois, consciente et rationalisée (ou projetée) le plus souvent. Indépendamment du fait qu'il puisse y avoir pour le sujet d'autres raisons de se sentir en faute : faute réelle, culpabilité du survivant, etc.

4. Les manifestations de la répétition, nocturnes ou diurnes, reproduisent et renforcent chaque fois tous les effets induits par la première effraction : récupération horrifiée de l'objet perdu, abandon, faute. Si elles sont rapprochées, l'état du patient va s'aggraver jusqu'à créer une authentique détresse. Il ne lui échappe d'ailleurs jamais complètement ; cette fois-ci, ce n'est plus l'événement qui s'impose mais c'est lui qui « y retourne ». Toutes les ambiguïtés du statut de « victime » sont contenues dans ce paradoxe qui tient à la fascination qu'exerce l'originale.

Il nous reste à mentionner seulement, dans cet effort de spécification du traumatisme par rapport au stress, d'autres types d'approche.

#### **NEUROPHYSIOLOGIE (ET NEURO-ANATOMIE) DU TRAUMATISME PSYCHIQUE**

Les recherches actuelles montrent que le syndrome de répétition détermine au niveau du système nerveux central des réactions neuro-physiologiques et des modifications neuro-anatomiques spécifiques, en rien comparables avec les effets du stress, même intense et répété.

#### **CONCLUSION**

Mieux le traumatisme psychique sera connu dans tous ses aspects, moins son assimilation à un stress sera admise. Il est probable que la dénomination « état de stress post-traumatique » n'a pas devant elle une durée de vie très grande. Par quoi la remplacer ? La communauté des psychiatres devra faire preuve d'imagination et de rigueur.

## NOTES

- 1 Freud, S. (1971). « Au delà du principe de plaisir », in : *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot.
- 2 Lhô P., H. Lhô et A. Galinowski (1999). *Le stress permanent*, Paris, Ed. Masson.
- 3 Crocq, L. (1999). *Les traumatismes psychiques de guerre*, Paris, Odile Jacob.
- 4 Freud, S (1971). *Op.cit.*
- 5 Freud, S. (1971). « Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort », in *Essais de Psychanalyse*, Paris, Payot.
- 6 Marmar, C.R., D.S. Weiss D.S., W.E. Schlenger *et al.* (1997). « The Peritraumatic Dissociative Experience Scale », in J.P. Wilson et T.L. Keane, *Assessing Psychological Trauma and PTSD*, New York, Guilford Press.
- 7 Lebigot, F. (2001). « Répercussions psychiatriques et psychologiques immédiates », in M. De Clercq et F. Lebigot, *Les traumatismes psychiques*, Paris, Masson, p. 93-102.
- 8 Lacan, J. (1979). *Le Séminaire. L'éthique*, Paris, Éd. Le Seuil.
- 9 Daligand, L. (1997). « La thérapie des victimes au risque de la violence », *Les cahiers de l'Actif*, 248-249, p. 77-84.
- 10 Legitot, F. (2000). « Clinique de la névrose traumatique dans son rapport à l'événement », *Revue francophone du stress et du trauma*, 1, p. 21-25.

**TAUX PLASMATIQUES DE GABA AU DÉCOURS  
IMMÉDIAT D'UN TRAUMA : UN FACTEUR  
PRÉDICTIF DE DÉVELOPPEMENT  
D'UN PTSD À DEUX MOIS**

Guillaume VAIVA, M.D. Ph.D.  
Virginie BOSS, M.D.  
Claire RASCLE, M.D. Ph.D.  
François DUCROCQ, M.D.  
Olivier COTTENCIN, M.D.  
Pierre THOMAS, M.D. Ph.D.  
Michel GOUEMAND, M.D.  
Monique FONTAINE, M.D.  
Patrick DEVOS, Ph.D.  
Philippe LAFFARGUE, M.D. Ph.D.

**INTRODUCTION**

**L**a transmission des influx sensoriels primaires implique deux éléments : le glutamate (acide aminé excitateur) et l'acide gamma-amino butyrique (GABA, inhibiteur). Le glutamate est le neurotransmetteur le plus répandu dans le système nerveux central (SNC) et joue un rôle majeur dans les processus de conscience et de mémoire (Collingridge et Bliss, 1995).

Un grand nombre d'arguments plaident en faveur du rôle des transmissions GABA et glutamatergiques dans la psychobiologie du trauma et dans celle du *Post-traumatic stress disorder* (PTSD). Adler (1943) fut le premier à observer qu'une perte de connaissance prolongée après un événement terrifiant semblait prédictif de la survenue d'un PTSD. Bien que la physiopathologie du coma ne soit pas encore totalement clarifiée, il est fortement supposé qu'il soit en partie induit par l'interruption des transmissions glutamatergiques, notamment thalamiques (O'Brien et Nutt, 1998). D'un autre côté, les substances agonistes GABAergiques comme l'éthanol et les benzodiazépines exercent leur action en supprimant les fonctions

glutamatergiques. Ces substances sont fréquemment utilisées par les patients souffrant d'un PTSD pour tenter d'empêcher les souvenirs traumatiques et les reviviscences, ou pour éviter d'être confrontés à de nouveaux souvenirs. Récemment, Maes *et al.* (2001) montraient que la consommation (aiguë ou chronique) d'alcool antérieurement à l'événement traumatique diminuait le risque de développement d'un PTSD dans les suites.

Le GABA et le glutamate sont ainsi intimement impliqués dans les processus de mémorisation factuelle et dans l'encodage des mémoires émotionnelles et de peur (Izumi *et al.*, 1999 ; De Lorey *et al.*, 2001 ; Corcoran et Maren, 2001). Dans les situations de psychotraumatisme, la mémorisation factuelle et les composants biologiques des réponses émotionnelles pourraient être altérés (voir Nutt, 2000). En se référant au rôle joué par les transmissions GABA et glutamatergiques dans l'encodage de la mémoire, nous pouvons émettre l'hypothèse qu'un psychotraumatisme aboutisse à une surstimulation du système NMDA (Nutt, 2000). La surstimulation des récepteurs NMDA engendre un excès d'afflux d'ions calcium dans le neurone post-synaptique. Cet ion est extrêmement toxique pour la cellule et peut engendrer une destruction cellulaire qui pourrait être un mécanisme clé expliquant les pertes cellulaires retrouvées chez les sujets souffrants de PTSD. Au vu des éléments de recherche et des observations cliniques, nous pensons que des anomalies des inhibitions GABAergiques puissent augmenter la sensibilité d'un individu à la perception et à la réaction à un stress aigu.

Les taux plasmatiques de GABA sont un bon reflet de l'activité GABAergique cérébrale (Petty *et al.*, 1992). Chez un individu donné, les taux de GABA sont stables dans le temps et génétiquement déterminés, plus probablement sous l'influence d'un gène autosomique récessif (Petty *et al.*, 1995, 1999). Dans la population générale, la distribution des taux de GABA suit une courbe de Gauss : de 5 à 15 % des individus ont des taux faibles et de 5 à 15 % ont des taux élevés (Petty *et al.*, 1995).

Nous formulons l'hypothèse que les sujets avec de faibles taux de GABA, génétiquement déterminés, présenteront une réponse biologique à la peur et au stress différente des autres sujets, et

présenteront plus de troubles psychopathologiques dans les suites immédiates d'un événement traumatique. Parmi une population de victimes d'accidents de la route, consécutivement admis dans le Service de traumatologie du Centre hospitalier universitaire de Lille, nous avons mesuré les taux plasmatiques de GABA dans les premières heures après le trauma. Nous avons alors suivi ces sujets pour définir les évolutions psychopathologiques à court terme (deux mois) et long terme (un an).

## **MÉTHODE**

### **Critères d'inclusion et d'exclusion**

Nous avons étudié des sujets hommes ou femmes âgés de plus de dix-huit ans, victimes d'un accident de la route et nécessitant une hospitalisation d'au moins soixante-douze heures dans le Service de traumatologie du Centre hospitalier universitaire de Lille. Tous les types de victimes étaient concernés (conducteurs, passagers, piétons). Les sujets ayant présenté un coma ou un traumatisme crânien avec perte de connaissance initiale étaient exclus de l'étude, comme ceux présentant un trouble cérébral organique ou une démence. Des critères d'exclusion spécifiques à l'interprétation des dosages de GABA étaient appliqués : les sujets présentant un abus d'alcool ou une dépendance, les victimes en état d'ivresse au moment de l'accident, ceux bénéficiant d'un traitement par benzodiazépines ou anticonvulsivants. L'étude avait reçu l'aval du Comité d'éthique de l'hôpital et les patients donnaient leur consentement à l'entrée dans l'étude.

### **Évaluations cliniques**

Les victimes bénéficiaient d'un entretien clinique entre le second et le cinquième jour de l'hospitalisation. L'évaluation comportait : le recueil d'éléments généraux (statut matrimonial, emploi, accidents antérieurs, etc.) et les circonstances précises de l'accident (nombre de blessés et de morts, description des blessures, cotation du « trauma score » des SAMU, etc.). Il était noté si le sujet répondait aux critères DSM-IV de l'état de stress aigu (ASD) et si les réactions

émotionnelles immédiates comportaient un sentiment de peur intense, d'impuissance (*helplessness*) ou d'horreur (critère A2, APA 1994). Les sujets étaient invités à remplir la version française du questionnaire d'Horowitz (Impact Events Scale ou IES), et nous calculions le score global, le sous-score d'évitement et le sous-score d'intrusion (Hansenne *et al.*, 1993). Nous avons utilisé le *Minimal International Neuropsychiatric Interview* (MINI) pour le DSM-IV, pour évaluer les facteurs psychopathologiques présents ou passés d'un individu donné (Lecrubier *et al.*, 1997).

### **Recontact**

Six semaines et douze mois après l'accident, les patients étaient recontactés par courrier dans le but d'évaluer la présence ou non d'un PTSD. En cas de non-réponse dans les deux semaines, les sujets étaient joints au téléphone.

### **Dosages plasmatiques de GABA**

Le jour suivant l'admission dans le Service de traumatologie, deux tubes de 10 ml de sang étaient prélevés. Les dosages plasmatiques de GABA étaient obtenus selon une technique « ion-trap », avec dilution isotopique en spectroscopie de masse (Palaty *et al.*, 1994 ; Fontaine *et al.*, 1998).

## **ANALYSES STATISTIQUES**

### **Statistiques descriptives, les généralités d'usage**

La distribution des données GABA dans la population de victimes : non normale, mais log normale (argumenter). Les résultats des dosages de gaba apparaissent en ng/ml dans les tableaux pour plus de clarté.



## Procédure d'analyse

### *Les khi2 pour les comparaisons de fréquence*

Analyse des dosages de GABA :

- population globale de victimes vs population témoin ;
- population des victimes avec critère A2 vs les autres victimes ;
- le reste des analyses sur le seul sous-groupe des victimes répondant au critère A2, critère nécessaire pour évoquer une pathologie psychotraumatique :
  - comparaison des GABA des esa et des non-esa ;
  - comparaison des PTSD deux mois et des autres ;
  - comparaison des PTSD un an et des autres ;
  - influence des éléments psychopathologiques trouvés au MINI sur les taux de GABA.

## RÉSULTATS

Au cours de la période d'inclusion, 248 victimes d'accident de la route ont été hospitalisées dans le Service de traumatologie. Soixante-douze sujets sont restés moins de soixante-douze heures, quatorze avaient présenté un coma ou un traumatisme crânien avec perte de connaissance, neuf présentaient un abus d'alcool ou étaient en état d'ivresse au moment de l'accident, cinq bénéficiaient d'un traitement par benzodiazépines ou anticonvulsivants, treize étaient âgés de moins de dix-huit ans et cinq refusèrent l'étude.

À deux mois, 123 des 130 sujets (94,6 % de l'effectif théorique) étaient cliniquement évalués, dont 108 bénéficiaient de dosages de GABA. À un an, 87 des 108 victimes ont pu être recontactées (19 perdues de vue).

### Aspects cliniques

Les caractéristiques de notre population sont reprises dans le tableau 1. Vingt-neuf victimes étaient des conducteurs, vingt-quatre des passagers, cinquante-six des motards, dix des piétons et quatre des cyclistes. La durée moyenne des hospitalisations était de vingt-et-un jours (SD = 9).

Soixante-douze individus répondaient au critère A2 du DSM-IV (72 avec une peur intense, 40 un sentiment d'impuissance et 15 d'horreur). Au cinquième jour, 15 % des patients présentaient un « état de stress aigu » complet (ASD) et 21 % une forme subsyndromique. Le nombre d'ASD augmentait avec le nombre de morts dans l'accident ( $p = 0,003$ ,  $t = 3$ ), mais n'était pas influencé par l'intensité des blessures physiques ( $p = 0,18$ ). Nous ne trouvions pas de différence de sexe ou de statut socio-économique.

À deux mois, nous retrouvions 51 % de PTSD complets et 12 % de formes subsyndromiques. Le score total initial à l'IES était fortement corrélé à la survenue d'un PTSD ( $p < 0,0001$ ,  $t = 9,5$ ). Nous trouvions également une relation importante entre la présence d'un ASD au cinquième jour et la survenue à deux mois d'un PTSD ( $p = 0,0002$ ,  $\chi^2 = 17$ ).

Un an après l'accident, 32 % des patients présentaient un PTSD complet et 30 % une forme subsyndromique.

Au vu de l'évaluation par le MINI, les victimes présentant un ASD à J5 rapportaient plus de troubles de l'humeur (au moment de l'interview) et plus de troubles anxieux (passés et présents). Les victimes présentant un PTSD à deux mois rapportaient plus de troubles anxieux (au moment de l'interview), notamment plus de troubles anxieux généralisés.

Les victimes présentant un PTSD à un an rapportaient plus de troubles de l'humeur au moment de l'accident et plus de troubles anxieux généralisés.

**Tableau 1**  
**Description de l'échantillon de victimes**  
**d'accident de la route**

<b>Nombre de dossiers complets</b>	<b>123 / 130 (95 %)</b>
Âge	31,3 ans (sd 13)
Sexe	84 hommes / 39 femmes
Mariés	38 %
Nombre d'enfants	0,8 (sd 1)
Emploi	78 emploi plein temps 23 sans emploi ou emploi précaire 19 étudiants
Type de véhicule	49 quatre roues (voitures, camions) 64 deux roues 10 piétons
Position	90 conducteurs 23 passagers 10 piétons
Nombre de blessés	1,6 (sd 1)
Nombre de morts	0,1 (sd 0,5)
Nombre d'accidents antérieurs	0,9 (sd 1)
Trauma score	2,75 / 5 (sd 0,8)
DSM IV A2 criterion for PTSD	N = 72 (58 %)
IES total score	16,4 (sd 14)
IES intrusion	10,3 (sd 10)
IES évitement	6,2 (sd 7)
État de stress post-traumatique aigu	36 %
État de stress post-traumatique à 2 mois (N=112)	57 complets 15 subsyndromiques 40 sans
État de stress post-traumatique à 1 an (N=87)	28 complets 26 subsyndromiques 33 sans

## Taux de GABA

Sur les 123 sujets inclus dans l'étude, 108 dosages étaient exploitables. Il n'y avait pas de différence de taux liée au sexe ni à l'âge des sujets. Parmi la population de victimes, nous ne trouvions aucune différence entre les taux de GABA des sujets répondant au critère A2 du DSM-IV et ceux des sujets n'ayant pas présenté de réactions de peur, d'impuissance ou d'horreur (0,21 nmol/ml vs 0,22 nmol/ml,  $p = 0,8$ ).

Les taux moyens de GABA des victimes présentant un état de stress aigu initial (0,21 nmol/ml, SD 0,07) n'étaient pas différents de ceux des victimes sans état de stress aigu (0,22 nmol/ml, SD 0,1 ;  $p = 0,6$ ).

Dans le groupe des sujets répondant au critère A2, le taux moyen de GABA des victimes présentant un état de stress post-traumatique complet à 2 mois (GABA = 0,20 +/- 0,08) était significativement plus bas que celui des victimes sans PTSD (GABA = 0,30 +/- 0,09 ;  $t = 3,94$ ,  $p = 0,0002$ ). Nous ne trouvions aucune différence entre le groupe des victimes présentant un PTSD subsyndromique et celui des sujets indemnes.

Nous ne trouvions aucune relation entre un trouble psychopathologique évalué au MINI et le taux de GABA des victimes ; en particulier, pas d'influence statistiquement retrouvée avec l'existence d'un trouble dépressif de l'humeur passé ou présent.

Enfin, le taux moyen initial de GABA des victimes présentant un PTSD à un an n'était pas différent de celui des victimes indemnes ou guéries ( $p = 0,22$ ).

## DISCUSSION

Notre échantillon est représentatif de l'activité du Service de traumatologie de notre centre hospitalier en ce qui concerne les accidents graves : les 130 victimes étudiées représentent 95 % des sujets susceptibles d'être inclus sur la période, et la durée moyenne de séjour de vingt-et-un jours est comparable aux statistiques du Ser-

vice pour ces situations. Les caractéristiques sociodémographiques de notre population sont comparables à celles des cohortes rapportées dans la littérature. La population des motards est surreprésentée parmi les victimes d'accidents graves, ce qui est classique (Brom 1993 ; Harvey 1999).

### Aspects cliniques

Une des caractéristiques majeures de notre population est la gravité du retentissement physique de l'accident : le trauma score moyen est élevé, les hospitalisations sont longues, un programme de rééducation fonctionnelle suit toujours le séjour hospitalier, les séquelles physiques ou le risque de séquelles sont toujours présents.

Dans notre échantillon d'accidents graves, nous trouvons un pourcentage d'états de stress aigus postimmédiats comparable à celui décrit dans d'autres cohortes (Harvey et Bryant, 1998, 1999). L'existence d'un ASD était fortement corrélée à la survenue ultérieure d'un PTSD, comme généralement rapporté (Koren *et al.*, 1999 ; Marshall *et al.*, 1999). La fréquence du PTSD à deux mois apparaît plus importante dans les situations d'accidents graves (Hickling et Blanchard, 1998 ; Brom *et al.*, 1993). L'évaluation des facteurs psychopathologiques prémorbides ou présents au moment de l'accident confirmaient les résultats de la littérature (Hickling et Blanchard, 1998 ; Koren *et al.*, 1999 ; Frommberger *et al.*, 1998). Parmi les dimensions déjà décrites, la présence d'un épisode dépressif ou d'un trouble anxieux généralisé au moment de l'accident, l'existence d'idéation suicidaire au décours immédiat étaient les facteurs le plus en relation avec la survenue ultérieure d'un PTSD.

### Dosages de GABA

Dans notre travail, parmi les victimes répondant au critère A2 du DSM IV, celles présentant de faibles taux de GABA au décours de l'accident développaient significativement plus de PTSD à deux mois que les autres. Au dessous de 0,21 nmol/ml, tous les sujets présentaient des troubles dans le postimmédiat.

Dans le modèle général du stress, une activation brutale de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien conduit à une augmentation du « climat » adrénérgique au niveau du SNC (Yehuda, 2000). Dans les conditions d'un psychotraumatisme, le stress est certes d'une intensité importante, mais surtout il est prolongé dans le temps. Il y a le stress initial de l'événement soudain et imprévu (quelques minutes) et activation de l'hyperadrénérgie centrale. Nous pensons que cet état de stress est alors maintenu à un niveau haut (de quelques heures à quelques jours) du fait de l'impact psychique de l'événement ; l'hyperadrénérgie centrale se maintient alors beaucoup plus longtemps, que dans les conditions habituelles de stress. À l'état physiologique, plusieurs systèmes biologiques sont engagés dans la régulation de cette hyperadrénérgie ; parmi eux, les systèmes opioïdes et GABAérgiques seraient prédominants (Swanson et Petrovich, 1998). En situation de psychotraumatisme, le GABA serait alors consommé en quantité (intensité du stress) et de façon prolongée (durée de l'hyperadrénérgie).

Hypothèse : des sujets disposant génétiquement de faibles taux de GABA verraient leurs réserves rapidement épuisées. Chez ces sujets, l'hyperadrénérgie centrale serait alors moins bien contrôlée et conduirait à en entretenir l'effet pathogène.

Cependant, il est périlleux d'extrapoler des données mesurées dans le sang en périphérie à un raisonnement concernant une région particulière du SNC. Bien qu'il y ait des corrélations entre taux de GABA plasmatiques et dans le liquide céphalorachidien (étude de validation de Petty), il est difficile d'interpréter ces résultats comme le reflet du GABA cérébral. Il serait précieux de bénéficier des relations plus précises entre les taux de GABA loco-régionaux et le taux plasmatique. De plus, les données de la littérature sur la biologie du stress chez l'homme nous incitent également à une grande prudence. Il semble reconnu que les phénomènes en jeu dans ces situations s'articulent autour de plusieurs niveaux et de plusieurs temps. Dans ce modèle, le système « Gaba/glutamate » interviendrait très tôt et globalement sur le SNC, dans les mécanismes de perception initiale du stress (Sandford *et al.*, 2000). Des dysrégulations à ce niveau pourraient alors favoriser des conditions pathologiques dans le fonctionnement secondaire de structures plus

sélectives comme l'amygdale ou l'hippocampe. Et il semble que ce soit au niveau de ces dernières structures qu'un dysfonctionnement durable puisse expliquer la symptomatologie clinique du PTSD.

Selon nos résultats, le GABA serait plus incriminé dans la biologie du trauma que dans celle du PTSD chronique. À un an, nous ne retrouvons aucun lien entre les taux de GABA initiaux et l'existence d'un PTSD. Nous pensons qu'il y aurait des mécanismes biologiques engagés dans les phénomènes psychopathologiques initiaux (réactions immédiates, *acute stress* et PTSD aigus), en partie différents de ceux engagés dans le PTSD chronique, des mécanismes aboutissant à la survenue d'un PTSD et des mécanismes contribuant à son entretien et sa chronicisation.

Enfin, nos résultats de dosage de GABA n'apparaissent pas en relation avec un profil psychopathologique antérieur particulier. Ainsi, nos résultats apparaissent relativement spécifiques du PTSD à deux mois, indépendamment d'autres comorbidités psychiatriques.

## CONCLUSION

Nos résultats suggèrent que les régulations GABAergiques sont impliquées dans la genèse du PTSD aigu. Des taux faibles de GABA dans le sang au décours immédiat de l'accident apparaissent comme un marqueur de vulnérabilité pour la survenue d'un PTSD à deux mois, mais pas à un an.

## BIBLIOGRAPHIE

- ADLER A. (1943). « Neuropsychiatric Complications in Victims of Boston's Coconut Grove Disaster », *JAMA*, n° 123, p. 1098-1101.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1997). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*, IV<sup>e</sup> ed., Washington, American Psychiatric Press, traduction française par J.D. Guelfi, Masson.

- BROM D., R.J. KLEBER et M.C. HOFMAN (1993). « Victims of Traffic Accidents : Incidence and Prevention of PTSD », *Journal of Clinical Psychology*, vol. 49, n° 2, p. 131-140.
- COLLINGRIDGE, G.L. et T.V. BLISS (1995). « Memories of NMDA Receptors and LTP », *Trends Neurosci*, vol. 18, p. 54-56.
- CORCORAN, K.A. et S. MAREN (2001). « Hippocampal Inactivation Disrupts Contextual Retrieval of Fear Memory after Extinction », *Journal of Neurosci*, vol. 21, n° 5, p. 1720-1726.
- DELOREY, T.MM, R.C. LIN, B. MCBRADY, X. HE, J.M. COOK, J. LAMEH et G.H. LOEW (2001). « Influence of Benzodiazepine Binding Site Ligands on Fear-conditioned Contextual Memory », *Journal of Pharmacology*, vol. 426, nos 1-2, p. 45-54.
- FONTAINE, M., C. RASCLE, P. THOMAS, P.M. DEGAND et G. BRIAND (1998). *Dosage par dilution isotopique de l'acide gamma-aminobutyrique en spectrométrie de masse « ion-trap »*, Lyon, Quinzièmes journées françaises de spectrométrie de masse.
- FROMMBERGER, U.H., R.D. STIELGLITZ, E. NYBERG, W. SCHLICKWEI, E. KUNER et M. BERGER (1998). « Prediction of PTSD by Immediate Reaction to Trauma : a Prospective Study in Road Traffic Accident Victims », *Eur. Arch. Psychiatry Clinical Neurosci*, vol. 6, p. 316-321.
- HANSENNE M., G. CHARLES, P. PHOLIEN, M. PANZER, W. PICHOT, A. GONZALEZ MORENO et M. ANSSEAU (1993). « Mesure subjective de l'impact d'un événement : traduction française et validation de l'échelle d'Horowitz », *Psychol.ogie médicale*, vol. 25, n° 1, p. 86-88.
- HARVEY, A.G. et R.A. BRYANT (1998). « The Relationship between Acute Stress Disorder and Post-traumatic Stress Disorder : a Prospective Evaluation of Motor Vehicle Accident Survivors », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, n° 66, p. 507-512.
- HARVEY, A.G. et R.A. BRYANT (1999). « Predictors of Acute Stress following Motor Vehicle Accident » *Journal of Traumatic Stress*, n° 12, p. 519-525.
- HICKLING, E.J. et E.B. BLANCHARD (1999). « Current Understanding, Treatment and Law », in E.J. Hickling et E.B. Blanchard (eds.), in *The International Handbook of Road Traffic Accidents and Psychological Trauma*, Oxford, Elsevier Science, 412 p.



- HICKLING, E.J., E.B. BLANCHARD, T.C. BUCKLEY et A.E. TAYLOR (1999). « Effects of Attribution of Responsibility for Motor Vehicle Accidents on Severity of PTSD Symptoms, Ways of Coping and Recovery over Six Months », *Journal of Traumatic Stress*, n° 12, p. 345-353.
- IZUMI, T., T. INOUE, K. TSUCHIYA, S. HASHIMOTO, T. OHMORI et T. KOYAMA (1999). « Effects of the Benzodiazepine Antagonist Flumazenil on Conditioned Fear Stress in Rats », *Prog. Neuropsychopharmacology Biology Psychiatry*, vol. 23, n° 7, p. 1247-1258.
- LECRUBIER, Y., D. SHEEHAN, E. WEILLER, P. AMORIN, I. BONORA, K. SHEEHAN, J. JANAVS et G. DUNBAR (1997). « The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), a Short Diagnostic Interview : Reliability and Validity according to the CIDI », *European Psychiatry*, vol. 12, p. 232-241.
- KOREN, D., I. ARNON et E. KLEIN (1999). « Acute Stress Response and PTSD in Traffic Road Accident Victims : a One Year Prospective, Follow-up Study », *American Journal of Psychiatry*, vol. 156, n° 3, p. 367-373.
- MARSHALL, R.D., R. SPITZER et M.R. LIEBOWITZ (1999). « Review and Critique of the New DSM-IV Diagnosis of Acute Stress Disorder », *American Journal of Psychiatry*, n° 156, p. 1677-1685.
- MAES, M, L. DELMEIRE, J. MYLLE et C. ALTAMURA (2001). « Risk and Preventive Factors of Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) : Alcohol Consumption and Intoxication prior to a Traumatic Event Diminishes the Relative Risk to Develop PTSD in Response to that Trauma », *Journal of Affect Disorder*, n° 63, p. 113-121.
- NUTT, D.J. (2000). « The psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder », *Journal of Clinical Psychiatry*, n° 61, p. 24-29.
- PALATY, J., R. BURTON et F.S. ABBOTT (1994). « Rapid Assay for Gamma Aminobutyric Acid in Mouse Brain Synaptomes using Gaz Chromatography-mass Spectrometry », *Journal of Chromatography*, n° 662, p. 85-90.
- O'BRIEN, M. et D. NUTT (1998). « Loss of Consciousness and Post-traumatic Stress Disorder : a Clue to Aetiology and Treatment, *Journal of Psychiatry*, n° 173, p. 102-104.

PETTY, F., G.L. KRAMER, C.M. GULLION et A.J. RUSH (1992). « Low Plasma Aminobutyric Acid Levels in Male Patients with Depression », *Biological Psychiatry*, n° 32, p. 354-363.

PETTY, F., G.L. KRAMER, M. FULTON, L. DAVIS et A.J. RUSH (1995). « Stability of Plasma GABA at Four-year Follow-up in Patients with Primary Unipolar Depression », *Biological Psychiatry*, n° 37, p. 806-810.

PETTY, F., M. FULTON, G.L. KRAMER, M. KRAM, L. DAVIS et A.J. RUSH (1999). « Evidence for the Segregation of a Major Gene for Human Plasma GABA Levels », *Molecular Psychiatry*, vol. 4, p. 587-589.

SANDFORD, J.J., S.V. ARGYROPOULOS et D.J. NUTT (2000). « The Psychobiology of Anxiolytic Drugs. Part 1 : Basic Neurobiology », *Pharmacology and Therapeutics*, n° 88, p. 197-212.

SWANSON, L.W. et G.D. PETROVICH (1998). What is Amydala ? », *Trends in Neurosciences*, vol. 21, n° 8, p. 323-331.

YEHUDA, R. (2000). « Biology of Posttraumatic Stress Disorder », *Journal of Clinical Psychiatry*, 61 (Suppl7), p. 14-21.

## **DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT COGNITIVO- COMPORTEMENTAL DU TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE**

Pascale BRILLON, Ph.D.

**S**urvivre à un événement traumatique est une expérience douloureuse, souffrante. Les victimes se sentent souvent en détresse à la suite d'une telle expérience et les thérapeutes qui les reçoivent se sentent souvent démunis et impuissants à leur venir en aide. Comment comprendre le développement de leur symptômes ? Comment saisir la réalité de l'expérience post-traumatique ? Comment concevoir le bouleversement émotionnel et cognitif qui suit souvent une telle expérience ? Quel genre de support offrir et quelles stratégies thérapeutiques privilégier ?

Ce chapitre ne pourra répondre à toutes ces questions. Il tentera cependant d'offrir quelques pistes de réflexion et de compréhension au clinicien désireux de mieux saisir cette réalité post-traumatique. Ce chapitre présentera donc d'abord quelques données épidémiologiques quantifiant le phénomène. Il présentera ensuite un modèle théorique du développement des symptômes post-traumatiques et précisera certains facteurs associés à la détresse post-traumatique. Puis, nous passerons brièvement sur les caractéristiques de l'évaluation clinique avant de nous concentrer sur le traitement psychologique auprès des victimes.

### **QUELQUES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES**

Dans un premier temps, notons que les taux de prévalence à vie de trouble de stress post-traumatique (TSPT) auprès de la population générale s'élèvent environ de 7 % à 9 % (Breslau *et al.*, 1991, 1998 ; Kessler *et al.*, 1995). Chez les victimes elles-mêmes, on évalue qu'environ un quart à un tiers des victimes développeront un TSPT à la suite d'un événement traumatique.

Les événements « interpersonnels », c'est-à-dire infligés par la main de l'homme, sont généralement vécus comme plus traumatisants par les victimes et entraînent davantage de séquelles que l'expérience d'un désastre naturel. Pour leur part, les femmes présentent presque le double de risques de développer un TSPT à la suite d'un événement traumatique. De plus, il a été démontré que 80 % des victimes souffrant de TSPT souffrent également d'un autre trouble psychologique comorbide (Kessler *et al.*, 1995).

Les troubles comorbides les plus fréquemment observés sont la dépression majeure et l'abus d'alcool et de drogue ou la dépendance. C'est ainsi que 48 % des hommes et 49 % des femmes souffrant d'un TSPT souffrent également de dépression majeure, et que 52 % des hommes et 28 % des femmes souffrant d'un TSPT présentent aussi des problèmes d'abus ou dépendance face à l'alcool, alors que 35 % des hommes et 27 % des femmes souffrent d'abus ou de dépendance face aux drogues en comorbidité avec un TSPT (Breslau *et al.*, 1991 ; Helzer *et al.*, 1987 ; Kessler *et al.*, 1995).

Il est donc primordial pour le clinicien de bien évaluer la présence de troubles comorbides parallèles aux symptômes post-traumatiques en soi, car ces symptômes supplémentaires vont influencer le traitement psychologique et affecter la réponse à la démarche thérapeutique.

### CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU TSPT

Vivre une expérience post-traumatique, c'est ressentir toutes sortes de symptômes. Voyons dans le tableau de la page suivante les critères définis par le DSM (APA, 1994) permettant le diagnostic de TSPT.

Si les symptômes durent moins de trois mois, on peut spécifier que le TSPT est **chronique**. S'ils durent depuis moins de trois mois, il est considéré **aigu**.

Critères diagnostiques	Minimum requis
A. Avoir vécu un événement traumatique	A1. Menace à sa vie ou son intégrité physique A2. Peur, impuissance, ou horreur
B. Reviviscences de l'événement	<b>1 symptôme des 5 possibles :</b> souvenirs, rêves, « flashbacks », détresse psychologique et physiologique en présence d'éléments associés au trauma
C. Évitement persistant et éroussement de la réactivité	<b>3 symptômes des 7 possibles :</b> Évitement des pensées, sentiments, activités, endroits associés au trauma, amnésie partielle de l'événement, réduction d'intérêt, sentiment de détachement, restriction des affects, sentiment d'avenir « bouché »
D. Hyperactivation neurovégétative	<b>2 symptômes des 5 possibles :</b> Difficultés de sommeil, irritabilité, difficultés de concentration, hypervigilance, sursauts
E. Durée d'un mois	Les symptômes durent depuis au moins <b>un mois</b>
F. Souffrance significative et altération du fonctionnement	Détresse et séquelles des sphères significatives de la vie de l'individu

## COMPRÉHENSION CLINIQUE DU TSPT

### Modèle théorique du TSPT

*Modèle de Foa, Stekette et Rothbaum (1989)*

Selon ce modèle, c'est l'attribution d'une signification de danger à un lien stimulus-réponse, autrefois considéré comme sécuritaire ou neutre dans la structure de peur, qui serait à la base du développement du TSPT. Une structure de peur consiste en un réseau complexe d'interconnexions dont l'objectif premier est de préparer

l'individu à une réaction de défense ou de fuite face à un danger. Elle s'intègre dans le système neuronal et constitue un réseau stable reliant entre eux les éléments associés à l'événement, l'interprétation de danger de ces éléments, les réponses physiologiques et le comportement.

Selon ces auteurs, la structure cognitive des individus présentant un TSPT diffère de celle des personnes souffrant de phobies selon trois aspects : les réponses sont plus intenses, la structure est plus complexe, étendue et elle est plus facilement accessible. L'exposition à des stimuli similaires à ceux enregistrés dans la structure active tout le réseau d'interconnexions, ce qui déclenche des symptômes de reviviscences et les réactions affectives, physiologiques et comportementales associées. Ainsi lorsque qu'une victime de vol à main armée se retrouve face à une banque, ce stimulus provoque l'activation du lien « banque » = « danger » = « vulnérabilité » = « honte d'avoir figé ». Pour cette personne, l'exposition à la banque entraîne donc des symptômes d'anxiété (peur, palpitations, mains moites, envie de fuir) et de honte.

D'autre part, la victime tente d'intégrer l'événement traumatique. Pour ce faire, elle s'efforce de trouver un sens à ce qui s'est passé et elle doit donc reconsidérer l'événement. Or, penser à ce qui s'est passé réactive la structure de peur, ce qui entraîne des symptômes de reviviscences et d'anxiété. Cet état va pousser la victime à utiliser l'évitement pour se ménager émotionnellement. Cet évitement efficace à court terme pour diminuer l'anxiété maintiendra cependant l'anxiété à long terme et les symptômes post-traumatiques puisqu'il empêche le processus d'intégration émotionnelle.

La victime va ainsi osciller entre des moments de reviviscence (pour comprendre et « digérer » ce qui s'est passé) et des moments d'évitement (pour se ménager émotionnellement), ce qui crée un état de tension constante, les symptômes d'hyperactivation (voir l'article de Brillon, Marchand et Stephenson, 1996, pour une description et une analyse des autres modèles théoriques du TSPT).

## Les facteurs étiologiques du TSPT

Chaque victime a une façon bien à elle de réagir à un événement traumatique. Il est important de bien évaluer les facteurs spécifiques qui ont contribué au développement ou au maintien des symptômes post-traumatiques afin de bien peaufiner la compréhension clinique et personnaliser le traitement spécifiquement à chacune des victimes par la suite.

Trois types de facteurs influencent la gravité et la chronicité du TSPT :

- les facteurs déclencheurs (péritraumatiques) : ce sont les caractéristiques de l'événement traumatique qui le rendent encore plus dévastateur. On désigne ici son potentiel imprévisible, insensé, causé par la main de l'homme, les émotions de la victime lors du traumatisme (horreur, impuissance), ses réactions dissociatives lors du traumatisme, les ressemblances entre certaines caractéristiques de l'événement et des traumas antérieurs, ainsi que le type d'événements (type I ou type II) ;
- les facteurs prédisposants (prétraumatiques) : ils désignent des éléments ayant fragilisé la victime avant l'événement traumatique, tels que les stressés antérieurs ou chroniques, la symptomatologie dépressive, anxieuse ou dépendante à l'alcool ou la drogue antérieure, l'expérience de traumatismes dans l'enfance, certains schémas fondamentaux de la victime particulièrement rigides, certains styles attributionnels, certains traits de personnalité présents antérieurement ;
- les facteurs de maintien (post-traumatiques) : il s'agit des facteurs présents à la suite du trauma et qui contribuent à maintenir les symptômes. On désigne ici le type de support reçu de l'entourage, les poursuites légales/criminelles, une perception sociale ou institutionnelle blâmante du traumatisme, certaines séquelles physiques douloureuses et incapacitantes, et certaines interprétations cognitives dysfonctionnelles du traumatisme.

Ces facteurs propres à chacune des victimes permettent de comprendre pourquoi certaines personnes vont développer des symptômes

post-traumatiques à la suite d'une expérience traumatisante alors que d'autres, pourtant exposées au même événement, ne montreront que peu de détresse.

## L'ÉVALUATION DU TSPT

### L'entrevue clinique diagnostique

L'entrevue clinique d'évaluation est un des éléments majeurs du traitement cognitivo-comportemental du TSPT. En effet, *pour bien traiter, il faut d'abord bien évaluer.*

L'entrevue nous permet d'obtenir beaucoup d'information nécessaire à notre compréhension clinique du développement des symptômes chez la victime. Nous chercherons ainsi à mieux saisir le type de symptômes démontrés, la quantité, la fréquence, l'intensité, l'impact de ceux-ci sur la qualité de vie. Mais l'entrevue clinique aura aussi d'autres utilités parallèles puisqu'elle permet d'établir une alliance thérapeutique, d'établir et de fixer des objectifs de traitement et de créer un espoir envers le traitement.

L'entrevue clinique est souvent le premier instrument d'évaluation des symptômes post-traumatiques. Comme avec toutes les autres problématiques, plusieurs éléments doivent être évalués lors de cette première rencontre, mais de façon **spécifique** au TSPT, voici les principaux éléments d'informations à obtenir :

- 1) un aperçu du facteur déclencheur — l'événement traumatique : Une *brève* description de l'événement traumatique, la date de cet événement, les réactions de la victime pendant et immédiatement après. Il est important de ne pas brusquer la victime ; pour ce faire, s'assurer de respecter son rythme et faire en sorte qu'elle ne perçoive pas ces questions comme intrusives ou bouleversantes ;
- 2) le niveau de fonctionnement depuis l'événement — les symptômes : symptômes post-traumatiques, dépressifs, dissociatifs, anxieux, physiques, diagnostic différentiel, médication, etc. On vise ici à mieux connaître le fonctionnement actuel de la victime,



ses symptômes, son humeur, l'impact de l'événement sur ses relations, ses émotions, son sentiment de sécurité et de confiance ;

- 3) une idée des facteurs prédisposants : on vise ici à investiguer la présence de facteurs fragilisants chez la victime : ses principaux traits de personnalité (traits de personnalité mais aussi capacité d'affirmation de soi, capacité à prendre soin d'elle, capacité d'introspection et de changement), les facteurs de stress présents avant le traumatisme (stress financier, stress physique, facteurs de vulnérabilité, conditions de vie, etc.), son histoire « traumatique » longitudinale (agressions/abus précédents, accidents, événements de vie douloureux, etc.) ;
- 4) un aperçu des facteurs de maintien : l'objectif est d'investiguer les éléments qui pourraient compliquer le traitement ou maintenir les symptômes, telles que les caractéristiques de son entourage (qualité du support familial, conjugal, social, professionnel), les facteurs de stress présents depuis le traumatisme (stress financier, douleurs ou séquelles physiques, procès, assurances, perte d'emploi, pressions de la part de l'employeur ou de la famille, etc.) ;
- 5) préciser les attentes et les prédispositions thérapeutiques de la victime : préciser avec la victime quels sont ses objectifs de traitement. Parallèlement, tenter d'évaluer si elle pourrait profiter efficacement d'une démarche thérapeutique.

### **Les instruments de mesure du TSPT**

#### *Inventaire d'impact de l'événement (IES)*

Traduction française : Brunet (1995)

Cette version de l'IES est une traduction québécoise de l'*Impact of Event Scale* (Horowitz, Wilner et Alvarez, 1979) par le Dr Alain Brunet, psychologue-chercheur. L'IES comprend 15 items divisés en deux sous-échelles : symptômes intrusifs (7 items), symptômes d'évitement (8 items). La victime évalue la fréquence de chaque

symptôme sur une échelle à 6 degrés de 0 (« jamais ») à 5 (« souvent »).

- Cotation :

La cotation s'effectue en additionnant les réponses aux sept énoncés d'intrusion (énoncés 1, 4, 5, 6, 10, 11, 14) et d'évitement (énoncés 2, 3, 7, 8, 9, 12, 13, 15). Le score total s'étend de 0 à 75. Des résultats de la version anglaise existent pour plusieurs types de victimes. Voici quelques indications des scores totaux pouvant aider à l'interprétation des scores :

- victimes d'un accident d'avion ( $\underline{M}$ = 30,3 à 12 jours après l'accident;  $\underline{M}$ = 14,3 à 2 mois après l'accident) (Sloan, 1998) ;
- victimes de viol avec TSPT ( $\underline{M}$ = autour de 46); victime de viol, sans TSPT ( $\underline{M}$ = de 20 à 34) (Cassiday, McNally et Zeitlin, 1992; Foa *et al.*, 1991 ; Resick *et al.*, 1988; Rothbaum *et al.*, 1992 dans Cassiday et McNally, 1992) ;
- vétérans de guerre avec TSPT ( $\underline{M}$ = 33,81) (Schwarzwald *et al.*, 1987) ;
- victimes de crime avec TSPT ( $\underline{M}$ = 37,41), victime de crime sans TSPT ( $\underline{M}$ = 9,24) (Kilpatrick *et al.*, 1988).

Pour la version française : l'IES a été administré à des victimes de viol un mois après leur agression ( $\underline{M}$ = 48,4,  $\underline{SD}$ = 11,4 pour le score total) et quatre mois après leur agression ( $\underline{M}$ = 38,7,  $\underline{SD}$ = 14,9) (Brillon et Marchand, 1997 ; Brillon, 1998).

- Propriétés psychométriques :

Version anglaise : l'IES possède une excellente fidélité test-retest (0,87 pour le score total, 0,89 pour l'échelle d'intrusion, 0,79 pour l'échelle d'évitement (Horowitz *et al.*, 1979). Il possède aussi une consistance interne élevée : variation de 0,79 à 0,92 (Zilberg, Weiss et Horowitz, 1982) et ce, autant dans le groupe clinique que dans le groupe non clinique. Il possède une bonne sensibilité (classe correctement 74 % des vétérans avec

TSPT) et une bonne spécificité (classe 78 % des personnes du groupe contrôle) (Schwarzwald *et al.*, 1987).

Version française : des études de validation sont en cours au Laboratoire d'étude du trauma de l'UQAM pour la version française.

- Forces et limites :

Forces : l'IES est certainement le questionnaire le plus utilisé dans la littérature post-traumatique. Des données sont disponibles pour différents types de population de victimes.

Limites : cependant, sa principale faiblesse consiste à ne pas mesurer tous les symptômes du TSPT puisqu'il ne mesure pas les symptômes d'activation neurovégétative (critère D).

#### *L'Échelle modifiée des symptômes traumatiques (EMST)*

Traduction française : Stephenson, Brillon, Marchand et DiBlasio (1995)

Cette version de l'EMST est une traduction québécoise du *Modified PTSD Symptom Scale* (Falsetti, Resick, Resnick et Kilpatrick, 1993) par les membres du Laboratoire d'étude du trauma de l'UQAM. L'EMST comprend 17 énoncés, basés sur chacun des 17 critères du TSPT du DSM-IV. La victime évalue la fréquence de chaque symptôme sur deux échelles : évaluation de la *fréquence* de ses symptômes sur une échelle Likert de 0 (« pas du tout ») à 3 (« 5 fois ou plus par semaine/presque toujours ») et évaluation de l'*intensité* de ses symptômes sur une échelle Likert de 0 (« pas du tout perturbant ») à 4 (« extrêmement perturbant »).

- Cotation :

La cotation s'effectue en additionnant les réponses de fréquence, d'une part, et d'intensité (de 0 à 5), d'autre part, aux 17 symptômes post-traumatiques.

Falsetti, Resick, Resnick et Kilpatrick (1992) ont utilisé un point de coupure de 71 pour une population clinique, ce qui a permis de classer correctement 85 % des patients.

- Propriétés psychométriques :

La version anglaise possède une excellente consistance interne de 0,92 pour la population clinique et de 0,97 pour la population non clinique (Falsetti, *et al.*, 1992).

La version française possède d'aussi bons scores de consistance interne avec des alpha de Cronbach de 0,92 pour l'échelle de fréquence et 0,95 pour l'échelle de gravité. L'EMST possède aussi d'excellents scores de fidélité test-retest ( $r = .98$ ,  $p < .0001$  pour l'échelle de fréquence) et ( $r = 0,98$ ,  $p < .0001$  pour l'échelle de gravité). Les scores de gravité entre les participants à risque de TSPT ( $\bar{X}=39,6$ ,  $SD=11,7$ ) et les scores de ceux qui n'étaient pas perçus à risque ( $\bar{X}=16,3$ ,  $SD=8,8$ ) étaient statistiquement différents. (Ces résultats sont tirés de Stephenson, Marchand, Marchand et DiBlasio, 2000.)

- Forces et limites :

Forces : l'EMST évalue les principaux critères du TSPT selon le DSM-IV. Son utilisation est toute récente et il a surtout été administré auprès de vétérans et des victimes de viol.

Limites : certaines victimes trouvent très difficile de distinguer entre l'échelle de fréquence et l'échelle d'intensité.

## **TRAITEMENT DES VICTIMES SOUFFRANT DE TSPT**

Tout comme chaque victime est unique, chaque démarche thérapeutique est unique. Cependant, dans un but pédagogique, nous vous présentons ici un canevas de ce que pourrait être un plan de traitement pour une victime souffrant de TSPT à la suite du processus d'évaluation. Évidemment, les stratégies thérapeutiques ne peuvent être disséquées ainsi et, à plusieurs moments, elles se chevauchent. Cet ordre constitue néanmoins un canevas de base qui pourra être

personnalisé à volonté par le clinicien selon les symptômes et besoins spécifiques de la victime :

- Étape 1 : Psycho-éducation sur le TSPT
- Étape 2 : Travail des affects reliés au TSPT
- Étape 3 : Restructuration cognitive
- Étape 4 : Gestion du stress
- Étape 5 : Exposition graduelle *in vivo*
- Étape 6 : Exposition prolongée en imagination
- Étape 7 : Conclusion de la démarche thérapeutique

### **Étape 1 : Psycho-éducation sur le TSPT**

L'approche cognitivo-comportementale considère souvent que d'expliquer aux clients ce qu'ils vivent est déjà en soi une stratégie thérapeutique...

La psycho-éducation relative au TSPT vise deux principaux objectifs.

- 1) **Permettre à la victime de mieux comprendre ses symptômes post-traumatiques** : la victime a souvent l'impression que ce qu'elle vit est exceptionnel et pathologique. Décrivez-lui les symptômes de TSPT. Pour ce faire, il peut être important de lui présenter les divers symptômes post-traumatiques sous une forme « adaptative » plutôt que comme un signe de « maladie ». En fait, ce sont souvent des « réactions douloureuses, pénibles mais normales à la suite d'un événement anormal » ou des « réactions qui se produiraient chez presque tout le monde qui aurait vécu la même chose ». Les symptômes post-traumatiques indiquent que la victime *essaie* d'intégrer ce qu'elle a vécu. La démarche thérapeutique va faciliter cette tendance naturelle et va contrer les tendances de maintien des symptômes.

Parallèlement, il est important d'expliquer à la victime pourquoi elle vit de tels symptômes et comment se développe le TSPT. Faites référence aux modèles explicatifs selon la sphère de

symptômes la plus présente (voir Brillon *et al.*, 1996). Utilisez des images afin de l'aider à mieux comprendre à quoi ses symptômes servent.

- 2) **Favoriser une compréhension et une acceptation des réactions qu'elle a eues lors de l'événement :** plusieurs victimes se blâment des actions qu'elles ont posées lors de l'événement traumatique. Normalisez ses réactions de paralysie, de confusion, ou ses réactions de fuite. Pour ce faire, il est important de mentionner comment la peur de la mort ou de blessures graves, le choc de la surprise, l'expérience du pouvoir d'un autre constituant des forces puissantes qui ne permettent pas de jugement raisonné lors de l'événement.

Les réactions de la victime ont été sa *meilleure* réaction à ce *moment-là*. Enfin, précisez-lui qu'il est très facile de juger *a posteriori* et à froid de ses réactions passées et qu'une telle évaluation minimise les éléments présents lors de l'événement qui ont justifié ses réactions sur le moment.

## Étape 2 : Travail des affects liés au TSPT

Le TSPT peut impliquer un certain émoussement émotionnel : sentiment de détachement, engourdissement émotionnel, épisodes dissociatifs. De plus, certaines victimes souffrent d'alexithymie ou sont peu en contact avec leur monde affectif. Enfin, d'autres possèdent peu de langage émotionnel et ne comprennent pas ce qui leur arrive.

Afin de faciliter l'intégration émotionnelle du traumatisme, il est nécessaire de nommer les affects et de leur laisser une place en thérapie.

Pour bien effectuer cette étape, il est important que le thérapeute se sente à l'aise avec l'expression des émotions, qu'il puisse être alerte aux émotions et leur laisser une place, qu'il possède un vocabulaire nuancé pour les identifier et les nommer, qu'il utilise des reflets d'émotions pour les nommer et qu'il favorise un discours personnalisé, spécifique et avec proximité affective.

Objectifs thérapeutiques	Stratégies thérapeutiques
1) Faciliter le ressenti des émotions	Favoriser un bon climat thérapeutique Utiliser des reflets d'émotions superficiels
2) Faciliter l'identification et l'appropriation émotionnelle	Favoriser un discours personnalisé, avec proximité affective et spécifique Utiliser des reflets d'émotions avancés Posséder un vocabulaire nuancé
3) Faciliter l'acceptation des émotions	Faire une psycho-éducation sur les émotions Valider des émotions Restructurer les cognitions qui blâment les émotions Favoriser l'acceptation de soi et l'indulgence
4) Faciliter leur expression	Favoriser un bon climat thérapeutique Faire une psycho-éducation sur l'expression en regard de l'agir Établir une gestion émotionnelle

### Étape 3 : Restructuration cognitive

Les victimes d'un événement traumatique sentent souvent leur vision du monde et de la vie basculer. Elles considèrent plusieurs situations comme dangereuses, le monde comme un endroit menaçant, elles-mêmes comme incompetentes ou faibles. Le clinicien est souvent démuni face à ces interprétations qu'il pressent reliées aux symptômes post-traumatiques. La restructuration cognitive est souvent un moyen efficace pour assouplir certaines interprétations qui entraînent de la détresse.

La restructuration cognitive comprend cinq étapes :

- 1) **Identifier les émotions et les pensées sources de détresse** : cette première étape exige du thérapeute qu'il pré-

sente les notions de théorie cognitive à la victime. Ensuite, il lui explique la relation entre une situation, les pensées, les émotions et les comportements. Le rôle des cognitions dans le maintien de la symptomatologie post-traumatique est ensuite explicité. Le thérapeute demande ensuite à la victime de remplir une grille d'auto-observation pendant la semaine afin d'identifier les situations qui entraînent de la détresse ou de l'anxiété, les pensées et les émotions qui y sont associées.

- 2) **Remettre en question les cognitions** — le questionnement socratique : il s'agit à cette étape de considérer la cognition identifiée comme une *hypothèse* dont il faut tester la validité et non plus comme un fait. Pour ce faire, utilisez le questionnement socratique avec ses trois questions et demandez à la victime de considérer les éléments appuyant ou réfutant cette hypothèse (Marchand et Brillon, 1995).

Le questionnement socratique comporte trois questions (Beck et Emery, 1985) :

- a) Quelles sont les preuves appuyant ou réfutant cette pensée ?  
« Sur quelles preuves est-ce que je me base pour dire cela ? »  
« Quels sont les éléments qui vont à l'encontre de cette conclusion ? »  
« Mes sources d'informations sont-elles valides et fiables ? »
- b) Pourrait-il y avoir une autre façon d'interpréter les mêmes faits ?  
« Pourrait-il y avoir d'autres explications à ces mêmes faits ? »  
« Ceci est une bonne première hypothèse. Y en a-t-il d'autres ? »  
« Que dirais-je à une autre personne qui vivrait la même situation ? »
- c) Si nous considérons que votre pensée est juste, quelles seraient les conséquences ?



- « En mettant les choses au pire, qu'arriverait-il ? »
- « Quel serait son véritable potentiel dangereux ? »
- « Serait-il possible de m'adapter à cette situation ? »

- 3) **Identifier les distorsions cognitives associées au TSPT** : chaque cognition associée à de la détresse ou à de l'anxiété importante découle de distorsions cognitives, c'est-à-dire de filtres de la réalité. Expliquez le rôle des distorsions cognitives à la victime, présentez-lui les différents types de distorsions cognitives et tentez d'envisager ensemble si de telles distorsions ont été à la base de ces cognitions dysfonctionnelles.

Les distorsions les plus courantes chez les victimes souffrant de TSPT sont :

- a) *l'inférence arbitraire* qui fait en sorte que la victime arrive à une conclusion en l'absence de preuves suffisantes pour la supporter ;
  - b) *la personnalisation* qui fait en sorte que la victime se sent personnellement concernée et responsable de la cause ou des conséquences des événements, alors qu'ils sont peu liés à elle ou qu'aucun indice ne permet une telle attribution ;
  - c) *le raisonnement émotionnel* qui fait en sorte que la victime se base sur ses émotions pour arriver à une conclusion ;
  - d) *la surgénéralisation* qui fait en sorte que la victime arrive à une conclusion sur la base d'un ou de plusieurs petits éléments isolés et généralise cette conclusion à l'ensemble des autres situations.
- 4) **Formuler une pensée alternative réaliste** : précisez la différence entre une pensée réaliste, une pensée « positive » et une pensée dysfonctionnelle, et envisagez avec la victime une nouvelle pensée alternative, réaliste, moins anxiogène et qui induira un sentiment de sécurité et d'apaisement chez elle.

- 5) **Travailler les croyances fondamentales** : trois schémas de base selon Janoff-Bulman (1992) influencent le sentiment d'invulnérabilité personnelle et sont directement ébranlés par l'expérience d'un événement traumatique : 1) le monde est bon et bienveillant ; 2) le monde est juste et a un sens ; 3) je suis une personne de valeur.

McCann et Pearlman (1990) considèrent pour leur part que six thèmes de schémas fondamentaux sont davantage ébranlés par l'événement traumatique : 1) schéma face à sa sécurité ; 2) schéma de confiance ; 3) schéma relié au pouvoir ; 4) schéma face au contrôle ; 5) schéma relié à son estime de soi ; 6) schéma face à l'intimité. Chacun de ses schémas peut être lié à soi ou lié aux autres.

#### Étape 4 : Gestion du stress

Les méthodes de gestion de stress ont comme objectifs de diminuer les symptômes d'hyperactivation : état d'alerte, tension musculaire, irritabilité, difficultés de sommeil. Elles visent aussi à faciliter les exercices d'exposition *in vivo* et en imagination. Ces techniques permettent ainsi à la victime d'apprendre à s'auto-apaiser, ce qui renforce son sentiment de contrôle et d'auto-efficacité.

La gestion du stress comporte de multiples stratégies. La respiration diaphragmatique et la relaxation musculaire progressive sont les stratégies les plus efficaces et les plus utilisées.

- **La respiration diaphragmatique** vise à contrer l'hyperventilation et ses conséquences. En situation de stress, la respiration tend à devenir rapide et saccadée : le corps se prépare à faire face à un « danger » et il emmagasine de l'oxygène pour fournir au cœur et aux muscles l'oxygène nécessaire à la fuite ou à la défense. Or, lorsque le corps reste inactif et ne dépense pas cet apport massif d'oxygène, il y a *hyperventilation* qui entraîne de multiples sensations désagréables : palpitations, étourdissements, vue embrouillée, sensation d'étouffement, sensations d'irréalité, sueurs froides. Les victimes qui hyper-

ventilent ont tendance à respirer avec les muscles du haut de la poitrine : c'est une respiration superficielle, courte et saccadée.

La respiration diaphragmatique vise à favoriser une respiration plus lente et plus profonde, rétablissant l'équilibre entre l'oxygène et le gaz carbonique et ralentissant le rythme cardiaque. Elle favorise un relâchement des muscles abdominaux, et une sensation générale de détente et une diminution des sensations associées à l'hyperventilation.

- **La relaxation musculaire** : la méthode de relaxation progressive de Jacobson est une technique utile qui peut être enseignée par le thérapeute et qui a été démontrée dans la littérature comme très efficace en tant que stratégie de gestion de stress. La relaxation musculaire progressive de Jacobson consiste à apprendre à contracter et à relâcher des groupes de muscles spécifiques d'une manière séquentielle.

Chaque personne est toujours à un certain niveau de tension durant ses heures de réveil. Le but de la relaxation musculaire progressive est d'aider la victime à apprendre à réduire la tension musculaire de son corps à un niveau beaucoup plus bas que son niveau habituel de tension. La meilleure façon de produire une baisse notable de tension, c'est d'abord d'induire une importante tension au niveau du muscle et ensuite de relâcher cette tension d'un coup. Ce relâchement crée un « momentum » qui permet aux muscles de se relâcher *en dessous* du niveau habituel de tension (Bernstein et Borkovec, 1973).

L'entraînement à la relaxation musculaire progressive de Jacobson débute originalement à seize groupes de muscles pour ensuite les regrouper selon sept puis quatre groupes globaux. Elle termine en n'utilisant qu'un décompte. La procédure à *sept groupes de muscles* offre cependant un excellent compromis : elle ne prend pas trop de temps et n'est pas trop exigeante pour le patient tout en permettant d'excellents résultats.

### Étape 5 : Exposition graduelle *in vivo*

On utilise les stratégies d'exposition graduelle *in vivo* afin : 1) de diminuer les symptômes d'évitement post-traumatique ; 2) de diminuer les réactions physiologiques et de détresse en présence d'éléments associés au trauma ; 3) de favoriser la reprise d'activités évitées ; 4) d'améliorer l'autonomie et les contacts sociaux de la victime.

#### *Rationnel sous-jacent à l'exposition in vivo*

Selon le modèle comportemental classique (modèle de Mowrer), les symptômes post-traumatiques découlent de trois mécanismes.

- **Conditionnement classique aversif** : il explique très bien la détresse et les réactions physiques anxieuses ressenties lors du contact avec un élément associé au trauma (symptômes B4 et B5). Les bruits, objets, odeurs, cognitions, sensations physiques (stimuli neutres) qui sont présents lors de l'événement traumatisant (stimulus inconditionnel) acquièrent les propriétés aversives de l'événement. Les stimuli neutres deviennent des *stimuli conditionnels*. Leur seule présence provoquera subséquemment une *réponse conditionnée*, c'est-à-dire une réponse anxieuse similaire à celle provoquée par l'événement traumatisant original (détresse, peur, inconfort).

L'exposition graduelle *in vivo* permet de diminuer la force entre les stimuli conditionnels et les réponses anxieuses.

- **Conditionnement « de second ordre »** : ce mécanisme explique la généralisation des éléments générateurs de détresse chez les victimes souffrant de TSPT. Les stimuli conditionnels acquièrent eux aussi la capacité de conditionner d'autres stimuli. Une grande quantité de stimuli neutres (et non seulement ceux directement associés à l'événement traumatisant) acquièrent les propriétés aversives de l'événement original.

L'exposition graduelle *in vivo* contre la généralisation des stimuli conditionnels.

- **Renforcement négatif** : il favorise les comportements d'évitement (critère C) afin de ne pas être exposés aux stimuli conditionnels aversifs. Le comportement d'évitement est très soulageant et est renforcé parce qu'il élimine l'anxiété. Tous les comportements incompatibles avec l'anxiété seront ainsi fonctionnellement répétés (évitement, colère, agressivité, détachement émotif, abus de drogue ou d'alcool). Or, l'évitement maintient l'anxiété. En effet, il permet un tel soulagement qu'il est automatiquement renforcé.

L'exposition graduelle *in vivo* permet de diminuer l'évitement en favorisant davantage un processus d'habituation.

*Étapes d'une démarche d'exposition graduelle in vivo :*

- 1) conceptualisez les associations conditionnées de la victime ;
- 2) explicitez le rationnel à la victime : « l'évitement renforce l'anxiété », « l'anxiété est inconfortable mais pas dangereuse », donnez des exemples concrets de mécanismes de conditionnement, du processus d'évitement, du processus d'habituation ;
- 3) faites une liste des situations évitées ;
- 4) expliquez les NAS (niveau d'anxiété subjectif) ;
- 5) construisez une hiérarchie des situations évitées à l'aide des NAS ;
- 6) faites une hiérarchie d'exposition graduelle *in vivo* pour chacune des situations évitées ;
- 7) présentez les étapes des exercices d'exposition : a) débiter avec les situations qui évoquent un niveau d'anxiété moyen ; b) la victime enregistre l'heure et son NAS initial ; c) la victime doit rester dans la situation pendant 30 à 45 minutes ou jusqu'à ce que l'anxiété ait diminué d'au moins 50 % ; d) la victime enregistre l'heure et son NAS final ;
- 8) laissez la victime s'exposer aux situations les plus faciles ;

- 9) n'augmentez le niveau de difficulté des situations que lorsque la situation précédente est facile ;
- 10) terminez les séances lorsque les symptômes ont diminué de façon significative.

### **Étape 6 : Exposition prolongée en imagination**

L'exposition en imagination exige que la victime reprenne contact en imagination avec l'événement traumatique et s'habitue graduellement aux souvenirs aversifs. On utilise les stratégies d'exposition prolongée en imagination afin : 1) de réduire les symptômes de reviviscence post-traumatiques ; 2) de diminuer la détresse associée à la mémoire du traumatisme ; 3) de diminuer les réactions physiologiques et de détresse en présence d'éléments associés au trauma ; 4) de favoriser l'intégration émotionnelle du traumatisme.

#### *Rationnel sous-jacent à l'exposition prolongée en imagination*

Selon le modèle de Foa, le TSPT découle d'une structure de peur pathologique. Cette structure est caractérisée par : 1) une grande généralisation des stimuli ; 2) un manque de sentiment de compétence. La victime tente de donner un sens à l'événement mais évite d'y penser à cause de la détresse qui en résulte, ce qui bloque le processus d'intégration émotionnelle.

L'exposition en imagination permet une modification de la structure de peur et favorise l'intégration émotionnelle à l'événement. Elle favorise une courbe d'habituation aux souvenirs perturbants de l'événement en minimisant le plus possible les processus d'évitement qui empêchent l'intégration émotionnelle du traumatisme. Elle permet à la victime de nommer et de décrire graduellement ce qui s'est passé, sans fuite, honte ou déni.

De plus, l'exposition en imagination permet de reconsidérer l'événement et de remettre en question certaines conceptions dysfonctionnelles du monde : elle permet de prendre conscience que le trauma est un événement spécifique et non un prototype du monde dans son

ensemble (favorise la *spécificité* du traumatisme) et que les comportements posés lors du traumatisme ne sont pas des signes d'incompétence ou de faiblesse (favorise le sentiment de *compétence*).

Les étapes spécifiques d'exposition prolongée en imagination sont décrites en détail dans le livre de Foa et Rothbaum (1998). Il s'agit d'une stratégie très efficace mais qui exige de l'expérience et de la supervision de la part du thérapeute.

#### *Les stratégies d'exposition : mises en garde importantes*

Les stratégies d'exposition *in vivo* ou en imagination sont vraiment efficaces : plusieurs études ont démontré leur impact très positif sur les symptômes post-traumatiques et leur rapidité d'action. Cependant, dans des mains inexpérimentées et avec des victimes particulièrement fragiles, ces stratégies peuvent être très néfastes. Malgré des intentions louables, entreprendre un traitement avec ce genre de patient *peut nuire* plus qu'aider et peut rendre le traitement psychologique ultérieur plus long et difficile.

Avant d'entreprendre de telles stratégies avec une victime, évaluez les possibilités de contre-indications et si vous ne vous sentez pas très à l'aise, demandez une supervision. Soyez toujours très alerte à la réaction de la victime à ces stratégies et respectez-les tout en n'étant pas complaisant avec l'évitement (c'est là tout l'art thérapeutique...).

Dans la même veine, si vous ne pouvez consacrer un *minimum* de vingt rencontres d'au moins cinquante minutes à raison d'une rencontre par semaine à la victime, ne *débutez pas* un traitement avec elle et référez-la à un thérapeute qui pourra la prendre en charge (voir texte Brillon et Savard, 2002).

#### *Contre-indications pour entreprendre des stratégies d'exposition*

- Inexpérience du thérapeute.
- Thérapeute peu empathique aux résistances et au rythme de la victime.

- Relation thérapeutique pauvre.
- Absence de symptômes de reviviscence ou d'évitement chez la victime.
- Troubles psychologiques sévères chez la victime (symptômes de dépression graves, tendances psychotiques, trouble de personnalité grave du cluster B, trouble bipolaire non contrôlé).
- La victime a vécu de multiples polytraumatisations ou de graves traumatismes dans l'enfance.
- Histoire d'impulsivité et d'abus de substances chez la victime.
- Fragilité de la victime (état de crise, rupture conjugale, procédures juridiques, etc.).
- La victime a de la difficulté à utiliser l'imagination.
- La victime a de la difficulté à être en contact avec son anxiété.
- Certaines variables cognitives entraînent trop de détresse.
- Condition physique très affectée.
- Échec précédent avec la thérapie d'exposition.

#### *Stratégies alternatives à préférer*

- Utiliser des stratégies de restructuration cognitive.
- Utiliser des stratégies de gestion de stress ou de certains affects.
- Utiliser des stratégies de résolution de problème pour résoudre les crises actuelles ou antérieures.
- Travailler les troubles comorbides ou les traumas antérieurs par la restructuration cognitive.

#### **Étape 7 : Conclure la démarche thérapeutique**

Quatre critères ont été proposés par Leahy et Holland (2000) pour envisager la fin de la démarche thérapeutique : 1) les symptômes ont significativement diminué et ne correspondent plus à un diagnostic de TSPT ; 2) la victime peut parler de l'événement traumatique sans



se sentir submergée par la détresse ; 3) les comportements d'évitement n'interfèrent plus avec le fonctionnement quotidien de la victime ; 4) les distorsions cognitives les plus significatives ont été modifiées.

Trois stratégies doivent être effectuées avant de terminer le traitement.

**1) Conclure sur les impacts de l'événement dans sa vie :**

Envisagez avec la victime ce que cet événement a pu lui apporter en termes de séquelles mais aussi de développement de soi : « Est-ce possible qu'il ait pu, en partie, être une bonne occasion ? »

Précisez avec elle ses objectifs de vie et de développement personnel.

**2) Prévention de la rechute :**

Demandez à la victime de préciser ce qui l'a le plus aidée dans sa démarche.

Précisez avec elle quels seraient les causes potentielles de rechute.

Déterminez avec elle comment elle s'y prendrait face à une rechute.

**3) Maintien des acquis :**

Espacez les dernières rencontres aux deux ou trois semaines.

Demandez à la victime de s'auto-évaluer et de définir ses exercices.

Demandez à la victime de préciser ses objectifs à long terme et les moyens de les atteindre.

## CONCLUSION

Le trouble de stress post-traumatique est un des troubles anxieux les plus difficiles et les plus complexes à traiter. Il est aussi un des plus méconnus et des moins diagnostiqués. Il exige expérience et supervision, et ce, tout particulièrement avec les procédures d'exposition. Par contre, les données indiquent que ce type de traitement

cognitivo-comportemental est effectivement efficace et permet une diminution importante et significative des symptômes post-traumatiques (Stephenson, Marchand et Brillon, 1997 ; Rothbaum, Meadows, Resick et Foy, 2000).

## BIBLIOGRAPHIE

### Diagnostic :

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)*, Washington, DC, American Psychiatric Association.

### Données épidémiologiques :

BRESLAU, N., G. DAVIS, G.C. et ANDRESKI (1991). « Traumatic Events and Posttraumatic Stress Disorders in an Urban Population of Young Adults », *Archives of General Psychiatry*, n° 48, p. 216-222.

BRESLAU, N. *et al.* (1998). « Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in the Community », *Archives of General Psychiatry*, n° 55, p. 626-632.

BRESLAU, N. et G.C. DAVIS (1992). « Posttraumatic Stress Disorder in an Urban Population of Young Adults : Risk Factors for Chronicity », *American Journal of Psychiatry*, n° 149, p. 671-675.

HELZER, J.E., L.N. ROBINS et L. MCEVOY (1987). « Post-traumatic Stress Disorder in the General Population », *New England Journal of Medicine*, n° 317, p. 1630-1634.

KESSLER, R.C., A. SONNEGA, E. BROMET, M. HUGHES et C.B. NELSON (1995). « Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey », *Archives of General Psychiatry*, n° 52, p. 1048-1060.

RESNICK, H.S., D.G. KILPATRICK, B.S. DANSKY, B.E. SAUNDERS et C.L. BEST (1993). « Prevalence of Civilian Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in a Representative National Sample of Women », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 61, n° 6, p. 984-991.

### Caractéristiques cliniques :

BRUNET, A., R. BOYER, P. BRILLON, E. EHRENSAFT et R. STEPHENSON (1998). « Lifetime Exposure to Traumatic Events among a Sample of City Bus Drivers », *Psychological Reports*, n° 83, p. 1155-1160.

BRILLON, P. (1988). *Contenus cognitif de femmes ayant subi une agression sexuelle : Identification et relation avec la symptomatologie post-traumatique*. Thèse de doctorat déposée au Département de psychologie, UQAM.

BRILLON, P. et A. MARCHAND (1997). « Survivre à une agression sexuelle : symptomatologie posttraumatique et dépressive », *Revue québécoise de psychologie*, vol. 18, n° 3, p. 125-146.

BRILLON, P., A. MARCHAND et R. STEPHENSON (1999). « Influence of Cognitive Factors on Sexual Assault Recovery : Descriptive Review and Methodological Concerns », *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, vol. 28, n° 3, p. 119-137.

### Modèles théoriques :

BRILLON, P., A. MARCHAND et R. STEPHENSON (1996). « Conceptualisation étiologique du trouble de stress post-traumatique : description et analyse critique », *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive*, n° 1, p. 1-13.

FOA, E.B., R. ZINGARG et B.O. OLASOV-ROTHBAUM (1992). « Uncontrollability and Unpredictability in Post-traumatic Stress Disorder : an Animal Model », *Psychological Bulletin*, n° 112, p. 218-238.

FOA, E.B., G. STEKETEE et B.O. ROTHBAUM (1989). « Behavioral-cognitive Conceptualizations of Posttraumatic Stress Disorder », *Behavior Therapy*, n° 20, p. 155-176.

JANOFF-BULMAN, R. (1989a). « Assumptive Worlds and the Stress of Traumatic Events : Applications of the Schema Construct », *Social Cognition*, vol. 7, n° 2, p. 113-136.

JANOFF-BULMAN, R. (1989b). « The Benefits of Illusions, the Threat of Disillusionment and the Limitations of Inaccuracy », *Journal of Social and Clinical psychology*, n° 8, p. 158-175.

JONES, J.C., & D.H. BARLOW (1990). « Etiology of Posttraumatic Stress Disorder », *Clinical Psychology Review*, n° 10, p. 299-328.

JONES, J.C., & D.H. BARLOW (1992). « A New Model of Posttraumatic Stress Disorder : Implications for the Future », in P.A. Saigh (Eds.), *Posttraumatic Stress Disorder*, New York, Macmillan, p. 147-165.

JOSEPH, S.A., R. WILLIAMS et W. YULE (1995). « Psychosocial Perspective on Post-traumatic Stress », *Clinical Psychology Review*, vol. 15, n° 6, p. 515-544.

MCCANN, I.L. et L.A. PEARLMAN (1990). « Constructivist Self-development Theory », In *Psychological Trauma and the Adult Survivor : Theory, Therapy and Transformation*, New York, Brunner/Mazel, p. 10-33.

#### **Instruments :**

BRILLON, P. (2001). *Instruments d'évaluation des troubles anxieux : caractéristiques et usage*, Les Presses de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

BRUNET, A. (1995). Traduction de l'*Impact of Event Scale*, Montréal, Centre de recherche Fernand-Seguin.

CASSIDAY, K.L., R.J. MCNALLY et S.B. ZEITLIN (1992). « Cognitive Processing of Trauma Cues in Rape Victims with PTSD », *Cognitive Therapy and Research*, vol. 16, n° 3, p. 283-295.

FALSETTI, RESNICK, RESICK et KILPATRICK (1992). *Post-Traumatic Stress Disorder : the Assessment of Frequency and Severity of Symptoms in Clinical and Nonclinical Samples*, paper presented at the 26<sup>th</sup> Annual Convention of the Association for Advancement of Behaviour Therapy, Boston.

FALSETTI, S., H. RESNICK, P. RESICK et D. KILPATRICK (1993). « The Modified PTSD Symptom Scale : a Brief Self-Report Measure of Posttraumatic Stress Disorder », *The Behavior Therapist*, n° 16, p. 161-162.

FOA, OLASOV ROTHBAUM, RIGGS et MURDOCK (1991). « Treatment of PTSD in Rape Victims : a Comparison between Cognitive-behavioral Procedures and Counseling », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 59, n° 5, p. 715-723.

FOA, E.B., D.S. RIGGS, C.V. DANCU et B.O. ROTHBAUM (1993). « Reliability and Validity of a Brief Instrument for Assessing Post-traumatic Stress Disorder », *Journal of Traumatic Stress*, n° 6, p. 459-474.

HOROWITZ, M., N. WILNER et W. ALVAREZ (1979). « Impact of Event Scale : a Mesure of Subjective Stress », *Psychosomatic Medecine*, n° 41, p. 209-218.

KILPATRICK *et al.* (1988). *Can Self-report Inventories Discriminate Cases of Crime-related Post-traumatic Stress Disorder ?* Paper presented at the 22<sup>nd</sup> Annual Convention of the Association for Advancement of behavior Therapy, New York.

SCHWARZWALD, SOLOMON, WEISENBERG et MIKULINCER (1987). « Validation of the Impact of Event Scale for Psychological Sequelas of Combat », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 55, p. 251-256.

SLOAN (1998). « Post-traumatic Stress in Survivors of an Airplane Crash-landing : a Clinical and Exploratory Research Intervention », *Journal of Traumatic Stress*, vol. 1, n° 2, p. 211-229.

STEPHENSON, MARCHAND, MARCHAND et DIBLASIO (2000). « Examination of the Psychometrics Properties of a Brief PTSD Measure on a French-canadian Undergraduate Population », *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, vol. 29, n° 1, p. 1-9.

STEPHENSON, BRILLON, MARCHAND et DIBLASIO (1995). Traduction du *Modified PTSD Symptom Scale*, UQAM, Laboratoire d'étude du trauma.

ZILBERG, WEISS et HOROWITZ (1982). « Impact of Event Scale : a Cross Validation Study and Some Empirical Evidence Supporting a Conceptual Model of Stress Response Syndrome », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 50, p. 407-414.

#### **Manuels de traitement :**

BECK, A.T. et G. EMERY (1985). *Anxiety Disorders and Phobias : a Cognitive Perspective*, New York, Basic Books.

- BERNSTEIN, D.A. et T.D. BORKOVEC (1973). *Progressive Relaxation Training : a Manual for the Helping Professions*, Research Press.
- BRILLON, P. et P. LAMY (2000). « Le trouble de stress post-traumatique réfractaire », article publié dans le document consensus de l'Association des troubles anxieux du Québec intitulé *Le trouble de stress post-traumatique : un problème sous-évalué et sous-traité*.
- BRILLON, P. et P. SAVARD (2002). « Aider une victime de traumatisme : qu'est-ce que l'omnipraticien peut faire ? » *Le clinicien*, p. 75-90.
- FOA, E.B. et E.A. MEADOWS (1997). « Psychosocial Treatment for Post-traumatic Stress Disorder : a Critical Review », *Annual Review of Psychology*, n° 48, p. 449-480.
- FOA, E.B., G. STEKETEE et B.O. ROTHBAUM (1998). *Treating the Trauma of Rape : Cognitive-behavioral Therapy for PTSD*, Guilford Press.
- FOA, E.B., T.M. KEANE et M.J. FRIEDMAN (2000). *Effective Treatments for PTSD : Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*, Guilford Press.
- FOLLETTE, V.M., J.I. RUZEK et F.R. ABUEG (1998). *Cognitive-behavioral Therapies for Trauma*, Guilford Press.
- JANOFF-BULMAN, R. (1992). *Shattered Assumptions : towards a New Psychology of Trauma*, New York, The Free Press.
- KEANE T.M. (1998). « Psychological and Behavioral Treatments of Post-traumatic Stress Disorder », In P.E. Nathan & J.M. Gorman (Eds.), *A Guide to Treatments that Work*, New York, Oxford University Press, p. 398-407.
- KLEIN, R.H. et V.L. SCHERMER (2000). *Group Psychotherapy for Psychological Trauma*, Guilford Press.
- LEAHY, R.L. et S.J. HOLLAND (2000). *Treatment Plans and Interventions for Depression and Anxiety Disorders*, Guilford Press.
- MARCHAND, A. et P. BRILLON (1999). « Le trouble de stress post-traumatique », in R. Ladouceur, A. Marchand et J.-M. Boisvert (Eds.), *Les troubles anxieux : approche cognitive et comportementale*, Gaëtan Morin, p. 149-182.

- MARCHAND, A. et P. BRILLON (1995). « La thérapie cognitive et les troubles anxieux », *Revue québécoise de psychologie*, vol. 16, n° 2, p. 55-89.
- MEICHENBAUM, D. (1994). *A Clinical Handbook/Practical Therapist Manual : for Assessing and Treating Adults with Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)*, Waterloo, Institute Press.
- RESICK, P.A. et M.K. SCHNICKE (1993). *Cognitive Processing Therapy for Rape Victims*, Sage Publications.
- ROTHBAUM, B.O. et E.B. FOA (1992). « Cognitive-behavioral Treatment of Posttraumatic Stress Disorder », in P.A. Saigh (sous la dir. de), *Post-traumatic Stress Disorder*, New York, MacMillan.
- ROTHBAUM, B.O., E.A. MEADOWS, P. RESICK et W. FOY (2000). « Cognitive-behavioral Therapy », in E.B. Foa, T.M. Keane et M.J. Frieman (sous la dir. de), *Effective Treatments for PTSD*, New York, Guilford Press.
- STEPHENSON, R., A. MARCHAND et P. BRILLON (1997). « Examen critique des études d'efficacité du traitement du trouble de stress post-traumatique », *Science et comportement*, vol. 25, n° 2, p. 149-182.





**PARTIE 2**

**CONSÉQUENCES D'UNE CATASTROPHE  
SUR L'ÉTAT DE SANTÉ DES SINISTRÉS :  
LE CAS DES INONDATIONS DE  
JUILLET 1996**

---



## LES INONDATIONS DE JUILLET 1996 : UNE SUITE D'ÉVÉNEMENTS BOULEVERSANTS

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

*Pour l'individu comme pour la collectivité,  
rien n'est stable. Les destins des hommes  
comme ceux des villes sont balayés.  
...Il faut donc penser à tout et affermir son âme  
contre tout ce qui peut arriver.*  
Sénèque

À l'aube de ce nouveau millénaire, les individus et les collectivités sont de plus en plus menacés par les désastres naturels (Dufour, 1998 ; Hare, 1996 ; Pickering et Owen, 1994 ; etc.). La région du Saguenay — au Québec — n'y échappe pas, comme en fait foi la plus importante perturbation à y survenir au cours des deux dernières décennies. En effet, l'impact des pluies diluviennes des 19, 20 et 21 juillet 1996, relié à la présence d'un réseau hydraulique d'envergure, a provoqué des inondations majeures affectant trente-neuf municipalités et plus de 16 000 personnes. Faut-il rappeler l'aspect le plus sombre de cette tragédie ? Deux enfants y ont trouvé la mort. Le climat de terreur et la désolation associée aux pertes matérielles, financières, sentimentales et sociales affectent les individus dans leur quotidienneté, puis entraînent une série de conséquences qui peuvent s'échelonner sur une longue durée. Pour Murphy (1986), la période que l'on qualifie de post-désastre peut s'étendre d'un à dix ans, alors que les travaux de Green et Lindy (1994) la prolongent à dix-sept ans, tout en soulignant que les séquelles peuvent même se poursuivre tout au long de la vie d'un individu.

Quoi qu'il en soit, un désastre ne représente pas seulement l'arrivée d'un malheur effroyable et subit, mais constitue un long processus dans lequel s'engagent les sinistrés, une marche pleine d'embûches. En parcourant ce difficile trajet des sinistrés de la région du Saguenay, peut-être réussirons-nous à saisir l'ensemble des effets qu'un désastre peut produire chez les victimes. Oui il y a déluge sur la ville. Mais l'eau dans les yeux des sinistrés est celle qu'on voit le moins, dira Carol Lebel (1997).

La première partie de cette réflexion expose donc, à travers les écrits scientifiques, les principales compréhensions et significations que les chercheurs attribuent à un désastre. Par la suite, aux quelques considérations méthodologiques exposées suivent les divers sentiments que soulève l'expérience d'une catastrophe et les réactions émotives qu'elle déclenche. Enfin, les différentes situations stressantes qui se sont imposées aux sinistrés tout au long du parcours sont présentées.

### DÉLIMITATION CONCEPTUELLE

Les désastres, qu'ils soient de causes naturelles ou de causes technologiques ou humaines, peuvent être étudiés dans une pluralité de points de vue. Certains auteurs les abordent selon une conception globale et holistique (Barton, 1969 ; Turner, 1976), tandis que d'autres utilisent des perspectives plus psychologiques ou sociologiques (Lechat, 1979 ; Kingston et Rosser, 1974 ; Logue *et al.*, 1981).

Ainsi, pour Barton (1969), un désastre correspond à une altération brutale ou à une rupture des conditions de vie auxquelles s'attendent les membres d'un système social. Cette rupture provoque une importante situation de stress collectif. Pour sa part, Turner (1976) associe un désastre à un événement menaçant pour une société ou pour une de ses sous-divisions autosuffisantes, qui occasionne des conséquences indésirables découlant d'une interruption de l'ordre social habituel ou d'un manque de moyens pour l'assurer. De plus, cette situation est culturellement jugée inacceptable par la population. D'autres chercheurs associent également les désastres à des circonstances de stress collectif dont on peut analyser les répercussions sur

les individus en considérant et en analysant les éléments qui bouleversent le système social en entier (Kingston et Rosser, 1974). Ainsi, face aux perturbations excessives, la capacité d'ajustement ou d'adaptation des communautés se voit grandement altérée (Lechat, 1979).

Les désastres peuvent être perçus comme des épisodes fragmentés de par les différentes phases ou étapes qui les caractérisent (Tyhurst, 1951 ; Powell et Rayner, 1952 ; Raphael, 1975 ; Golec, 1983). La durée de chacune de ces étapes est variable et celles-ci s'achèvent, tant pour les individus que pour les communautés affectés, vers un rétablissement global ou partiel. Au plan individuel, Ollendick et Hoffman (1982) se réfèrent au National Institute of Mental Health (NIMH) pour décrire les phases traversées par les victimes. La première constitue la phase « héroïque » qui se manifeste généralement dans la première semaine suivant le désastre ; la deuxième, nommée « lune de miel », débute habituellement dans la semaine subséquente et peut s'étendre jusqu'à six mois ; y succède la phase de « désillusion » dont la durée peut varier de six mois à deux ans et, finalement, la phase de « reconstruction » est entreprise après un ou deux ans. En ce qui a trait à la communauté, notre exemple s'inspire de la récente description donnée par Aptekar (1994). Celui-ci a suggéré un découpage très explicite lié aux désastres. La première tranche englobe toutes les actions et les interventions préparatoires à la manifestation de tels événements (formation d'intervenants, mise en place de plans d'urgence, législation, etc.), la seconde est centrée sur la réaction à l'impact (intervention immédiate, évacuation, impact physique, réactions psychologiques, etc.), tandis que la dernière évoque le rétablissement individuel et communautaire (reconstruction, relocalisation, guérison, etc.).

Cela dit, lorsqu'il est question d'étudier le concept lui-même, plus précisément de définir un désastre, plusieurs auteurs (Solomon *et al.*, 1987 ; Norris, 1990 ; Murphy, 1986) font référence à l'utilisation du terme événement traumatisant. Pour l'Association américaine de psychiatrie (American Psychiatric Association, 1996), « celui-ci se situe à l'extérieur des expériences humaines habituelles et peut être visiblement affligeant pour n'importe qui [...] » (p. 250). Selon cette approche, certaines expériences sont qualifiées *a priori* comme

traumatisantes telles les menaces à la vie, les désastres naturels et technologiques.

Pour sa part, Murphy (1986) associe les désastres à une série de situations les plus traumatisantes que peuvent expérimenter les individus. L'auteur parle d'une *série d'événements catastrophiques*, bien qu'ils soient souvent vus et étudiés comme des épisodes uniques. Entre autres, Murphy estime que la catastrophe n'est pas un fait isolé mais une circonstance qui s'insère dans un continuum d'événements. Dans le même ordre d'idées, Rangell (1976) parle de l'aspect « cumulatif » du traumatisme à la suite de la prise de conscience de la destruction. Berren (1980) a lui aussi utilisé le terme *événements* (et non *événement*) pour définir les désastres de tous types.

Considérer les désastres comme une série ou un cumul de circonstances perturbatrices ou déstabilisantes est essentiel pour les fins de notre propos qui tente de montrer comment les inondations qu'a connues la population du Saguenay à l'été 1996 s'inscrivent dans une continuité de faits.

## MÉTHODOLOGIE

L'observation dégagée dans ces pages se fonde sur une enquête qui fut réalisée en 1998 (Maltais, Robichaud et Simard, 2001). La recherche qualitative effectuée dans la région du Saguenay a tenté d'analyser les conséquences des inondations de juillet 1996 sur les populations touchées et d'apprécier les épisodes qu'il leur fallait traverser. L'étude a été effectuée auprès de soixante-neuf individus qui ont perdu leur maison et tous leurs biens lors des inondations. Les sinistrés participant à l'enquête — tous des propriétaires occupant leur demeure — ont été choisis au hasard à partir de la liste des victimes des inondations de deux municipalités durement touchées par le désastre. Mentionnons toutefois qu'un nombre restreint d'individus (n=5) ont été rencontrés à la suite de suggestions émises par des connaissances ou par d'autres sinistrés. Les entrevues, qui visaient à recueillir le plus largement possible le point de vue des acteurs interrogés, se sont déroulées entre les mois de janvier et d'avril 1998 et ont duré en moyenne deux heures et demie. Seule-

ment huit sinistrés contactés ont refusé de participer à la recherche, disant être encore trop affectés par l'événement. Le taux de réponse s'élève donc à 89,6 %. Cela étant, laissons la parole aux sinistrés.

### SENTIMENTS DES SINISTRÉS

Un désastre naturel avec les difficultés et les problèmes qu'il apporte perturbe et exacerbe les responsabilités sociales, familiales et individuelles. Les inondations de juillet 1996 ont donc apporté leur flot de misères. « De la stupeur à l'adaptation, le long parcours des sinistrés » (Maltais *et al.*, 1998) sera ici examiné à travers les sentiments qu'il a soulevés. Alors, la question qui vaille est la suivante : Dans les faits, que signifie être sinistré ? La réponse à cette interrogation apparemment simple peut nous en apprendre long sur la détresse des individus. C'est donc à travers les propos que les victimes évoquent que nous pourrions en saisir toute la teneur.

Être sinistré c'est vivre un choc, c'est se rendre compte que l'on n'a plus rien devant soi, en somme que l'on est dépouillé.

*Tout disparaît d'un seul coup : sa maison, son terrain et tous les objets présentant une valeur sentimentale comme les souvenirs personnels provenant de son mariage, de la naissance des enfants, des voyages, des biens légués par ses parents, etc. C'est toute ta vie qui y passe en dedans de quelques heures.*

Au-delà de sa propre souffrance, être sinistré c'est aussi constater la destruction autour de soi et les conséquences qu'un pareil événement entraîne sur les gens qui nous sont chers : bouleversement de son conjoint, de ses enfants, de ses amis et de ses voisins. « Mon mari a dû être hospitalisé et a développé une phobie [...]. Il se lève encore la nuit et regarde par terre pour voir s'il y a de l'eau. » Le désarroi et l'insécurité que soulèvent les nombreux déplacements alourdissent le climat familial et font naître un sentiment d'impuissance. À l'itinéraire résidentiel vient s'ajouter la peine occasionnée par les nombreuses pertes : maison, amis, animaux domestiques, jouets, souvenirs personnels. Si la disparition de ces biens plonge les enfants dans la détresse, les parents eux ne peuvent dissimuler la tristesse qu'engendre l'incapacité à les consoler : « Ca m'arrachait le cœur de voir

mes tout-petits ainsi. » « Je me suis cousu un cœur en cuir pour traverser l'épreuve. »

Être sinistré, c'est aussi continuer à faire face aux autres aléas de la vie. Car si la chute d'eau s'arrête, la pluie de malheurs, quant à elle, continue de tomber. En effet, pendant cette période de désarroi, des sinistrés sont confrontés à d'autres situations douloureuses : faillites personnelles, perte d'emploi, maladie, décès d'un proche. Être sinistré, c'est également perdre ses habitudes de vie, sa routine, son confort, son intimité, sa liberté, ses racines. « C'est une partie de sa mémoire que l'on perd. » Vivre dans l'angoisse, dans l'insécurité et dans l'inquiétude permanente constitue une contrainte majeure. Le questionnement constant que soulèvent la relocalisation, les attentes interminables, les déplacements effectués afin d'obtenir les informations nécessaires représente d'autres sources de tension considérable.

Et que dire de la course aux centres d'aide afin d'obtenir une assistance ? En plus de se sentir mal à l'aise face à ces organismes, certaines personnes avouent avoir dû supporter des regards distants, parfois « arrogants » dans leur hésitation à prendre ou à refuser, par exemple, des biens, des meubles ou des vêtements qui ne leur convenaient pas. D'autres déplorent l'accueil peu chaleureux, le manque de respect et d'écoute reçus de la part des fonctionnaires des divers paliers gouvernementaux. Toujours est-il que toutes ces démarches entraînent tantôt des sentiments d'humiliation, tantôt de dépendance. Épuisés, anéantis par l'ampleur des démarches à accomplir avant de pouvoir reconstruire, il faut, en attendant, vivre ailleurs, dans un environnement qui n'est pas toujours adéquat.

Être sinistré, c'est aussi se sentir atteint dans ses valeurs, ébranlé sur le bien-fondé de ses choix comme celui d'investir dans des biens matériels qui, somme toute, présentent un caractère bien éphémère. C'est également supporter le jugement des autres qui se manifeste tantôt dans une perception négative, tantôt par un brin de jalousie : « Vous êtes chanceux, vous allez être remeublés à neuf ». Les suites du désastre ont également apporté leur lot de déceptions. Pour certains, c'est le constat d'une fragilité des liens que l'on pensait solides, pour les autres, c'est le peu de soutien des amis et de la famille qui interroge et laisse perplexe. Le désenchantement conduit



à la rupture des relations qui unissaient auparavant. Être sinistré, c'est aussi vivre une foule de difficultés associées à la reconstruction de sa demeure. Les diverses transactions avec les entrepreneurs et la municipalité (nous y reviendrons plus loin), les retards dans les travaux de l'édification de la maison créent agitation et remous. La crainte de ne pas recevoir l'aide financière promise ne fait qu'amplifier l'inconfort occasionné par un séjour ou un hébergement temporaire qui se prolonge. Bref, être sinistré, c'est entrer dans une zone de turbulence qu'on ne finit plus de traverser.

## RÉACTIONS ÉMOTIVES

Le malheur, encore plus son excès, provoque des réactions. Elles sont prévisibles, quelquefois inattendues. L'observation attentive des effets des inondations sur les individus sinistrés permet de les présenter selon trois grandes phases : a) l'affolement ; b) le désarroi ; c) le ressentiment. L'histoire des sinistrés est sinueuse et c'est à travers le chemin parcouru qu'il nous sera possible de regarder la suite de courbes irrégulières auxquelles ils ont été exposés.

### L'affolement

Les pluies diluviennes qu'a connues le Saguenay en ce temps de juillet ont pris les gens au dépourvu, c'est le moins que l'on puisse dire. Devant cet événement inattendu et subit surgit l'incrédulité, le refus de voir la réalité telle qu'elle se déroule sous ses yeux. Jamais une telle montée d'eau n'avait été observée. Il fallait que ça cesse. Mais l'inquiétude transperce et s'installe au même rythme que montent les eaux. Alors vient la panique, voire l'affolement. C'est l'état de choc. Les argumentaires entendus plaident en ce sens.

*J'étais un automate, un zombi figé. C'était comme un mauvais rêve, je courais partout en criant [...] J'étais comme un agneau qu'on venait d'abattre. Je ne pouvais plus me contenir à mesure que je voyais les pertes s'accumuler avec l'eau qui n'arrêtait pas de monter. J'étais incapable de réagir, de décider quoi que ce soit [...] J'étais traumatisé. Et j'ai passé cinq jours sans manger.*

Pour d'autres, la douleur se manifeste par une crise de nerfs, des pleurs qui s'incrument dans une sorte de rage qu'on ne peut contenir : « J'ai pleuré tous les jours qui suivirent le désastre et je frappais partout pour me défouler ». Imprégnée des images et des bruits des inondations comme le glissement de terrain, la maison flottant sur les eaux ou coincée sous le pont, le jeune chien noyé au bout de sa corde (« on pensait revenir »), l'émotion apparaît à son comble : « J'avais le cœur écorché à vif. » « J'ai même forcé un barrage de police pour retrouver mes enfants de l'autre côté du pont. »

### **Le désarroi**

À la période d'incrédulité suit l'anxiété, le découragement, le désarroi. Un mélange d'angoisse et de révolte transpire. Stupéfaits et consternés, l'épuisement ne tarde pas à venir. Celui-ci anéantit l'espoir et plonge les individus dans un abattement total. « J'étais perdu, j'oubliais mon chemin. » « J'ai fait des scènes de colère devant tout le monde. » Alors, divers sentiments s'entremêlent : reconnaissance pour les secours reçus, mais aussi rage et colère contre la nature qui s'est montrée impitoyable, contre les compagnies, les gouvernements et les municipalités qui n'ont pas « veillé au grain ».

Pour certains, la phase de désarroi se prolonge. En effet, ceux qui ont éprouvé de sérieuses difficultés avant d'obtenir leur indemnisation ou qui ont été déçus par les résultats de l'entente ont continué d'éprouver une grande agitation. « C'était comme un glissement de terrain, on ne voyait pas d'issue en raison de la mauvaise compréhension des fonctionnaires. »

### **Le ressentiment**

L'étape de la relocalisation ne signifie pas nécessairement un apaisement. En effet, les émotions douloureuses perdurent. Plusieurs sinistrés se souviennent avec animosité des maux qu'ils ont éprouvés, des torts qu'ils ont subis et continuent d'éprouver du ressentiment. L'amertume nourrit le souvenir. L'on garde une rancœur

envers le monde entier. L'animosité et le chagrin fermentent, puis se transforment en perte d'énergie, d'enthousiasme et de gaieté. « J'ai perdu le goût du plaisir et la joie de vivre. » ; « On a vieilli prématurément », expriment deux sinistrés. Si certains individus cherchent à extérioriser leur désarroi intérieur pour réduire l'anxiété, d'autres manifestent leur sensibilité par un silence sur tout ce qui entoure le déluge. Un état latent de dépression, une angoisse sporadique ou quasi permanente s'installe. Et la question que l'on se pose est la suivante : Pourquoi ? « Pourquoi ce malheur nous frappe-t-il ? » « Pourquoi cette insouciance des autorités ? » « Pourquoi avoir tant travaillé, tant investi, pour ensuite tout perdre ? »

### SITUATIONS DOULOUREUSES

Les entrevues réalisées auprès des sinistrés ont permis d'examiner, d'une part, les sentiments et les réactions que le désastre a soulevés. D'autre part, elles permettent de regarder de plus près les différents décors qui composent le paysage des victimes tout au long du trajet. Ceux-ci s'insèrent dans onze circonstances qui ont pu être clairement identifiées. Chacune d'elle intègre les différents obstacles que traversent les victimes et permet aussi de constater qu'un désastre ne constitue pas un fait isolé, mais qu'il représente une suite d'événements, ce que plusieurs auteurs ont observé (Belter et Shannon, 1993 ; Murphy, 1986 ; Rangell, 1976 ; etc.) mais que peu d'entre eux ont présenté de façon précise.

#### La menace

Les pluies incessantes qui s'abattent sur la région depuis plusieurs jours soulèvent un vent de panique. Si certains individus essaient de demeurer calmes et confiants — on a l'habitude des crues des rivières — d'autres ressentent de l'anxiété, de la peur, voire de la panique. Une femme doit être hospitalisée tant l'angoisse provoque chez elle de sérieux problèmes respiratoires. Quoi qu'il en soit, afin de limiter les dommages et de protéger la maison et le terrain, les gens se mettent au travail et déploient une série de mesures : dresser des sacs des sables, creuser des tranchées, soulever les objets, etc. Mais *Le monstre de juillet*<sup>1</sup> refuse de s'éloigner. Alors, la crainte

reste aussi. La plupart des femmes qui ont la garde des enfants se préoccupent de leur sécurité. Ce sont elles qui sollicitent le départ du domicile lorsque l'évacuation ne fait pas l'objet d'une demande explicite des autorités de la sécurité civile.

### **L'évacuation**

Les pluies s'intensifient. La majorité des sinistrés quittent leur domicile. Certains résistent jusqu'au moment où l'eau s'infiltré dans la demeure. « Mon mari refusait de quitter la maison. Il était comme figé, drogué, incapable de bouger. » Sortir de chez soi sans pouvoir emporter quoi que ce soit, sinon quelques vêtements, un peu d'argent, quelques souvenirs, des papiers (passeports, certificats de naissance et actes de mariage, photographies, etc.) ou rien parce que l'on agit ou réagit de façon automatique constitue une catastrophe en soi. Celle-ci se caractérise par de nombreuses émotions : anxiété, angoisse, peur, peine et une certaine désorganisation des réactions. L'évacuation, souvent rapide, est donc vécue comme un choc. Voir la rivière emporter la maison, le terrain, les souvenirs, les objets et les symboles de tant d'années d'effort, de labeur et d'économies arrache le cœur. Les bruits et les images qui s'entremêlent donnent un spectacle saisissant et désolant. « C'était l'enfer. » Quitter son domicile, c'est aussi connaître les ennuis que nécessite la recherche d'un abri temporaire. « Qui nous tirera d'embarras ? »

### **L'attente d'information**

L'accès aux sites inondés est défendu. Ainsi, les sinistrés se trouvent plongés dans l'incertitude. C'est l'attente d'information, d'une permission qui lèvera l'interdit de se rendre sur les lieux du sinistre et permettra, somme toute, de constater l'état de sa résidence et de ses biens. Cette période de doute est décrite comme particulièrement stressante et éprouvante. Les individus se sentent déposés, appauvris et l'épuisement commence à se faire sentir. Qu'advient-il de nous ? Comment s'organiseront les secours ? Recevrons-nous des compensations en cas de pertes importantes ? Voilà quelques-unes des questions qui hantent les victimes.

### **L'instant de vérité**

« Tant qu'on a pas vu les dégâts, on ne réalise pas l'ampleur du désastre. » Le retour à sa demeure, à tout le moins à ce qui en reste et parfois à rien parce qu'elle fut emportée par la rivière, permet de mesurer le sérieux de la situation et la gravité des dommages. Ce moment de vérité soulève de fortes réactions émotives. En effet, la perte de sa maison et des objets les plus significatifs est un autre choc qui soulève la désolation, le découragement, la tristesse. La colère, quant à elle, reste secrète pour certains, alors que pour d'autres, elle explose : on pleure, on crie, on frappe. Des personnes, en général peu démonstratives, craquent et s'effondrent. Un futur incertain interroge et les questions s'accumulent. « Que va-t-il nous arriver ? Quoi faire pour sortir de cette crise ? Va-t-on nous aider ? » La plupart de ces questions demeureront sans réponse jusqu'à ce que se mettent en place les services d'aide aux victimes.

### **Un itinéraire résidentiel**

Les démarches exigées par la recherche d'un logis temporaire représentent un véritable défi à relever. L'hébergement provisoire s'étend sur une période de quelques semaines à plusieurs mois : famille, amis, maison mobile, logement ou maison loués, etc. sont les principales sources utilisées. Toujours est-il que les personnes considèrent que cette période constitue une source importante de stress. En effet, partager un espace réduit (roulotte) pendant presque un an, vivre dans une trop grande promiscuité, être confrontés à un manque de confort le plus élémentaire ont des conséquences sur l'état de santé physique et psychologique des individus : irritabilité, insomnie, fatigue extrême. La cohabitation n'est pas toujours facile. « Nous vivions onze dans la maison. Nous nous sentions regardés, épiés. » En fait, cet itinéraire résidentiel ponctué d'incertitudes, de tracasseries et de difficultés de toutes sortes (perte d'intimité et de sécurité, gêne à partager la vie des autres, troubles liés à l'impression d'importuner) diminue le capital d'énergie.

### **Une foule de démarches**

Toutes les personnes sinistrées vivent péniblement l'ensemble des démarches qu'elles doivent effectuer auprès de différentes instances : gouvernementales, municipales, sociétés Saint-Vincent-de-Paul. Il faut également rencontrer les bénévoles qui œuvrent à la Croix-Rouge. Le recours inhabituel à ces différentes formes d'aide provoque une certaine agitation, soulève tantôt la colère, tantôt la gêne, parfois même une certaine humiliation. Il faut faire la file, attendre des heures afin de recevoir des bons d'achats qui permettront de se procurer l'essentiel. Les emplettes, souvent effectuées à la hâte, causent une certaine insatisfaction : « Nous nous sommes trompés et avons fait plusieurs erreurs. » Toutes ces opérations obligent les individus à discuter, argumenter, négocier avec des personnes qui manifestent parfois peu d'empathie. Cette insensibilité se retrouve chez des représentants d'organismes, mais également chez certains membres de la famille. Outrés par l'infantilisme des procédures (obligation de recourir à un notaire, chèque émis au nom de la banque, etc.), les sinistrés ont des sursauts de révolte. À tout événement, ces diverses sollicitations entraînent de nombreuses frustrations, de la déception, de l'amertume encore bien perceptibles. En effet, le souvenir de ces contraintes conserve un goût amer.

### **L'attente des réponses**

La période d'attente concernant les différentes demandes d'aide formulées entraîne des réactions d'inquiétude et provoque une insécurité financière. Aux appréhensions vient s'ajouter l'irritation face aux délais que l'on doit subir. À titre d'exemple, un couple doit attendre soixante-cinq jours avant de connaître le montant qui lui sera versé à titre compensatoire. « Ce n'est pas facile d'apprendre que les décisions qui nous concernent sont prises par les autres. Une partie de notre vie semblait nous échapper. » Alors, les victimes se sentent agitées, désarmées et souvent impuissantes. Et il faut malgré tout continuer à se battre pour faire valoir ses droits. Alors, pas besoin d'insister sur toutes les frustrations que soulèvent les demandes de révision lorsque la somme versée est bien au-dessous de la valeur réelle des biens.

### **Les réparations, la relocalisation**

Confrontés à la tâche de réparer ou de reconstruire leur domicile, plusieurs sinistrés évoquent une certaine anesthésie émotive. Une priorité est accordée aux démarches engendrées par les travaux de réparation ou de reconstruction (démolition, nettoyage, aménagement du terrain, etc.) et d'autres obligations (permis de démolition, arpentage, permis de construction, etc.). Chacune de ces tâches devient une source de préoccupation, de tension qui débouche sur des conflits. À ce stade, le courage s'amenuise et l'épuisement s'intensifie.

Si certains sinistrés ont la possibilité de se rebâtir au même endroit, d'autres, par contre, choisissent de changer de lieu ou se voient dans l'obligation de le faire. Ces derniers doivent alors s'acheter un nouveau terrain et « repartir à neuf ». Engagés dans le processus de deuil à la suite de la disparition de leur maison, ils se retrouvent dans l'obligation de faire des choix inhabituels avant de procéder à la relocalisation. L'arrivée dans un nouveau quartier suppose alors l'adaptation à un environnement physique, social et spatial inconnu et constitue un déracinement. « On ne retrouve jamais ce qu'on avait. » Ce changement, qui suppose un ajustement au plan de l'organisation personnelle et des relations avec les autres, apporte de nombreuses contraintes : l'éloignement de la famille, la perte d'amis, l'aménagement dans une habitation non conforme à ses attentes ou à ses besoins.

### **Les emprunts bancaires**

La majorité des victimes doivent effectuer des emprunts pour faire face aux pertes encourues : meubles, biens personnels, équipements sportifs et informatiques, automobile, bateau, etc. C'est toutefois le prêt hypothécaire qui constitue la plus grande dette contractée. L'une des deux recherches effectuées auprès de quarante sinistrés et précédemment citée permet de dégager quelques constats. Entre autres, 62,9 % des sinistrés n'avaient aucun emprunt hypothécaire avant les inondations alors qu'actuellement, seulement 14,3 % se retrouvent dans la même situation. De façon individuelle, la moyenne du prêt hypothécaire est plus élevée de 13 000 \$ pour les sinistrés

possédant déjà un prêt hypothécaire. Ceux qui effectuent un nouvel emprunt pour l'achat ou la reconstruction de la nouvelle demeure voient la moyenne de leur prêt s'élever à 38 692 \$ (Maltais et Robichaud, 1999). Cet endettement provoque déceptions, irritations et angoisses. Et que dire du compte de taxes qui, en plus d'être haussé, se voit gonflé de la « taxe de bienvenue » ?

### **La gestion des malaises et des deuils**

Les différentes tâches associées à la reconstruction ou à la relocalisation sont terminées. Les gens prennent conscience, une fois de plus, de l'ensemble des pertes que sont les leurs. Qui plus est, ils sont confrontés à divers malaises que le changement de domicile ou de quartier apporte dans leur vie. Les dettes encourues constituent une source importante d'anxiété et d'inquiétude, puis apportent un lot de déceptions. Il faut faire le deuil d'une sécurité établie, modifier ses projets : « C'est notre retraite qui s'envole », cesser certaines activités devenues trop onéreuses (restaurant, loisirs, etc.), bref, modifier certaines habitudes de vie.

De plus, il faut faire le deuil de son ancienne maison, de son terrain, de ses objets personnels précieux et irremplaçables, certes, mais aussi de toutes ces petites choses qui font partie de la vie quotidienne (jardinière, légumier, soupière, nappe en dentelle, ustensiles, bicyclette, etc.). Chaque jour éveille le souvenir et rappelle les pertes : tantôt du bibelot de voyage, tantôt du cadeau d'un ami, tantôt des dessins des enfants, des albums de famille et des cassettes vidéo, etc. Bref, il faut loger dans un coin de sa mémoire les objets qui appartiennent aux expériences du passé. Il faut également affronter le silence des enfants ou du conjoint : « Ils sont blessés dans leur âme ». Cette étape est longue et se caractérise par une grande détresse, puis par des émotions fortes et difficiles à contrôler. On a peur de l'avenir, mais aussi peur de soi, peur de ne pas être capable de guérir sa peine qui n'en finit plus de finir.



### **L'adaptation à une nouvelle vie**

Un changement de résidence commande l'obligation d'une réorganisation complète de soi-même et de sa famille. Dix-huit mois après la catastrophe, les individus se disent encore troublés, voire envahis par de profondes déceptions. « Nous avons perdu à la hauteur de nos aspirations. » L'anxiété, l'inquiétude et la peur viennent ébranler un quotidien empreint de regrets et de souvenirs. Ceux qui ont fait le choix de rester près de l'eau vivent régulièrement une forme d'insécurité, mais « la rivière, on ne peut vivre sans elle ». Cela dit, les stress consécutifs auxquels les gens sont confrontés depuis plusieurs mois semblent affecter la capacité d'adaptation à un nouvel environnement. Ce changement suppose un ajustement au plan personnel et des relations avec les autres qui exige un dynamisme malheureusement dissimulé dans une extrême fatigue.

À la fin de cette description, une question surgit : La liste d'événements qui est présentée ici est-elle susceptible de caractériser tout sinistre ou est-elle spécifique aux inondations qu'a connues le Saguenay en juillet 1996 ? En d'autres termes, y a-t-il possibilité de généraliser davantage cette suite d'événements ? Il paraît probable que tous les individus qui perdent leur maison, lors d'un sinistre (inondations, tremblements de terre, incendies, etc.), sont susceptibles d'être confrontés aux difficultés et aux obstacles qui viennent d'être identifiés. À des degrés divers ou avec certaines particularités peut-être, mais il n'en demeure pas moins qu'un individu qui perd sa demeure doit nécessairement se reloger temporairement, se relocaliser, effectuer une foule de démarches tout en étant confronté à une série de deuils. Bref, toutes les personnes qui, sans le vouloir, sont privées définitivement de leur domicile vivent une succession d'événements qui appellent l'adaptation à une nouvelle vie.

### **CONCLUSION**

Au-delà du stress collectif que les inondations de juillet 1996 ont provoqué dans la communauté du Saguenay, cette catastrophe a entraîné les victimes dans une série de situations stressantes. En fait, les différentes étapes qu'elles ont eu à franchir pendant les mois qui ont suivi le désastre ont formé un parcours à la fois difficile et

douloureux. Cet itinéraire bien capricieux se subdivise en onze épisodes qui ont soulevé des désordres physiques (insomnie, palpitations, tremblements, agitation, etc.) et psychologiques (anxiété, détresse, problèmes d'adaptation, etc.). Ce qu'il faut comprendre, c'est que le désastre et les principales pertes qui y sont associées entraînent non seulement un état de désorganisation et de désorientation chez les sinistrés, mais correspond aussi, pour plusieurs, à l'anéantissement d'une partie de leur vie, à une situation de deuil relative à des années d'efforts investis, à une façon de vivre et à la construction d'un univers social. « On a été déracinés, dépossédés. »

En effet, si le culte des choses rapproche l'homme de l'homme, et cela par l'émotion éprouvée à la suite de la perte des articles de consommation (Boudreault, 1998), ce même culte des choses l'a aussi éloigné d'un passé qui lui est cher. Car les « choses » ne valent-elles pas par l'importance qu'on leur accorde ? Et ne constituent-elles pas pour l'individu son patrimoine affectif et social ? En outre, « ses choses » ne représentent-elles pas une partie de sa mémoire et de son présent ? Bien qu'une forme de sagesse propose un détachement par rapport aux valeurs matérielles, qui peut s'enorgueillir de vivre cet abandon qui le sépare totalement de sa demeure et de ses objets, voire de lui-même<sup>2</sup> ?

D'ailleurs, selon certains chercheurs, entre autres McFarlane et De Girolamo (1996), les pertes matérielles, plus que l'intensité de l'exposition au traumatisme lié au désastre, sont un meilleur prédicteur de la détresse psychologique à long terme (voir Maltais, Robichaud, Simard, 2001). Quoi qu'il en soit, les entrevues réalisées auprès de plusieurs sinistrés permettent de montrer qu'un désastre se compose d'une suite d'événements qui se prolongent dans le temps. De plus, elles révèlent que le cœur reste bien sensible aux pertes et aux douleurs qu'il a ressenties. Presque deux ans après la catastrophe, des victimes réclament de l'aide. La pluie a tombé, la catastrophe a frappé, la bonace avait fait oublier la tempête. Alors, la perte de sa maison et de son environnement constitue une dure épreuve à traverser. En fait, elle plonge les individus dans le deuil. Pour certains, il est secret, pour d'autres, moins énigmatique. Néanmoins, pour tous, il est difficile à quitter. Quoi qu'il en soit, la guérison ne peut précéder la souffrance, comme à l'accoutumé elle lui succédera.

Mais il faudra du temps... beaucoup de temps. En attendant, « ne me secouez pas, je suis plein de larmes », dit un sinistré en se rappelant les mots du poète.

## NOTES

- 1 *Les berges en dentelle ou Le monstre de juillet* est le titre d'un roman écrit par Jean-Claude Larouche qui a lui-même travaillé sur les berges des rivières après le désastre. L'auteur présente sa réflexion en ces termes : « L'atmosphère qui régnait après le déluge de juillet imposait le respect. À chacun de nos pas, nous sentions la présence de cette force destructrice qui a tout arraché. Notre imaginaire se mesurait à quelque chose d'incommensurable » (Larouche, 1997).
- 2 Pour de plus amples informations sur les perturbations psychologiques que peut entraîner la perte de son domicile et de ses biens, voir les articles de Maltais, Robichaud et Simard (2000) et de Lalande, Maltais et Robichaud (2000), tous les deux parus dans la revue *Santé mentale au Québec*.

## BIBLIOGRAPHIE

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1996). *DSM IV, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, traduction française, Paris, Masson.
- APTEKAR, L. (1994). « The Psychology of Disaster Victims », in L. Aptekar (ed.), *Environmental Disasters in Global Perspective*, New York, G.K. Hall & Co., p. 79-126.
- BARTON, A.H. (1969). *Communities in Disaster : a Sociological Analysis of Collective Stress Situations*, Doubleday & Cie Inc., New York, Anchor Books.
- 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 California, p. 85-103.

- BERREN, M.R., A. BEIGEL et S. GHERTNER (1980). « A Typology for the Classification of Disasters », *Community Mental Health Journal*, vol. 16, n° 2, p. 103-111.
- BOUDREAULT, P. (1998). « Formes de socialité contemporaine comme changement social », *Revue des sciences humaines et sociales*, n° 62, p. 63-72, n° 63, p. 65-84.
- DUFOUR, J. (1998). « Les catastrophes naturelles exogènes et l'effet de serre. Quelques réflexions appliquées au déluge du Saguenay », in J. Dufour (sous la direction de), *Les inondations de juillet 1996. Les premiers résultats du programme de recherche du GRIR à l'UQAC*, p. 29-37.
- GOLEC, J.A. (1983). « A Contextual Approach to the Social Psychological Study of Disaster Recovery », *Journal of Mass Emergency and Disasters*, vol. 1, p. 255-276.
- GREEN, B.L. et J.D. LINDY (1994). « Post-traumatic Stress Disorder in Victims of Disasters », *Psychiatric Clinics of North America*, vol. 17, n° 2, p. 301-309.
- HARE, K. (1996). « Le réchauffement global : prudence et audace », *Écodécision*, hiver, n° 19, p. 29-32.
- KINGSTON, W. et R. ROSSER (1974). « Disaster : Effects on Mental and Physical State », *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 18, p. 437-456.
- LALANDE G., D. MALTAIS et S. ROBICHAUD (2000). « Les sinistrés des inondations de 1996 au Saguenay : problèmes vécus et séquelles psychologiques », *Santé mentale au Québec*, dossier Les désastres, vol. XXV, n° 1, p. 95-116.
- LAROUCHE, J.C. (1997). *Les berges en dentelle ou le monstre de juillet*, Québec, Les Éditions Le Matou.
- LEBEL, C. (1997). *Petites éternités où nous passons*, Québec, Haïkus, Éditions Le Loup de Gouttière.
- LECHAT, M.F. (1979). « Disasters and Public Health », *Bulletin of Public Health of World Organisation*, vol. 59, p. 11-17.

- LOGUE J.N., M.E. MELICK et H. HANSEN (1981). « Research Issues and Directions in the Epidemiology of Health Effects of Disasters, *Epidemiologic Reviews*, vol. 3, p. 140-162.
- MALTAIS, D., S. ROBICHAUD et A. SIMARD (1999). *Le sinistre de juillet 1996 au Saguenay : conséquences sur la redéfinition de l'habitat*, rapport de recherche, Ottawa, Société canadienne d'hypothèques et de logement.
- MALTAIS, D., S. ROBICHAUD et A. SIMARD (2001). *Désastres et sinistrés*, Chicoutimi, Éditions JCL, collection Au cœur des catastrophes.
- MALTAIS, D., S. ROBICHAUD ET A. SIMARD (2000). « Redéfinition de l'habitat et santé mentale des sinistrés suite à une inondation », *Santé mentale au Québec*, dossier Les désastres, vol. XXV, n° 1, p. 74-94.
- MCFARLANE, A.C. et G. DEGIROLAMO (1996). « The Nature of Traumatic Stressors and the Epidemiology of Posttraumatic Reaction, in B.A. Van der Kolk et L. Weisaeth (eds), *Traumatic Stress : the Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society*, New York, The Guilford Press, p. 129-154.
- MURPHY, S.A. (1986). « Perceptions of Stress, Coping and Recovery One and Three Years after a Natural Disaster », *Issues in Mental Health Nursing*, vol. 8, p. 67-77.
- NORRIS, F.H. (1990). « Screening for Traumatic Stress : a Scale for Use in the General Population », *Journal of Applied Psychology*, vol. 20, p. 1704-1718.
- OLLENDICK, G. et M. HOFFMAN (1982). « Assessment of Psychological Reactions in Disaster Victims, *Journal of Community Psychology*, vol. 10, p. 157-167.
- PICKERING, K.T. et L.A. OWEN (1994). *An Introduction to Global Environmental Issues*, Londres, Rutledge.
- POWELL, J.W. et J. RAYNER (1952). *Progress Notes : Disaster Investigation July, 1, 1951, June 30, 1952*, Englewood, Maryland, Army Chemical Center, Chemical corps Medical Laboratories.
- RANGELL, L. (1976). « Discussion of the Buffalo Creek Disaster : the Course of Psychic Trauma », *American Journal of Psychiatry*, n° 133, p. 313-316.

- RAPHAEL, B. (1975). « Crisis and Loss : Counselling following a Disaster », *Mental Health in Australia*, p. 118-122.
- ROBICHAUD, S., D. Maltais, G. Lalande, G. Moffat et A. Simard (2001). « Les inondations de juillet 1996 : une série d'événements stressants », *Service social* (à paraître).
- SOLOMON, S.D., E.M. SMITH, L.N. ROBINS et R.L. FISCHBACK (1987). « Social Involvement as a Mediator of Disaster-induced Stress », *Journal of Applied Social Psychology*, vol. 17, p. 1092-1112.
- TURNER, B.A. (1976). « The Development of Disasters : a Sequence Model for the Analysis of the Origin of Disasters », *The Sociological Review*, vol. 24, n° 4, p. 753-774.
- TYHURST, J.S. (1951). « Individual Reactions to Community Disaster », *American Journal of Psychiatry*, vol. 107, p. 764-769.

## L'IMPACT D'UNE INONDATION MAJEURE DANS LA VIE DES SINISTRÉS : LES RÉSULTATS D'UNE ÉTUDE QUALITATIVE

Gilles LALANDE, Ph.D.  
Danielle MALTAIS, Ph.D.  
Suzie ROBICHAUD, Ph.D.  
Anne SIMARD, M.Sc.

La région du Saguenay a connu en juillet 1996 des inondations sans précédent au Québec. Une tempête tropicale enlisée au-dessus de la réserve faunique des Laurentides a provoqué un déversement de 262 mm de pluie en cinquante heures sur la réserve faunique des Laurentides et la région du Saguenay. Six rivières se déversant dans le Saguenay sont sorties de leur lit. Ce sinistre a affecté une partie importante de la population. Le décès de dix personnes a été associé à ces inondations, selon la revue *Canadian Geographics* (Gresco, 1997). Cinq cents résidences ont été détruites, 2 000 ont été endommagées, 7 000 familles ont vu leur quartier ou leur maison subir d'importants dommages. Plus de 16 000 personnes ont été évacuées et les inondations ont provoqué d'importants dommages aux infrastructures routières et industrielles. Les pertes matérielles avoisinent le milliard de dollars (Proulx, 1998 ; Lemieux, 1998). Ces inondations rencontrent tous les critères d'un désastre, c'est-à-dire qu'elles provoquent des dommages assez graves pour entraîner des demandes ou des menaces qui dépassent les capacités habituelles d'adaptation (Belter et Shannon, 1993 ; Berren *et al.*, 1980). Le Gouvernement a qualifié ces inondations de « sinistre ». Ce désastre est considéré par plusieurs experts comme l'un des pires sinistres de l'histoire du Québec. *Le Canadian Geographics* (Gresco, 1997) affirme qu'il s'agit des inondations les plus catastrophiques de l'histoire canadienne.

Comme peu de recherches québécoises ont étudié les conséquences de tels désastres sur leur population, ce texte présente une étude entreprise auprès de sujets exposés aux inondations de 1996 au Saguenay. Dans le but de mieux comprendre l'expérience vécue des

personnes sinistrées, la présente recherche se penche sur les difficultés vécues par les sinistrés de ces inondations et l'identification des principales conséquences sur leur santé. Plus précisément, ce rapport veut offrir un répertoire des conséquences des inondations dans la vie des personnes sinistrées (situations vécues, réactions émotionnelles, cognitives et comportementales) et cherche à identifier et à évaluer les conséquences des inondations sur leur santé biopsychosociale.

Des désastres de cette nature ne provoquent pas que des pertes matérielles ; ils soumettent généralement les sinistrés à des expériences psycho-émotionnelles particulièrement difficiles à vivre dans nombre de sphères de la vie. Des recherches ont démontré que des sinistrés exposés à des stress extrêmes comme des désastres rencontrent des difficultés d'adaptation qui se manifestent par une incidence élevée de troubles psychologiques (Quarantelli, 1990 ; Robins *et al.*, 1986).

## MÉTHODOLOGIE

Les données de cette recherche de type qualitatif proviennent de l'analyse de trente entrevues de sinistrés des inondations. Les participants ont été recrutés pour représenter différentes expériences du sinistre. Les personnes furent sélectionnées à partir de listes de sinistrés obtenues de municipalités, en utilisant les montants compensatoires accordés aux sinistrés comme estimation du degré d'exposition aux inondations, et des commentaires recueillis à partir de différentes sources comme estimation de la nature des conséquences sur la santé des sinistrés. Les participants ont été soumis, entre février et octobre 1998, à des entrevues individuelles (dirigées, semi-structurées) d'évaluation clinique descriptive. Cette démarche orientée vers la phénoménologie est éminemment organisée et prend appui sur : a) l'observation du participant ; b) l'écoute de son discours ; c) l'exploration en fonction des informations à obtenir ; d) la vérification (confrontation), au besoin, des informations ; e) la synthèse des impressions, des indices, des informations obtenues. De plus, les participants à l'étude ont rempli un questionnaire offrant la possibilité d'obtenir des précisions supplémentaires et la confirmation d'impressions cliniques au moyen de tests psycho-



métriques. Le canevas d'entrevue cible : a) une description de l'exposition aux inondations ainsi que l'itinéraire résidentiel ; b) l'identification des principales émotions et pensées aux différents moments de l'exposition ; c) la description des pertes encourues ; d) l'identification des problèmes rencontrés et de l'aide reçue ; e) les problèmes et changements dans différentes sphères de la vie (personnelle, professionnelle, familiale, sociale) ; f) l'évaluation clinique multiaxiale selon les propositions du DSM-IV (American Psychiatric Association, 1996).

Ainsi cette étude propose un répertoire des conséquences d'une inondation dans la vie et sur la santé des personnes sinistrées. Étant donné le caractère extensif de cette étude, notamment en ce qui concerne le nombre considérable de conséquences explorées, il faut prendre ses résultats comme des indicateurs de pistes à approfondir. Les conclusions de cette étude ne peuvent en aucun cas porter sur la distribution de ces conséquences, l'échantillon n'ayant pas été construit à cette fin et étant, de surcroît, trop restreint.

Le groupe des participants est composé de quinze hommes et de quinze femmes, dont l'âge au moment des inondations, se situait entre 33 ans et 74 ans ( $M = 52,4$  ;  $ET = 11,9$ ). Les participants proviennent de trois municipalités du Saguenay (Laterrière, Chicoutimi, Jonquière) et habitaient sur les berges de la rivière Chicoutimi, de la rivière aux Sables et du ruisseau Jean-Dechesne. Ils furent recrutés en fonction de catégories d'exposition aux inondations (voir le tableau 1). L'analyse du contenu des entrevues permet de décrire les principaux problèmes vécus par les sinistrés ainsi que les conséquences psychologiques relevées deux ans après les inondations.

## LES RÉSULTATS

L'analyse du contenu des entrevues permet de dégager trois constatations : 1) la localisation sur les berges d'un cours d'eau est généralement porteuse de projets de vie très significatifs ; ainsi, toute atteinte aux lieux est vécue comme une menace ou une atteinte aux projets de vie enracinés dans ces lieux ; 2) les inondations peuvent être qualifiées d'événement traumatique entraînant des réactions de peur intense et d'impuissance, ce qui autorise le diagnostic

d'état de stress post-traumatique (ÉSPT) ; 3) l'exposition au désastre doit être considérée comme un processus qui se déroule dans le temps, même si l'événement traumatique (les inondations) a été concentré dans un temps relativement court. L'analyse du contenu des entrevues a mis en évidence plusieurs difficultés et problèmes vécus par les victimes des inondations. Parmi les plus cruciaux évoqués par les participants, soulignons des expériences psycho-émotionnelles éprouvantes, des pertes et des deuils à vivre, des difficultés financières, des problèmes de vie conjugale et familiale, des difficultés relationnelles et une atteinte à la vie sociale, notamment l'isolement, des problèmes reliés au travail.

**Tableau 1**

**Distribution des participants en fonction  
du type d'exposition aux inondations (dommages subis)**

<b>Exposition aux inondations (dommages subis)</b>	<b>Nombre de participants</b>
Perte totale de la maison, relocalisation	11
Reconstruction et réparations majeures	8
Réparations moyennes et mineures	5
Chalet – perte totale	1
Chalet – réparations	2
Locataire – perte des biens	2
Perte d'emploi	1

Le tableau 2 présente les principales catégories de problèmes et difficultés rapportées en entrevues. Les résultats laissent voir la présence de difficultés et de problèmes multiples qui affectent différentes sphères de la vie des sinistrés, ce qui démontre le bien-fondé de la recommandation d'aborder l'étude des conséquences des désastres de façon globale (Lifton et Olson, 1976) afin de bien saisir la souffrance des victimes. Cette perspective holistique est d'ailleurs

mise de l'avant dans les documents publiés par le MSSS (1994a, 1994b).

**Tableau 2**

**Les principaux problèmes et difficultés rencontrés par les sinistrés**

<b>Problèmes et difficultés rencontrés par les sinistrés</b>
Expériences psycho-émotionnelles difficiles à vivre
Difficultés relatives aux finances
Difficultés de couple
Difficultés relationnelles
État de grande fatigue et d'isolement
Problèmes reliés au travail
Difficultés éprouvées par les enfants
Morts d'animaux ou problèmes de comportement des animaux
Pertes et deuils à vivre
Difficultés majeures d'adaptation
Problèmes de croyances et de pratiques religieuses
Problèmes de santé physique

Plusieurs sinistrés font état de problèmes de santé physique nouveaux ou d'aggravation de problèmes préexistants. Certains sinistrés semblent davantage réagir de façon somatique alors que d'autres manifestent plus de troubles psychologiques. Les troubles de santé physique mis en évidence sont les suivants : problèmes de sommeil, fatigue et épuisement, hypertension, troubles de l'alimentation et intestinaux, asthme, hernies, douleurs musculaires, maux de dos, diabète ainsi qu'une vulnérabilité plus grande à diverses affections. Dans la majorité des cas, ces problèmes persistaient toujours après deux années.

## LES CONSÉQUENCES PSYCHOLOGIQUES

Tous les sinistrés rencontrés ont été éprouvés au plan psychologique. Ils font état d'expériences personnelles émotivement difficiles. Les principales émotions évoquées sont : 1) la panique, l'horreur, la terreur, le désarroi, la colère et l'impuissance ; 2) l'insécurité, l'anxiété, la peur et l'angoisse ; 3) l'incertitude et l'inquiétude ; 4) le découragement, la tristesse ; 5) l'isolement et la solitude ; 6) la gêne, la honte ; 7) la culpabilité, des sentiments d'échec, la remise en cause de soi ; 8) l'anesthésie émotive.

La présente étude laisse clairement voir qu'un tel traumatisme entraîne, au delà de cette accumulation anormale d'émotions, des problèmes et des troubles psychologiques beaucoup plus sérieux. Ces résultats rejoignent les conclusions des principales recherches scientifiques portant sur les catastrophes (Green et Salomon, 1995). L'analyse des diagnostics issus des entrevues permet de préciser huit regroupements de problèmes d'ordre psychologique consécutifs aux inondations : l'ESPT, les troubles dépressifs, les troubles anxieux (autres que l'ESPT), les troubles de l'adaptation, les troubles de la personnalité, les problèmes cognitifs, la consommation d'alcool et d'autres substances, et la résignation.

L'état de stress post-traumatique représente le syndrome clinique le plus fréquemment rencontré chez des sinistrés de désastres (Côté, 1996 ; Robins *et al.*, 1986). Les sinistrés de cette étude ont surtout souffert d'un ESPT chronique. De plus, plusieurs participants de l'étude ont manifesté un trouble dépressif majeur. Ces résultats confirment ceux d'autres chercheurs (Green *et al.*, 1992). Dans plusieurs cas, il s'agissait d'un trouble récurrent. La majorité des individus présentant un tableau clinique de trouble dépressif en souffraient toujours deux ans après les inondations. Ces observations indiquant la persistance de ces troubles corroborent les résultats d'autres chercheurs sur les conséquences des inondations de Buffalo Creek en 1972 (Green *et al.*, 1994 ; Gleser *et al.*, 1981).

Les quelques participants de l'étude qui avaient résolu leurs problèmes dépressifs, après deux années, avaient eu recours à de l'aide professionnelle. Les autres troubles anxieux notés à l'occasion des entrevues regroupent des syndromes tels les troubles paniques, les

phobies et le trouble d'anxiété généralisé (TAG). Ces problèmes psychologiques sont aussi fréquemment rapportés comme conséquences de désastres (Canino *et al.*, 1990 ; Green *et al.*, 1992 ; Lima *et al.*, 1987 ; McFarlane et DeGirolamo, 1996 ; Titchener et Knapp, 1976). Plusieurs sinistrés ont vécu de sérieuses difficultés à s'adapter à cet imposant traumatisme qu'ont été les inondations de 1996. Ils ont souffert d'un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive ou avec anxiété. Toutefois, pour la majorité des sujets qui en ont souffert, ce trouble est maintenant résorbé. Quelques sinistrés ont laissé voir des troubles de la personnalité, alors que presque tous les sinistrés ont connu à un moment ou un autre des problèmes cognitifs. La consommation d'alcool ou de drogues apparaît comme conséquence fréquente de désastres (Canino *et al.*, 1990 ; Côté, 1996 ; Green et Lindy, 1994 ; Green *et al.*, 1992 ; Lima *et al.*, 1987). Quelques sinistrés de l'étude en ont souffert. On a noté chez quelques personnes une importante résignation qui empêchait tout effort d'adaptation. Toutefois, cet état pouvait être attribué à une situation prémorbide lourde ainsi qu'à des stress concomitants.

Le portrait clinique des séquelles psychologiques des inondations du Saguenay chez les participants de l'étude laisse voir une comorbidité importante, comme l'ont noté d'autres chercheurs (Green *et al.*, 1992). La comorbidité s'est effectivement avérée très élevée chez les participants. De plus, dans plusieurs cas, les inondations ont eu comme conséquence la réactivation ou l'exacerbation de troubles psychologiques antérieurs. Les problèmes récurrents les plus fréquents ont été les troubles dépressifs, anxieux et de personnalité. Ainsi, les situations prémorbides jouent un rôle important pour déterminer la nature et l'intensité des troubles consécutifs à des événements traumatiques comme les inondations de 1996.

Les dispositions (ou prédispositions) personnelles, les traits de personnalité et l'état de la personne au moment des inondations sont des facteurs à considérer pour comprendre les répercussions du désastre chez un individu, comme l'avaient déjà constaté d'autres chercheurs (Aptekar, 1994 ; Robins *et al.*, 1986 ; Tobin et Ollenburger, 1996).

## CONCLUSION

Les résultats de la présente recherche, s'appuyant sur l'analyse de trente entrevues cliniques, révèlent que les inondations de juillet 1996 au Saguenay ont grandement bouleversé la vie des individus sinistrés. L'impact de ces inondations a entraîné de nombreux problèmes et une détérioration de la santé rendue évidente par l'apparition ou l'aggravation de troubles sérieux. De plus, l'impact psychologique est d'autant plus considérable que plusieurs problèmes persistaient toujours après plus de deux années.

Les atteintes à la santé psychologique des victimes, identifiées dans l'étude, laissent voir un tableau assez typique des séquelles de désastres de cette nature : ESPT, troubles dépressifs, troubles anxieux, troubles de l'adaptation, troubles de la personnalité, problèmes reliés à la consommation d'alcool et de drogue, troubles cognitifs, etc.

Les résultats de l'étude révèlent la présence de séquelles psychologiques suffisamment sérieuses et persistantes pour susciter la poursuite des recherches sur les conséquences de tels événements. Étant donné la taille réduite de l'échantillon, on ne peut généraliser les résultats de cette recherche à tous les sinistrés de ces inondations, tout comme aux victimes d'autres désastres. L'utilisation d'entrevues en profondeur permet non seulement d'obtenir des données, mais fournit une base de compréhension scientifique du phénomène. La méthodologie a permis d'être sensibilisé à l'immense souffrance humaine consécutive à de tels événements, ce qui facilitera la recherche de moyens efficaces de soulagement.

## BIBLIOGRAPHIE

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1996). *DSM IV, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, traduction française, Paris, Masson.
- APTEKAR, L. (1994). « The Psychology of Disaster Victims », in L. Aptekar (ed.), *Environmental Disasters in Global Perspective*, New York, G.K. Hall & Co., p. 79-126.

- BELTER, R.W. et M.P. SHANNON (1993). « Impact of Natural Disasters on Children and Families », in C.F. Saylor (ed.), *Children and Disasters*, New York, Plenum Press, p. 85-103.
- BERREN, M.R., A. BEIGEL et S. GHERTNER (1980). « A Typology for the Classification of Disasters », *Community Mental Health Journal*, vol. 16, n° 2, p. 103-111.
- CANINO, G., M. BRAVO, M. RUBIO-STIPEC et M. WOODBURY (1990). « The Impact of Disaster on Mental Health : Prospective and Retrospective Analyses », *International Journal of Mental Health*, vol. 19, n° 1, p. 51-69.
- CÔTÉ, L. (1996). « Les facteurs de vulnérabilité et les enjeux psychodynamiques dans les réactions post-traumatiques », *Santé mentale au Québec*, vol. 21, n° 1, p. 209-228.
- GLESER, G.C., B.L. GREEN et C. WINGEY (1981). *Prolonged Psychosocial Effects of a Disaster : a Study of Buffalo Creek*, New York, Academic Press.
- GREEN, B.L. et S.D. SALOMON (1995). « The Mental Health of Natural and Technological Disasters, in J.R. Freedy, et S.E. Hobfoll (eds), *Traumatic Stress : from Theory to Practice*, New York, Plenum Press, p. 163-180.
- GREEN, B.L., M.C. GRACE, M.G. VARY, T.L. KRAMER, G.C. GLESER et A.C. LEONARD (1994). « Children of Disaster in the Second Decade : a 17-year Follow-up of Buffalo Creek Survivors », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 33 n° 1, p. 71-79.
- GREEN, B.L. et J.D. LINDY (1994). « Posttraumatic Stress Disorder in Victims of Disasters », *Psychiatric Clinics of North America*, vol. 17, n° 2, p. 301-309.
- GREEN, B.L., J.D. LINDY, M.C. GRACE et A.C. LEONARD (1992). « Chronic Posttraumatic Stress Disorder and Diagnostic Comorbidity in a Disaster Sample », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 180, n° 12, p. 760-766.

- GRESKO, T. (1997). « After the Deluge », *Canadian Geographic*, vol. 117, n° 2, p. 29-40.
- LEMIEUX, G.-H. (1998). « Le déluge et les inondations de juillet 1996 au Saguenay—Lac-Saint-Jean », in M.-A. Proulx (sous la direction de), *Une région dans la turbulence*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, p. 11-24.
- LIFTON, R.J., et E. OLSON (1976). « The Human Meaning of Total Disaster : the Buffalo Creek Experience », *Psychiatry*, vol. 39, p. 1-18.
- LIMA, B., H. SANTACRUS, J. LOSANO, J. LUNA et S. PAI (1987). *Mental Health Problems of Disaster Victims*, The Psychological Consequences of Life-threatening Experiences Conference, New-Orleans, octobre.
- MCFARLANE, A.C. et G. DEGIROLAMO (1996). « The Nature of Traumatic Stressors and the Epidemiology of Posttraumatic Reaction, in B.A. Van der Kolk et L. Weisaeth (eds), *Traumatic Stress : the Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society*, New York, The Guilford Press, p. 129-154.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1994a). *Informations générales sur divers types de sinistres naturels ou technologiques*, Québec, Gouvernement du Québec, Direction générale de la coordination générale.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1994b). *Comment intervenir auprès des personnes sinistrées*, Québec, Gouvernement du Québec, Direction générale de la coordination générale.
- PROULX, M.-A. (1998). « Sciences et analyse des catastrophes naturelles », in M.-A. Proulx (sous la direction de), *Une région dans la turbulence*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, p. 1-7.
- QUARANTELLI, E.L. (1990). *Some Aspects of Disaster Planning in Developing Countries*, Disaster Research Center preliminary paper n° 144, University of Delaware, Newark.



ROBINS, L.N., R.L. FISCHBACH, E.M. SMITH, L.B. COTTLER, S.D. SOLOMON et E. GOLDRING (1986). « Impact of Disaster on Previously Assessed Mental Health », in J.H. Shore (ed.), *Disaster Stress Studies : New Methods and Findings*, Washington, DC, American Psychiatric Press, p. 22-48.

TITCHNER, J.L. et E.T. KAPP (1976). « Family and Character Change at Buffalo Creek », *American Journal of Psychiatry*, vol. 133, p. 295-299.

TOBIN, G.A. et J.C. OLLENBURGER (1996). « Predicting Levels of Postdisaster Stress on Adults following the 1993 Floods in the Upper West », *Environment and Behavior*, vol. 28, n° 3, p. 340-357.



**DEUX ANS APRÈS UNE CATASTROPHE :  
PORTRAIT DE L'ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE ET  
PSYCHOLOGIQUE DES SINISTRÉS DES  
INONDATIONS DE JUILLET 1996 VIVANT  
EN MILIEU URBAIN\***

Danielle MALTAIS, Ph.D.  
Lise LACHANCE, Ph.D.  
Gilles LALANDE, Ph.D.  
Martin FORTIN, M.D.  
Christophe FORTIN, Bac.

**E**n juillet 1996, de fortes pluies ont causé le débordement de plusieurs cours d'eau au Saguenay--Lac-Saint-Jean. Des routes et des ponts ont été fermés à la circulation et des milliers de personnes ont été évacuées de leur demeure par mesure de sécurité. Les autorités civiles ont dû transporter des individus par hélicoptère et aider des familles à fuir la montée des eaux. Cette dernière a été vertigineuse et a surpris tout le monde. Des barrages ont débordé, une digue a été détruite, plusieurs rivières ont envahi des terrains publics et privés, et certains ruisseaux ont augmenté de cent fois leur volume là où des maisons étaient construites et où des terrains étaient aménagés. Les eaux ont détruit plusieurs acres de terrain. Des maisons, des immeubles à logements multiples et des commerces se sont effondrés. Dans certains quartiers, la crue des eaux a tout emporté : maisons privées, caisse populaire, résidence pour aînés et supermarché.

Les autorités civiles estiment que les gouvernements fédéral et provincial ont versé, un an après la catastrophe, plus de 285 millions de

---

\* Ce texte a déjà été publié dans la revue *Santé mentale au Québec*, vol. XXV, n° 1, p. 116-118 sous le titre de « L'état de santé psychologique et physique des sinistrés des inondations de juillet 1996 : étude comparative entre sinistrés et non-sinistrés ».

dollars pour la reconstruction des infrastructures, la stabilisation des berges ainsi que pour les indemnisations aux entreprises agricoles et aux sinistrés (Bureau de la reconstruction et de la relance, 1997). Plus de 400 résidences principales ont été détruites et 2 000 autres ont subi des dommages. Des centaines de familles ont donc tout perdu : maison, terrain, garage, auto et biens personnels.

Pendant des jours et des jours, les médias ont présenté des images de désolation : des habitations à loyer modique (HLM) qui disparaissaient avec l'effritement des terrains, des femmes et des hommes désemparés qui pleuraient leur coin de paradis disparu à jamais ainsi que des enfants cherchant désespérément leur animal domestique. Ce désastre est d'ailleurs considéré par plusieurs experts comme l'un des pires sinistres de l'histoire du Québec (Proulx, 1998).

### ÉTAT DES CONNAISSANCES

Un sinistre de cette envergure n'est pas sans laisser de profondes traces dans l'environnement et chez les individus. À ce sujet, les auteurs sont unanimes : il est plutôt rare que les études réalisées auprès de victimes de telles catastrophes ne démontrent pas d'effet sur la santé psychologique ou physique (Lachance *et al.*, 1994 ; Quarantelli, 1990). De plus, nombreux sont les chercheurs qui ont constaté que plusieurs aspects de la santé biopsychosociale subissaient les contrecoups des tracassés occasionnés par un sinistre. Murphy (1986) associe d'ailleurs les désastres aux événements les plus traumatisants que peuvent vivre les individus.

Selon les écrits scientifiques, un grand nombre de sinistrés font face à des problèmes de santé, tant psychologiques que physiques, et éprouvent des difficultés à s'adapter à leur nouvelle situation (Green *et al.*, 1992 ; Lima *et al.*, 1987 ; MSSS, 1994 ; Santé Canada, 1994 ; Van Der Kolk *et al.*, 1996). Certains chercheurs ont noté l'augmentation de la prévalence des symptômes dépressifs et somatiques en plus de la présence de détresse émotionnelle ainsi qu'une hausse du niveau d'anxiété (Aptekar, 1994 ; Bravo *et al.*, 1990 ; Ollendick et Hoffman, 1982 ; Santé Canada, 1994 ; Simpson-Housley et DeMan, 1989 ; Tobin et Ollenburger, 1996). L'exposition à un événement traumatisant, comme les inondations

de juillet 1996, peut donc entraîner de multiples problèmes. L'état de stress post-traumatique ainsi que diverses difficultés d'adaptation altèrent le fonctionnement familial, social ou professionnel et peuvent laisser des séquelles psychologiques ou physiques permanentes (Baum *et al.*, 1992 ; Benight et Harper, 1997 ; Kingston et Rosser, 1974 ; Lima *et al.*, 1987 ; Ollendick et Hoffman, 1982). La présence de pensées dérangeantes, de troubles de mémoire, de symptômes somatiques et de signes d'anxiété et de dépression sont des problèmes fréquemment diagnostiqués chez les sinistrés (Green *et al.*, 1992). Les cas de dépression majeure, les troubles de panique et les changements importants de traits de caractère et de style de vie ne sont pas rares chez les victimes de catastrophes naturelles ou technologiques (Green, 1994 ; Titchener et Kapp, 1976). L'apparition de phobies, le sentiment de mort imminente, la peur de s'endormir, la présence de cauchemars répétitifs sont aussi des exemples de séquelles psychologiques dont peuvent être affectés les sinistrés (Lifton et Olson, 1976).

Les catastrophes naturelles ou technologiques altèrent non seulement la santé psychologique des victimes, mais compromettent également leur santé physique et modifient de façon substantielle diverses sphères de leur vie. C'est ainsi que plusieurs chercheurs ont noté que les sinistrés avaient tendance à développer des problèmes d'hypertension, des ulcères duodénaux ainsi que de l'arthrite, des bronchites, des migraines et des problèmes d'ordre gynécologique (Bennet, 1970 ; Hall et Landreth, 1975 ; Hovanitz, 1993 ; Logue *et al.*, 1981 ; Raphael, 1986 ; Titchener et Kapp, 1976). Les sinistrés sont également souvent victimes de blessures aux muscles et de fractures. Nombreux sont ceux qui souffrent de nausées et de douleur à la poitrine (Thomas, 1993). Les désastres contribuent aussi à une augmentation du recours aux services médicaux et ambulatoires ainsi qu'à une morbidité et une mortalité plus importantes (Friedman et Schnurr, 1995 ; North *et al.*, 1989). Aux États-Unis, les centres de contrôle des maladies infectieuses rapportent également une hausse des problèmes gastro-intestinaux et cutanés ainsi que divers autres malaises (Centers for Disease Control and Prevention, 1993). D'ailleurs, dans les études qui comparent des sinistrés à des non-sinistrés, les victimes exposées à des catastrophes se déclarent généralement en moins bonne santé que les individus des groupes contrôles (Melick, 1985). Enfin, comparativement à des

non-sinistrés, les victimes de catastrophes augmentent leur consommation de médicaments et de substances alcoolisées et illégales (Green, 1994).

Le développement de problèmes d'ordre psychologique ou physique dépend entre autres de facteurs personnels (Coté, 1996 ; Green, 1994). En ce qui concerne ces facteurs, Smith (1996) ainsi que Tobin et Ollenburger (1994) ont souligné que les individus peu scolarisés risquent davantage de voir augmenter leurs niveaux d'anxiété et de dépression que les sinistrés ayant atteint un niveau de scolarité plus élevé. Le sexe est aussi une variable personnelle liée à la détresse émotionnelle post-désastre (Freedy *et al.*, 1994), les victimes féminines obtenant généralement des scores plus élevés aux différentes échelles de détresse psychologique et de dépression (Canino *et al.*, 1990 ; Green *et al.*, 1990 ; Kaltreider *et al.*, 1992). Les femmes exposées à un sinistre démontrent généralement plus de symptômes d'état de stress post-traumatique que les hommes (Steinglass et Gerrity, 1990). Selon Breslau et Davis (1992), elles sont quatre fois plus à risque que les hommes de développer un état de stress post-traumatique chronique. Bennet (1970) a toutefois démontré qu'à la suite d'une inondation, les hommes s'adaptent moins bien que les femmes. Green (1994) a par ailleurs mentionné que les femmes et les hommes réagissent différemment aux difficultés engendrées par une catastrophe. Les femmes seraient plus sujettes à éprouver de l'anxiété et de la dépression tandis que les hommes seraient plus enclins à développer des problèmes de personnalité antisociale et à augmenter leur consommation de boissons alcoolisées et de matières illicites. Les différences entre les hommes et les femmes se manifestent également au plan de la perception du danger. En effet, les femmes ressentent plus fortement le danger que les hommes (DeMan et Simpson-Housley, 1987 ; Tatum *et al.*, 1986). Certains chercheurs soulignent aussi que les soutiens de familles monoparentales et les adultes n'occupant pas un emploi à l'extérieur de leur domicile sont plus susceptibles de développer des sentiments qui détériorent leur état de santé physique et psychologique (Price, 1978 ; Solomon *et al.*, 1993). Parmi les explications apportées par les chercheurs, Price (1978) souligne que les personnes ne travaillant pas à l'extérieur seraient plus longtemps en contact avec les dommages.

## **OBJECTIFS**

Cette recherche poursuivait deux objectifs. Le premier visait à comparer l'état de santé physique et le bien-être psychologique des sinistrés des inondations de juillet 1996 à ceux d'individus non exposés à ce sinistre. Le second avait pour objet de vérifier si des différences significatives existent selon le sexe des répondants.

## **MÉTHODE**

### **Participants et déroulement de la recherche**

La collecte des données de cette étude transversale a été effectuée dans trois municipalités urbaines et semi-urbaines du Saguenay. Pour participer à l'étude, les répondants devaient avoir atteint l'âge de dix-huit ans au moment des inondations et être propriétaires occupants de leur demeure. Les sinistrés ont été choisis à l'aide d'une table de nombres aléatoires à partir de la liste des sinistrés ayant subi des dommages à leur résidence principale. Pour leur part, les répondants du groupe contrôle proviennent de quartiers non exposés au sinistre dont les caractéristiques sociodémographiques présentent les mêmes attributs que les zones sinistrées. Ces derniers ont été choisis au hasard à partir des fiches d'évaluation municipale. Les interviewers ont rencontré 177 victimes des inondations et 168 individus formant le groupe contrôle. Les entrevues individuelles se sont déroulées de mai à septembre 1998, soit deux ans après les inondations. Le taux de réponse s'élève respectivement à 70 % pour les sinistrés et à 65 % pour le groupe contrôle.

### **Instruments**

Le questionnaire utilisé dans la recherche comprenait essentiellement des questions fermées. La majorité des questions ou des échelles avaient déjà été utilisées dans d'autres recherches auprès de sinistrés ou auprès de Québécois ou de Canadiens. Les échelles ont été retenues en vertu de leurs qualités psychométriques. Les outils de mesure dont les versions françaises n'étaient pas disponibles (*Impact of Events Scale* et *General Health Questionnaire* de 28

items) ont été traduits par un traducteur professionnel et révisés en équipe par les chercheurs de l'étude.

L'*état de santé physique* a été évalué par des questions fermées abordant la perception subjective de l'état de santé, son évolution depuis les inondations, l'aggravation et l'apparition de problèmes de santé depuis juillet 1996, la consommation de médicaments prescrits et non prescrits ainsi que la consommation de boissons alcoolisées. Ces questions ont été tirées d'enquêtes québécoises ou canadiennes (enquête sociale générale, enquête de promotion de la santé, enquête Santé Québec). Il est à noter que la question servant à évaluer la perception subjective qu'ont les répondants de leur état de santé (« Comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est excellente, bonne moyenne ou mauvaise ? ») s'est avérée un bon prédicteur de mortalité dans des recherches effectuées auprès de personnes âgées (Maddox et Douglass, 1973 ; Mossey et Shapiro, 1982).

L'*état de santé psychologique* a été évalué au moyen de quatre échelles de mesure :

- Le *Affect Balance Scale* (ABS ; Bradburn, 1969) permet de mesurer le sentiment de bien-être, appelé aussi équilibre affectif. Cet instrument, composé de dix items, couvre des dimensions positives et négatives de l'affect. Le résultat final peut varier de -10 à 10 ; un score élevé reflétant un plus grand niveau de bien-être psychologique. Bradburn (1969) rapporte des coefficients test-retest supérieurs à 0,90 après trois jours pour neuf des dix items de l'échelle. Dans la présente étude, le coefficient alpha est de 0,73. La version française utilisée est celle de Santé et Bien-Être Canada (enquête sociale générale ; enquête en promotion de la santé).
- L'*Impact of Events Scale* (IES ; Horowitz, Wilner et Alvarez, 1979) sert à identifier la présence de manifestations intrusives ou d'évitement consécutives à un événement stressant. Cette échelle de mesure est fréquemment utilisée dans les recherches américaines pour évaluer la présence ou non de manifestations de stress post-traumatiques (Benight et Harper, 1997 ; Kaltreider *et al.*, 1992 ; Steinglass et Gerrity, 1990). Elle comprend quinze



items se rapportant à des expériences d'intrusion ou d'évitement en situations post-traumatiques. Pour chaque item, le répondant doit indiquer la fréquence de manifestation de ces symptômes durant la dernière semaine. Le coefficient alpha de la version originale de cet instrument est de 0,82 et la fidélité test-retest, suivant un intervalle d'une semaine, est de 0,87. Une analyse factorielle en composantes principales a été réalisée sur la version française de l'IES, traduite aux fins de l'étude. Celle-ci a porté sur les données recueillies auprès des sinistrés. En raison du fait qu'un grand nombre d'items saturent sur deux facteurs (intrusion et évitement), la solution factorielle comportant une seule dimension a été retenue. Elle explique 46,8 % de la variance et les saturations des items varient de 0,42 à 0,81. Dans la présente recherche, le coefficient alpha pour l'ensemble des items s'élève à 0,91.

- La version française du *Beck Depression Inventory* (BDI ; Beck, Ward, Mendelson, Moch, et Erbaugh, 1961) est utilisée pour évaluer la présence de symptômes dépressifs chez les répondants. Cet instrument est composé de vingt-et-un items représentant différentes manifestations d'états dépressifs. Chaque item comprend une série graduée de propositions reflétant le degré de sentiment dépressif ressenti. L'adaptation française utilisée (Gauthier, Morin, Thériault et Lawson, 1982) présente des qualités psychométriques satisfaisantes et comparables à celles de la version originale. Un coefficient alpha de 0,80 ainsi qu'un coefficient de fidélité test-retest de 0,75, après un intervalle de trois mois, ont été observés. Le coefficient alpha calculé auprès du présent échantillon atteint 0,88.
- La version de vingt-huit questions du *General Health Questionnaire* (GHQ-28 ; Goldberg et Hillier, 1979) comprend quatre sous-échelles dérivées d'analyses factorielles : les symptômes somatiques, l'anxiété et l'insomnie, le dysfonctionnement social ainsi que la dépression grave. Les coefficients de fidélité varient de 0,82 à 0,90 selon les recherches. L'instrument a été employé dans de nombreuses études comparant ses résultats avec des diagnostics issus d'entrevues psychiatriques. Les résultats montrent que la sensibilité de l'instrument varie de 70 % à 91,1 %. Une analyse factorielle en composantes principales, suivie d'une

rotation varimax, a servi à examiner la structure dimensionnelle de la version française du GHQ-28, traduite aux fins de cette recherche. Les résultats appuient la structure de la version originale. Au total, les quatre facteurs expliquent 54 % de la variance. Pour la présente recherche, les coefficients alpha des quatre dimensions varient de 0,78 à 0,87.

En plus des questions et échelles précédentes, des informations ont été recueillies auprès des participants afin de connaître leurs caractéristiques sociodémographiques ainsi que leur situation lors des inondations de juillet 1996 et depuis ces dernières.

## RÉSULTATS

L'analyse des résultats comporte quatre sections. Les deux premières présentent les caractéristiques des participants et la situation des sinistrés lors des inondations ainsi que l'ampleur des dommages subis à la maison et au terrain. La troisième expose les données relatives à la santé physique et au contexte de vie des participants en fonction du groupe et du sexe. Enfin, la dernière section compare les sinistrés aux non-sinistrés relativement à leur état de santé psychologique, tout en considérant le sexe.

La comparaison des participants, en ce qui a trait aux caractéristiques sociodémographiques et à la situation des sinistrés, a été effectuée à l'aide de modèles log-linéaires. Ceux-ci permettent d'obtenir les rapports de vraisemblance pour l'effet d'interaction Groupe X Sexe et les effets de premier ordre Groupe et Sexe. En raison du nombre élevé de tests auprès des mêmes participants, la correction de Bonferroni a été appliquée pour chaque groupe de variables (caractéristiques sociodémographiques, contexte des inondations).

Quant aux variables de l'état de santé physique et du contexte de vie des répondants, des rapports de cotes (RC) ont été calculés de façon à comparer les risques associés à l'exposition des participants, selon qu'ils soient, dans la présente étude, sinistrés ou non-sinistrés. Par parcimonie, seul le rapport de cotes brut de l'ensemble des participants est rapporté à moins qu'un effet Sexe ne soit significatif. De plus, certains rapports de cotes ont été ajustés lorsque l'effet des

caractéristiques socio-démographiques s'avérait important sur les variables dépendantes. Cet ajustement est calculé à l'aide de la régression logistique. Pour plus de rigueur, l'intervalle de confiance retenu est de 99 % afin de tenir compte du nombre de variables étudiées.

En ce qui concerne la santé psychologique, les corrélations entre les variables dépendantes et les variables sociodémographiques significatives ont d'abord été examinées de façon à évaluer la pertinence de contrôler l'impact de ces dernières. Puis, après avoir vérifié les postulats de normalité et d'homogénéité de la matrice des variances-covariances, les différences sur l'état de santé psychologique en fonction du groupe (sinistrés versus non-sinistrés) et du sexe ont été vérifiées à l'aide d'analyses de variance multivariées. Ce type d'analyse permet de tenir compte de la corrélation entre les variables dépendantes et de contrôler le niveau d'erreur de type I. Les mesures servant à évaluer l'état de santé psychologique sont les suivantes : le ABS, le BDI, le IES et le GHQ-28. Deux analyses distinctes sont réalisées pour éviter le problème de collinéarité : une première à partir du score total au GHQ-28 et une seconde impliquant les quatre sous-échelles de cette mesure. Pour les effets multivariés significatifs, des analyses de variance univariées et des indices d'ampleur de l'effet ( $\eta^2$ ) permettent d'apprécier la contribution de chacune des variables.

### **Caractéristiques sociodémographiques des participants**

La plupart des répondants sont âgés entre 35 et 54 ans ; la moyenne d'âge se situant à 47,43 ans ( $ET = 12,09$ ). Même s'il y a une plus faible proportion de sinistrés que de non-sinistrés qui ont au moins un enfant, la grande majorité des individus interviewés, qu'ils soient sinistrés ou non, vivent avec un conjoint et sont au-dessus du seuil de faible revenu (tableau 1). Plus de la moitié des répondants détiennent un diplôme d'études secondaires ou moins ou occupent un emploi rémunéré bien que les hommes soient significativement plus nombreux dans cette dernière situation.

**Tableau 1**  
**Caractéristiques sociodémographiques des répondants selon le groupe et le sexe**

Variable	Hommes		Femmes		Rapport de vraisemblance		
	Sinistrés (n=88)	Non- sinistrés (n=76)	Sinistrées (n=89)	Non- sinistrées (n=92)	GXS	Groupe	Sexe
Âge : 18-34 ans	13,8 %	8,0 %	14,8 %	18,5 %	2,56	3,31	3,87
35-54 ans	48,3 %	65,3 %	58,0 %	59,8 %			
55 ans et plus	37,9 %	26,7 %	27,2 %	21,7 %			
En couple : Oui	92,0 %	98,7 %	87,6 %	91,3 %	1,90	3,16	4,23 <sup>a</sup>
Non	8,0 %	1,3 %	12,4 %	8,7 %			
Enfant : Oui	85,2 %	93,4 %	84,3 %	94,6 %	0,13	8,07*	0,00
Non	14,8 %	6,6 %	15,7 %	5,4 %			
Diplôme complété : Secondaire V ou moins	57,8 %	52,6 %	50,6 %	60,4 %	1,92	0,25	0,00
Collégial-universi- taire	42,2 %	47,4 %	49,4 %	39,6 %			
Emploi rémunéré : Oui	69,1 %	76,4 %	60,7 %	52,8 %	2,09	0,02	8,91*
Non	30,9 %	23,6 %	39,3 %	47,2 %			
Seuil de faible revenu : Au-dessus	79,8 %	93,2 %	83,3 %	88,4 %	1,42	5,63 <sup>a</sup>	0,02
En deçà	20,2 %	6,8 %	16,7 %	11,6 %			

<sup>a</sup>La valeur de ce test n'est plus significative à la suite de l'application de la correction de Bonferroni.

\* p< 0,05 après avoir tenu compte de la correction de Bonferroni.

## Contexte des inondations

Lorsque les rivières et les ruisseaux ont commencé à déborder, la plupart des sinistrés étaient à la maison en compagnie d'une ou de plusieurs personnes (tableau 2). La majorité des femmes sinistrées (58,5 %) ont été évacuées plus de deux semaines tandis que la plupart des hommes (51,9 %) l'ont été moins longtemps. Toutefois, cette différence n'atteint pas le seuil de signification. Plus de sept sinistrés sur dix estiment que les dommages à la maison sont considérables (perte totale ou dommages majeurs) tandis qu'un peu plus du tiers considère les dommages au terrain importants.

## État de santé physique post-désastre et contexte de vie des répondants

L'analyse du tableau 3 permet de constater qu'il existe d'importantes disparités entre les sinistrés et les non-sinistrés en ce qui concerne plusieurs indicateurs de santé physique. Entre autres, les hommes et les femmes sinistrés sont plus nombreux que les non-sinistrés à rapporter, depuis juillet 1996, l'apparition de nouveaux problèmes ainsi qu'une détérioration de leur état de santé. D'ailleurs, le rapport de cotes indique que les sinistrés sont sept fois plus à risque ( $RC = 7,26$ ) que les non-sinistrés de développer un nouveau problème de santé à la suite des inondations. Les données indiquent toutefois que les femmes sont beaucoup plus à risque ( $RC = 19,68$ ) que les hommes ( $RC = 4,42$ ) de vivre cette situation. Les sinistrés sont également quatre fois plus à risque ( $RC = 3,95$ ) que les non-sinistrés de considérer que leur état de santé a diminué depuis juillet 1996. La proportion de sinistrés déclarant l'exacerbation de problèmes de santé existants avant juillet 1996, tout comme l'apparition d'une nouvelle maladie chez leur conjoint ou leur enfant, est également supérieure à celle des non-sinistrés; les rapports de cotes respectifs étant de 4,21 et 2,47.

Comparativement à d'autres personnes de leur âge, ils sont également plus nombreux que les non-sinistrés à considérer que leur état de santé est moyen ou mauvais ( $RC = 2,75$ ). De plus, indépendamment du sexe, un plus grand nombre de sinistrés que de non-sinistrés affirme avoir augmenté leur consommation de médicaments

prescrits et non prescrits depuis juillet 1996. Les rapports de cote étant respectivement de 4,10 et 5,46 pour ces deux derniers comportements.

Le tableau 3 indique aussi qu'indépendamment du sexe des répondants, une plus grande proportion de sinistrés que de non-sinistrés a contracté un prêt depuis juillet 1996 et a éprouvé des difficultés financières au cours des deux semaines précédant l'enquête. Les sinistrés sont d'ailleurs cinq fois plus à risque ( $RC = 5,67$ ) que les non-sinistrés d'être endettés à la suite des inondations.

### **État de santé psychologique post-désastre des répondants**

Les coefficients de corrélation obtenus entre les variables socio-démographiques significatives (emploi rémunéré et présence d'au moins un enfant) et celles de santé psychologique varient de -0,004 à 0,081. Ces résultats non significatifs suggèrent qu'il est peu pertinent de contrôler l'impact de ces variables.

Une première analyse de variance multivariée 2 (groupes) X 2 (sexes) a été effectuée sur les échelles de santé psychologique : l'ABS, l'IES, le BDI et le GHQ-28. Le calcul du test de Cochran a montré que les variances n'étaient pas homogènes pour l'ensemble des variables sauf l'ABS. Afin de respecter ce postulat, une transformation réciproque pour le BDI ainsi qu'une transformation logarithmique pour l'IES et le GHQ-28 ont été appliquées. L'analyse de variance multivariée a été effectuée après s'être assuré que les tests univariés d'homogénéité de variances et le test de Boxs ( $F(30,300383) = 1,28$  ;  $p > 0,05$ ) ne soient pas significatifs.

Les résultats de l'analyse de variance multivariée montrent des différences entre les sinistrés et les non-sinistrés ( $F(4,335) = 23,15$  ;  $p < 0,001$ ), mais l'absence d'effet significatif pour le Sexe ( $F(4,335) = 2,28$  ;  $p > 0,05$ ) et pour l'interaction Groupe X Sexe ( $F(4,335) = 0,97$  ;  $p > 0,05$ ). Pour leur part, les résultats aux analyses de variance univariées indiquent que les groupes se distinguent sur l'ensemble des variables (tableau 4). En effet, les sinistrés obtiennent des scores supérieurs à l'IES, au BDI et au score total du GHQ-28, indiquant qu'ils sont plus affectés que les

non-sinistrés. Leur niveau de bien-être psychologique (ABS) est également significativement inférieur à celui des non-sinistrés. Ces résultats expliquent respectivement 16 %, 3 %, 5 % et 2 % de la variance entre les groupes.

Une seconde analyse de variance multivariée a été effectuée à partir des mêmes échelles. Toutefois, le score total au GHQ-28 a été remplacé par les scores obtenus à ses quatre sous-échelles : anxiété-insomnie, dépression grave, symptômes somatiques et dysfonctionnement social. Le test de Cochran sur celles-ci a montré que les variances n'étaient pas homogènes pour les trois premières. Ainsi, une transformation logarithmique de ces trois sous-échelles a été réalisée en plus des transformations effectuées lors de l'analyse précédente. L'analyse de variance multivariée a été calculée après s'être assuré que les tests univariés d'homogénéité de variances et le test de Boxs ( $F(84,248427) = 1,18$  ;  $p > 0,05$ ) ne soient pas significatifs.

L'interaction Groupe X Sexe ( $F(7,332) = 0,86$  ;  $p > 0,05$ ) n'est pas significative. Toutefois, les résultats de l'analyse multivariée permettent de dégager une différence significative des effets principaux Groupe ( $F(7,332) = 12,37$  ;  $p < 0,001$ ) et Sexe ( $F(7,332) = 2,29$  ;  $p = < 0,05$ ). Les résultats des analyses univariées indiquent que les sinistrés obtiennent des scores plus élevés que les non-sinistrés à la très grande majorité des échelles reflétant la présence d'effets négatifs sur l'état de santé psychologique, indépendamment de leur sexe. Leur moyenne à l'échelle de bien-être psychologique est aussi inférieure à celle des non-sinistrés. Par contre, l'analyse ne permet pas de dégager de différence dans la sous-échelle dépression grave. La variance expliquée par les effets significatifs s'élève à 16 % pour l'IES, 4 % pour la sous-échelle anxiété-insomnie, 3 % pour le BDI et la sous-échelle symptômes somatiques de même que 2 % pour la sous-échelle dysfonctionnement social et l'ABS. Quant à l'effet Sexe, les résultats indiquent que les femmes se distinguent des hommes de façon significative seulement à la sous-échelle symptômes somatiques. Qu'elles soient sinistrées ou non, les femmes obtiennent des scores supérieurs aux hommes pour cette dimension. Cet effet explique 3 % de la variance.

**Tableau 2**

**Situation des sinistrés lors des inondations et ampleur des dommages subis en fonction du sexe**

Variable	Sinistrés		Rapport de vraisemblance
	Hommes (n=88)	Femmes (n=89)	
Emplacement lors des inondations			
À la maison	74,4 %	81,0 %	1,46
Ailleurs	25,6 %	19,0 %	
Présence d'autrui lors des inondations			
Oui	90,9 %	93,3 %	1,38
Non	9,1 %	6,7 %	
Temps d'évacuation			
Moins de 2 semaines	51,9 %	41,5 %	1,52
Plus de 2 semaines	48,1 %	58,5 %	
Dommages à la maison			
Perte totale – Majeure	72,1 %	70,1 %	1,10
Moyens – Légers	27,9 %	29,9 %	
Dommages au terrain			
Perte totale – Majeure	36,1 %	32,9 %	1,15
Moyens – Légers	63,9 %	67,1 %	



**Tableau 3**

**Perception de l'état de santé actuel et changements survenus depuis les inondations en fonction du groupe et du sexe**

Variable	Hommes		Femmes		Groupe
	Sinistrés (n=88)	Non sinistrés (n=76)	Sinistrées (n=89)	Non sinistrées (n=92)	RC ajustés <sup>a</sup> (IC 99 %)
Perception de l'état de santé actuel					
Moyenne – mauvaise	25,0 %	10,5 %	30,3 %	15,2 %	2,75
Bonne – excellente	75,0 %	89,5 %	69,7 %	84,8 %	(1,19–6,35)
<b>Changements survenus depuis les inondations</b>					
État de santé					
Diminué	25,0 %	7,9 %	33,0 %	9,9 %	3,95
Amélioré – stable	75,0 %	92,1 %	67,0 %	90,1 %	(1,67–9,37)
Apparition de nouveaux problèmes de santé					
Oui	37,5 %	12,0 %	52,3 %	11,0 %	7,26 <sup>b</sup>
Non	62,5 %	88,0 %	47,7 %	89,0 %	(3,19–16,52)
Nouvelle maladie chez un membre de la famille					
Oui	25,0 %	13,2 %	25,8 %	12,0 %	2,47
Non	75,0 %	86,8 %	74,2 %	88,0 %	(1,09–5,57)

<sup>a</sup>Ajustés en fonction du seuil de faible revenu, du fait de vivre en couple ou non, d'avoir ou non des enfants et d'occuper ou non un emploi.

<sup>b</sup>Il existe une différence entre les hommes et les femmes quant au risque d'apparition d'une nouvelle maladie, les rapports de cotes étant de 4,42 (1,33–14,67) pour les hommes et de 19,68 (5,16–75,04) pour les femmes.

...suite

Tableau 3 (suite)

Variable	Hommes		Femmes		Groupe RC ajustés <sup>a</sup> (IC 99 %)
	Sinistrés (n=88)	Non sinistrés (n=76)	Sinistrées (n=89)	Non sinistrées (n=92)	
Exacerbation de problèmes de santé existants					
Oui	20,5 %	3,9 %	29,5 %	8,7 %	4,21
Non	79,5 %	96,1 %	70,5 %	91,3 %	(1,62–10,97)
Quantité de médicaments non prescrits					
Augmentée	22,7 %	6,5 %	24,7 %	6,5 %	5,46
Stable – diminuée	77,3 %	93,5 %	75,3 %	93,5 %	(1,84–16,24)
Quantité de médicaments prescrits					
Augmenté	20,5 %	3,9 %	22,5 %	5,4 %	4,10
Stable – diminuée	79,5 %	96,1 %	77,5 %	94,6 %	(1,55–10,85)
Consommation d'alcool					
Augmentée	8,0 %	2,6 %	3,4 %	1,1 %	5,01
Stable – diminuée	92,0 %	97,4 %	96,6 %	98,9 %	(0,64–38,99)
Interruption involontaire du travail					
Oui	18,2 %	6,6 %	12,4 %	15,2 %	1,44
Non	81,8 %	93,4 %	87,6 %	84,8 %	(0,59–3,52)
Difficultés financières lors des deux dernières semaines					
Oui	36,4 %	14,7 %	32,6 %	12,0 %	3,52
Non	63,6 %	85,3 %	67,4 %	88,9 %	(1,64–7,55)
Endettement					
Oui	25,0 %	6,6 %	27,0 %	6,5 %	5,67
Non	75,0 %	93,4 %	73,0 %	93,5 %	(2,06–15,03)

**Tableau 4**  
**Analyses de variance multivariée selon le groupe et le sexe**

Variable	Hommes				Femmes				F (1,338)		
	Sinistrés (n=88)		Non sinistrés (n=75)		Sinistrées (n=87)		Non sinistrées (n=87)		GXS	Groupe	Sexe
	M	ET	M	ET	M	ET	M	ET			
Bien-être psychol.	3,53	3,82	4,32	2,94	3,17	3,52	4,25	3,04	0,16	6,54*	0,35
Manifestations de stress post-traum. <sup>a</sup>	12,72	14,73	3,71	6,25	15,64	16,59	4,12	6,15	0,12	62,30***	1,66
Indice de dépression <sup>a</sup> de Beck	6,43	7,23	2,79	3,25	6,05	5,75	3,86	4,36	0,06	9,62**	3,42
GHQ - 28 <sup>a</sup>	18,84	11,10	13,96	6,44	19,63	9,91	16,98	8,47	1,04	16,32***	5,42*
Bien-être psychol.	3,53	3,82	4,32	2,94	3,17	3,52	4,25	3,04	0,16	6,54*	0,35
Manifestations de stress post-traum. <sup>a</sup>	12,72	14,73	3,71	6,25	15,64	16,59	4,12	6,15	0,12	62,30***	1,66
Indice de dépression <sup>a</sup> de Beck	6,43	7,23	2,79	3,25	6,05	5,75	3,86	4,36	0,06	9,62**	3,42
GHQ - Anxiété et insomnie <sup>a</sup>	7,71	2,50	6,49	1,66	7,51	2,62	6,79	1,75	1,72	14,29***	0,06
GHQ - Dépression grave <sup>a</sup>	1,48	3,03	0,71	1,65	1,28	2,43	1,03	2,25	0,17	1,87	0,18
GHQ - Dysfonctionnement social	5,19	4,27	3,83	3,47	5,75	3,98	4,74	3,80	0,18	7,86**	3,00
GHQ - Symptômes somatiques <sup>a</sup>	4,47	3,54	2,93	2,11	5,10	3,65	4,32	2,70	2,26	8,85**	10,95**

<sup>a</sup>Les données brutes sont présentées même si les scores ont subi une transformation pour obtenir l'homogénéité des variances.

\* p < 0,1    \*\* p < 0,01    \*\*\* p < 0,001

## DISCUSSION

La présente collecte de données confirme ce que la plupart des autres chercheurs ont constaté dans leurs études : après une catastrophe naturelle ou technologique impliquant des dommages matériels importants aux biens collectifs ou individuels, l'état de santé physique et psychologique des sinistrés est significativement plus détérioré que celui des non-sinistrés (Aptekar, 1994 ; Green *et al.*, 1990 ; Green *et al.*, 1992 ; Santé Canada, 1994 ; Van Der Kolk, 1987). Dans ce cas-ci, indépendamment du sexe des répondants, les différences sont importantes. En ce qui concerne l'état de santé physique, depuis juillet 1996, les sinistrés sont plus nombreux que les non-sinistrés à avoir constaté l'apparition de nouveaux problèmes de santé et l'exacerbation de problèmes existants. De plus, ils ont déclaré une augmentation assez importante de leur consommation de médicaments prescrits et non prescrits. Plus de deux ans après la catastrophe, les sinistrés sont plus nombreux que les non-sinistrés à présenter des symptômes somatiques, de l'anxiété, de la dépression et des manifestations de stress post-traumatique ainsi qu'à souffrir de dysfonctionnement social. Ils ont également un niveau de bien-être psychologique inférieur. Pourtant, Green (1994) a mentionné que les impacts des catastrophes naturelles ne sont généralement plus détectables après deux ans. Cet auteur indique toutefois que les désastres causés par l'intervention humaine perturbent généralement plus longtemps la santé physique et psychologique des sinistrés. La présence de séquelles physiques et psychologiques chez les victimes des inondations de juillet 1996, après deux années, peut probablement s'expliquer par les sentiments qu'éprouvent les sinistrés face aux autorités locales et gouvernementales, ce que décrivent Maltais, Robichaud et Simard (1999). En effet, le débordement des barrages et la destruction d'une digue lors des inondations de juillet 1996 sont considérés par plusieurs sinistrés comme le résultat de la négligence humaine et d'une mauvaise gestion des barrages.

Les événements de juillet 1996 semblent avoir affecté bon nombre de sinistrés, laissant un ensemble de traces mesurables sur l'état de santé psychologique et physique ainsi que sur les conditions de vie. Les données de la présente recherche soutiennent également les résultats de nombreuses autres études ayant démontré que les effets

négatifs d'un événement traumatisant peuvent se manifester conjointement dans plusieurs sphères de la vie des individus : santé psychologique, santé physique et conditions de vie (Friedman et Schnurr, 1995 ; Hovanitz, 1993 ; McFarlane, 1989). Titchener et Kapp (1976) ont déjà souligné que, pour certaines victimes d'inondations, la dépression était canalisée en plaintes somatiques avec une augmentation de l'hypertension et des ulcères duodénaux. Les répercussions sur la santé globale des victimes de catastrophes sont variées et peuvent s'étendre sur plusieurs mois, voire plusieurs années (Green *et al.*, 1992). Au plan des conditions de vie, l'endettement ainsi que l'insuffisance de revenu pour satisfaire aux besoins de la famille font aussi partie de la réalité de plusieurs sinistrés.

Contrairement aux autres recherches, la présente étude révèle peu de différences significatives entre les hommes et les femmes sinistrés. Les victimes de sexe masculin ne semblent pas mieux s'adapter à la situation que les femmes. Les sinistrés, qu'ils soient de sexe féminin ou masculin, souffrent généralement de problèmes de santé physique et psychologique similaires. Ils adoptent également des comportements comparables en ce qui concerne la consommation de médicaments prescrits et non prescrits, comportements significativement différents de ceux des non-sinistrés.

Plusieurs sinistrés semblent donc vivre des situations difficiles. Les recherches abordant l'attachement que peuvent avoir les individus face à leur demeure et à leur environnement permettent de mieux comprendre le désarroi des sinistrés indépendamment de leur sexe (Howell, 1985 ; Lawrence, 1987 ; Maltais *et al.*, 1999). Plusieurs hommes et femmes, victimes des inondations de 1996, se disaient profondément attachés à leur maison et à leur terrain (Maltais *et al.*, 1999). La destruction ou les dommages à ces derniers semblent avoir porté sérieusement atteinte à leur santé. Maltais *et al.* (1999) ont clairement démontré que, pour les sinistrés, hommes comme femmes, le fait de vivre au bord de l'eau représentait une chance unique et une façon de vivre spéciale qui ont été détruites par le débordement des rivières d'où probablement le peu de différence entre les sinistrés de sexe masculin ou féminin quant à la plupart des conséquences des inondations sur la santé physique et psychologique.

## CONCLUSION

Deux ans après les inondations de juillet 1996, plusieurs hommes et femmes sinistrés portent encore les marques du débordement des rivières. Leur état de santé physique et psychologique est plus chancelant que celui de non-sinistrés comparables au plan des caractéristiques sociodémographiques. En outre, les conditions de vie des victimes des inondations sont plus difficiles, car les problèmes financiers et l'endettement sont le lot de plusieurs sinistrés.

Les traces laissées par cet événement sont malheureusement présentes dans plusieurs sphères de la vie des victimes. Elles sont encore perceptibles. Il faudra peut-être beaucoup de temps pour atténuer les impacts négatifs de ce sinistre sur l'état de santé physique et psychologique et sur les conditions de vie d'un certain nombre de victimes des inondations. Au Québec, il faut donc continuer à documenter les effets à long terme des catastrophes sur la santé des individus. Il importe de poursuivre les réflexions et les études dans ce domaine afin que les communautés touchées par de tels événements soient aptes à soutenir les sinistrés pendant et après la crise. La présente étude démontre également la nécessité de mettre en place des mécanismes d'aide aux sinistrés tout au long de leur processus de rétablissement et non seulement au plus fort de la crise.

Les résultats de cette recherche doivent être interprétés avec prudence puisqu'il s'agit d'une étude transversale. Il faut aussi mentionner que plusieurs sinistrés ont refusé de rencontrer les interviewers déclarant qu'ils étaient encore trop affectés par les inondations de juillet 1996 et qu'ils préféraient ne plus parler de cet événement. Les résultats obtenus ne devraient pas être généralisés à la situation qui prévaut à la suite d'autres types de désastres (tempête de verglas, tremblement de terre, ouragan, etc.) même si ceux-ci peuvent provoquer des dommages matériels plus ou moins importants. Les taux de réponse relativement élevés chez les deux groupes de répondants constituent toutefois un élément favorable quant à la validité des résultats.

## BIBLIOGRAPHIE

- APTEKAR, L. (1994). « The Psychology of Disaster Victims », dans L. Aptekar (ed.), *Environmental Disasters in Global Perspectives*, New York, G.K., Hall et Co., p. 79-126.
- BAUM, A., I. FLEMING, A. ISRAEL et M.K. O'KEEFE (1992). « Symptoms of Chronic Stress following a Natural Disaster and Recovery of a Man-made Hazard », *Environment and Behavior*, vol. 24, n° 3, p. 347-367.
- BECK, A.T., C.H. WARD, M. MENDELSON, J. MOCH et J. ERBAUGH (1961). « An Inventory for Measuring Depressions », *Archives of General Psychiatry*, vol. 4, p. 53-63.
- BENIGHT, C.C. et M.L. HARPER (1997). *Buffalo Creek Fire and Flood Report*, Quick Response Report n° 96, Natural Hazards Center.
- BENNET, G. (1970). « Bristol Floods 1968 : Controlled Survey of Effects on Health of Local Community Disaster », *British Medical Journal*, vol. 3, p. 454-458.
- BRADBURN, N.M. (1969). *The Structure of Psychological Well-being*, Chicago, Aldine Publishing Company.
- BRAVO, M., M. RUBIO-STIPEC, G.J. CANINO, M.A. WOODBURY et J.C. RIBERA (1990). « The Psychological Sequale of Disaster Stress prospectively and retrospectively Evaluated », *American Journal of Community Psychology*, vol. 18, p. 661-680.
- BRESLAU, N. et G.C. DAVIS (1992). « Posttraumatic Stress Disorder in an Urban Population of Young Adults : Risk Factors for Chronicity », *American Journal of Psychiatry*, vol. 149, p. 671-675.
- BUREAU DE LA RECONSTRUCTION ET DE LA RELANCE (1997). *Les pluies diluviennes au Saguenay--Lac-Saint-Jean, bilan un an après*, Jonquière, Québec.
- CANINO, G., M. BRAVO, M. RUBIO-STIPEC et M. WOODBURY (1990). « The Impact of Disaster on Mental Health : Prospective and Retrospective Analyses », *International Journal of Mental Health*, vol. 19, n° 1, p. 51-69.

- CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (1993). « Public Health Consequences of a Flood Disaster », *Journal of the Medical Association*, vol. 270, n° 12, p. 1406-1408.
- CÔTÉ, L. (1996). « Les facteurs de vulnérabilité et les enjeux psychodynamiques dans les réactions post-traumatiques », *Santé mentale au Québec*, vol. 21, n° 1, p. 209-228.
- DEMAN, A. et P. SIMPSON-HOUSLEY (1987). « Factors in Perception of Tornado Hazard : an Exploratory Study », *Social Behavior and Personality*, vol. 15, n° 1, p. 13-19.
- FREEDY, J.R., M.E. SALADIN, D.G. KILPATRICK, H.S. RESNICK et B.E. SAUNDERS (1994). « Understanding Acute Psychological Distress following Natural Disaster », *Journal of Traumatic Stress*, vol. 7, n° 2, p. 257-273.
- FRIEDMAN, J.J. et P.P. SCHNURR (1995). « The Relationship between Trauma, Post-traumatic Stress Disorder, and Physical Health », in M.J. Friedman, D.S. Charney et A.Y. Deutch (eds), *Neurobiological and Clinical Consequences of Stress : from Normal Adaptation to Post-traumatic Stress Disorder*, Philadelphia, Lippincott-Raven, p. 507-524.
- GAUTHIER, J.G., C. MORIN, F. THÉRIAULT et J.S. LAWSON (1982). « Adaptation française d'une mesure d'autoévaluation de l'intensité de la dépression », *Revue québécoise de psychologie*, vol. 3, n° 2, p. 13-27.
- GOLDBERG, D.P. et V.F. HILLIER (1979). « A Scaled Version of the General Health Questionnaire », *Psychological Medicine*, vol. 9, p. 139-145.
- GREEN, B.L. (1994). « Traumatic Stress and Disaster : Mental Health Effects and Factors Influencing Adaptation », in F. Liehmac et C. Nadelson (eds), *International Review of Psychiatry*, vol. 11, Washington, DC, American Psychiatric Press.
- GREEN, B.L., J.D. LINDY, M.C. GRACE et A.C. LEONARD (1992). « Chronic Posttraumatic Stress Disorder and Diagnostic Comorbidity in a Disaster Sample », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 180, n° 12, p. 760-766.
- GREEN, B.L., J.D. LINDY, M.C. GRACE, G.C. GLEESER, M. KOROL et C. WINGET (1990). « Buffalo Creek Survivors in the Second Decade : Stability of Stress Symptoms », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 60, n° 1, p. 43-54.



- HALL, S. et P.W. LANDRETH (1975). « Assessing Long-term Consequences of Natural Disaster », *Mass Emergencies*, vol. 1, p. 55-61.
- HOROWITZ, M.J., N. WILNER et W. ALVAREZ (1979). « The Impact of Event Scale : a Measure of Subjective Stress », *Psychosomatic Medicine*, vol. 41, n° 3, p. 209-218.
- HOVANITZ, C.A. (1993). « Physical Health Risks Associated with Aftermath of Disaster : Basic Paths of Influence and their Implications for Preventive Intervention », *Journal of Social Behavior and Personality*, vol. 8, p. 213-254.
- HOWELL, S. (1985). « Home : a Source of Meaning in Elder's Lives », *Generations Summer*, p. 58-60.
- KALTREIDER, N., C. GRACIE et D. LE BRECK (1992). « The Psychological Impact of the Bay Area Earthquake on Health Professionals », *Journal of the American Medical Women's Association*, vol. 47, n° 1, p. 21-24.
- KINGSTON, W. et R. ROSSER (1974). « Disaster : Effects on Mental and Physical State », *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 18, p. 437-456.
- LACHANCE, K.R., A.B. SANTOS et B.J. BURNS (1994). « Brief Program Report. The Response of an Assertive Community Treatment Program following a Natural Disaster », *Community Mental Health Journal*, vol. 30, n° 5, p. 505-515.
- LAWRENCE, R.J. (1987). « What Makes a House a Home ? », *Environment and Behavior*, vol. 19, n° 2, p. 154-168.
- LIFTON R.J. et E. OLSON (1976). « The Human Meaning of Total Disaster : the Buffalo Creek Experience », *Psychiatry*, vol. 39, p. 1-18.
- LIMA, B., H. SANTACRUS, J. LOSANO, J. LUNA, J. et S. PAI (1987). *Mental Health Problem of Disaster Victims*, The Psychological Consequences of Life-threatening Experiences Conference, New-Orleans.
- LOGUE J.N., M.E. MELICK et H. HANSEN (1981). « Research Issues and Directions in the Epidemiology of Health Effects of Disasters », *Epidemiologic Reviews*, vol. 3, p. 140-162.

- MADDOX, G. et E.B. DOUGLASS (1973). « Self Assessment of Health : a Longitudinal Study of Elderly Subjects », *Journal of Health and Social Behavior*, p. 87-93.
- MALTAIS, D., S. ROBICHAUD et A. SIMARD (1999). *Le sinistre de juillet 1996 au Saguenay : conséquences sur la redéfinition de l'habitat*, Ottawa, Société canadienne d'hypothèques et de logement.
- MCFARLANE, A.C. (1989). « The Prevention and Management of the Psychiatric Morbidity of Natural Disasters : an Australian Experience », *Stress Medicine*, vol. 5, p. 29-36.
- MELICK, M.E. (1985). « The Health of Post-disaster Population : a Review of Literature and Case Study », in J.L. Laube et S.A. Murphy (eds), *Perspective on Disaster Recovery*, Norwalk, Conn., p. 179-209.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1994). *Comment intervenir auprès des personnes sinistrées*, Québec, Gouvernement du Québec, Direction générale de la coordination générale.
- MOSSEY, J.M. et E. SHAPIRO (1982). « Self-rated Health : a Predictor of Mortality among the Elderly », *American Journal of Public Health*, vol. 72, n° 8, p. 800-808.
- MURPHY, S.A. (1986). « Perceptions of Stress, Coping and Recovery One and Three Years after a Natural Disaster », *Issues in Mental Health Nursing*, vol. 8, p. 67-77.
- NORTH, C.S., E.M. SMITH, R.E. MCCOOL et P.E. LIGHTCAP (1989). « Acute Post-disaster Coping Adjustment », *Journal of Traumatic Stress*, vol. 2, n° 3, p. 353-360.
- OLLENDICK, G. et M. HOFFMAN (1982). « Assessment of Psychological Reactions in Disaster Victims », *Journal of Community Psychology*, vol. 10, p. 157-167.
- PRICE, J. (1978). « Some Age-related Effects of the 1974 Brisbane Floods », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 12, p. 55-58.
- PROULX, M.-U. (1998). « Sciences et analyse des catastrophes naturelles », dans M.-U. Proulx (sous la direction de), *Une région dans la turbulence*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 1-11.

- QUARANTELLI, E.L. (1990). *Some Aspects of Disaster Planning in Developing Countries*, Disaster Research Center preliminary paper n° 144, Newark, University of Delaware.
- RAPHAEL, B. (1986). *When Disaster Strikes : how Individuals and Communities Cope with Catastrophe*, New York, Basic Books Inc.
- SANTÉ CANADA (1994). *Services personnels. Planification psychosociale en cas de sinistres*, Ottawa.
- SIMPSON-HOUSLEY, P. et A. DEMAN (1989). « Flood Experience and Posttraumatic Trait Anxiety in Appalachia », *Psychological Report*, vol. 64, p. 896-898.
- SMITH, B.W. (1996). « Coping as a Predictor of Outcomes following the 1993 Midwest Flood », *Journal of Social Behavior and Personality*, vol. 11, n° 2, p. 225-239.
- SOLOMON, S.D., M. BRAVO, M. RUBIO-STIPEC et G. CANINO (1993). « Effect of Family Role on Response to Disaster », *Journal of Traumatic Stress*, vol. 6, n° 2, p. 255-269.
- STEINGLASS, D. et E. GERRITY (1990). « Natural Disasters and Post-traumatic Stress Disorder : Short-term versus Long-term Recovery in Two Disaster-affected Communities », *Journal of Applied Social Psychology*, vol. 20, p. 1746-1765.
- TATUM, E.L., W.M. VOLLMER et J.H. SHORE (1986). « Relationship of Perception and Mediating Variables to the Psychiatric Consequences of Disaster », in J.H. Shore (ed.), *Disaster Stress Studies : New Methods and Findings*, Washington, DC, American Psychiatric press, p. 100-122.
- THOMAS, R.J. (1993). « The Flood of '93 », *Missouri Medicine*, vol. 90, n° 9, p. 567.
- TITCHENER, J.L. et E.T. KAPP (1976). « Family and Character Change at Buffalo Creek », *American Journal of Psychiatry*, vol. 133, p. 295-299.

TOBIN, G.A. et J.C. OLLENBURGER (1996). « Predicting Levels of Post-disaster Stress on Adults following the 1993 Floods in the Upper West », *Environment and Behavior*, vol. 28, n° 3, p. 340-357.

VAN DER KOLK, B., A. MCFARLANE et L. WEISAETH (1996). *Traumatic Stress : the Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society*, New York, Guilford Press.

## **PARTIE 3**

### **SINISTRE ET POPULATION : LE CAS DE LA TEMPÊTE DE VERGLAS**





**LE VERGLAS DE 1998**  
**LA SITUATION EN MONTÉRÉGIE :**  
**LE POINT DE VUE DE LA SANTÉ PUBLIQUE**

Carmen BELLEROSE , M.Sc.  
Louis JACQUES, M.D., M.Sc., FRCPC

**INTRODUCTION**

**L'**épisode de verglas qui a frappé la Montérégie en janvier 1998 et la panne majeure d'électricité qui en a résulté ont demandé une organisation, une implication et une disponibilité majeures de la part du réseau de la santé et des services sociaux afin de répondre aux besoins de la population sinistrée. Il a fallu déployer des mesures d'urgence d'une ampleur considérable et la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie (RRSSSM) a été appelée à jouer un rôle pivot dans la coordination de ces mesures sur son territoire. Le bilan des actions posées par la RRSSSM et ses partenaires, incluant le rapport du directeur de la santé publique, ont d'ailleurs fait l'objet d'un mémoire déposé à la Commission scientifique et technique chargée d'analyser les événements relatifs à la tempête de verglas, présidée par M. Roger Nicolet (RRSSSM, 1998).

La protection de la santé publique a évidemment été l'une des préoccupations de la RRSSSM tout au long de la crise et dans les mois qui ont suivi. La Direction de la santé publique (DSP) a joué un rôle actif de surveillance, que ce soit pour évaluer les risques à la santé, détecter les problèmes en émergence, contrôler les maladies infectieuses, etc. Le directeur de la santé publique a d'ailleurs émis régulièrement des messages d'intérêt public pour informer les Montérégiens des menaces à leur santé et des comportements à adopter pour s'en prémunir.

Ce chapitre donne un aperçu des problèmes de santé connus ou appréhendés associés à la crise du verglas en Montérégie. On y

présente également les études réalisées par la DSP de la Montérégie pour estimer l'importance des risques encourus par la population à cette occasion et mesurer l'impact de ce sinistre sur la santé et le bien-être des Montérégiens. Un bref rappel des événements permettra au lecteur de mieux saisir l'ampleur de cet événement et la façon dont il a modifié les conditions de vie des sinistrés.

## HISTORIQUE

L'histoire de la tempête de verglas a commencé le samedi 3 janvier 1998 quand les services météorologiques d'Environnement Canada ont annoncé une pluie verglaçante pour le lundi 5 janvier. Celle-ci a plutôt débuté le 4 janvier, en soirée. Comme le rapporte la Commission Nicolet cependant,

*les accumulations de précipitations verglaçantes se sont produites pour l'essentiel au cours de trois périodes, soit dans la nuit du 5 au 6 janvier (entre 18 heures et 8 heures), dans la nuit du 7 au 8 janvier (entre 18 heures et 8 heures) et enfin, du 8 au matin au 9 au matin. Les précipitations maximales de verglas ont été enregistrées en Montérégie et elles y ont dépassé parfois 100 mm de verglas au sol. Pour l'ensemble des régions de la Montérégie, du sud et de l'ouest de Montréal, on a mesuré des accumulations de verglas au sol le plus souvent comprises entre 50 mm et 70 mm. (Rapport de la Commission, 1999, p. 21)*

Cette tempête de verglas a rapidement causé des dommages au réseau électrique dans les principales régions affectées, les lignes de transport et de répartition d'électricité devenant inutilisables dès le 6 janvier. En fin de journée le 5 janvier, 4 000 foyers étaient déjà privés d'électricité. Ce nombre s'élevait à 6 000 le lendemain soir. Dans la nuit du 7 au 8 janvier, des dommages substantiels au réseau électrique plongeaient un million de foyers dans la noirceur. Au pire de la crise, le 9 janvier, 1 400 000 abonnés, soit quelque 3,5 millions d'individus répartis dans 700 municipalités du Québec, étaient privés d'électricité (Rapport de la Commission, 1999, p. 34).

Le 10 janvier, Hydro-Québec annonçait que le rétablissement du réseau électrique prendrait plusieurs semaines dans de nombreux secteurs. La région de la Montérégie, au sud-est de Montréal, a été la



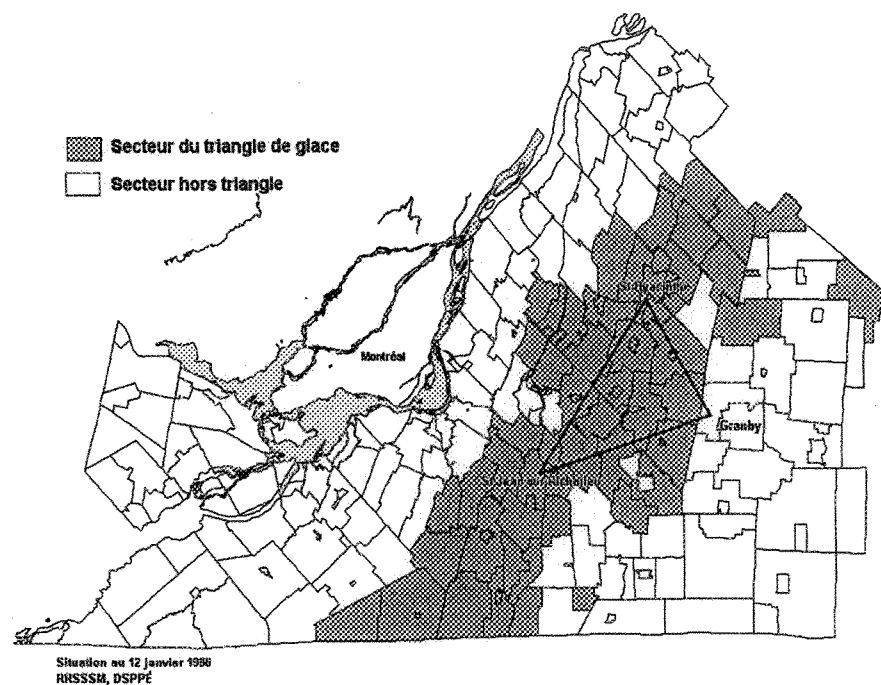
plus durement touchée. Le 9 janvier, toute cette région était plongée dans l'obscurité, c'est-à-dire près de 1,3 million de personnes. La figure 1 présente le territoire de la Montérégie, composé à l'époque de plus de 220 municipalités, et identifie de façon approximative le secteur le plus sinistré de la Montérégie. Celui-ci a d'ailleurs été rapidement désigné comme le secteur du *triangle de glace*, ou *triangle noir*, ainsi dénommé en référence aux trois pôles urbains des sous-régions les plus perturbées par la tempête de verglas. Ces pôles urbains sont les municipalités de Saint-Jean-sur-Richelieu, Saint-Hyacinthe et Granby. Les contours du secteur associé au *triangle de glace* ont été établis par la DSP aux fins de ses études sur le verglas, en prenant comme critère d'y inclure les municipalités où moins de 20 % des clients d'Hydro-Québec étaient alimentés en électricité le 12 janvier 1998, selon des données fournies ultérieurement par Hydro-Québec.

Environ le quart des ménages sinistrés (24 %) de la Montérégie se trouvent dans le secteur du *triangle de glace*. La majorité (75 %) d'entre eux sont situés en milieu urbain, les autres provenant du milieu rural. Toutes proportions gardées, c'est cependant le milieu rural qui a été le plus affecté par la crise de verglas puisque 62 % des ménages de ce milieu se sont retrouvés dans le secteur du *triangle*. La partie de la zone urbaine connue comme la Rive-Sud de Montréal a par ailleurs été relativement épargnée puisque que seulement 10 % des ménages sinistrés de cette zone étaient aussi localisés dans le secteur du *triangle*. Dans le reste du territoire urbain, il y avait presque autant de ménages sinistrés situés dans le secteur du *triangle* qu'à l'extérieur de celui-ci (Bellerose, 2000).

Les logements sinistrés du secteur du *triangle* ont en moyenne été privés d'électricité pendant 22,3 jours. Dans le secteur *hors triangle*, cette moyenne a été estimée à 9,2 jours. C'est du moins ce que révèle une enquête de la DSP menée auprès des Montérégiens âgés de 18 ans et plus et ayant été privés d'électricité pendant plus de 24 heures consécutives entre le 6 janvier et le 6 février 1998 (Bellerose, 2000). Évidemment, les gens ont cherché à se relocaliser. Néanmoins, 67 % des sinistrés du secteur du *triangle* ont habité pendant 14 jours ou plus dans un endroit privé d'électricité, que ce soit chez eux ou ailleurs. Certains sinistrés du secteur *hors triangle*

ont aussi vécu cette situation, mais leur proportion est moindre, estimée à 13 %.

**Figure 1**  
**Territoire de la Montérégie associé au triangle de glace lors du verglas de janvier 1998**



L'enquête montréalaise indique que deux adultes sur cinq (42 %) n'ont jamais quitté leur résidence principale pendant la durée de la panne, qu'ils habitent dans le secteur du *triangle de glace* ou non. Cette réaction a cependant été plus spécifique au milieu rural, où 63 % des adultes sinistrés sont demeurés chez eux. Sur le territoire de la Rive-Sud et dans le reste du territoire urbain, ces proportions sont moindres, soit respectivement 36 % et 43 %. Comme on peut s'y attendre, les sinistrés vivant au sein d'un ménage propriétaire

sont proportionnellement moins nombreux à avoir quitté leur domicile que les sinistrés locataires (38 % contre 55 %).

Les sinistrés ayant quitté leur domicile ont surtout cherché refuge chez des parents ou des amis, pour toute la durée de la panne ou pour une partie de celle-ci. En fait, 55 % des sinistrés du *triangle* ont été ainsi dépannés, la proportion étant similaire dans le secteur *hors triangle* (53 %). Des centres de services pour sinistrés avaient aussi été aménagés dans de nombreuses municipalités. En tout, 362 centres ont été mis en place en Montérégie. La proportion de sinistrés qui y ont passé au moins une nuit est estimée à moins de 4 %, soit 5 % dans le secteur du *triangle noir* et 3 % hors du triangle.

Il n'a pas toujours été possible aux membres d'un même ménage de demeurer ensemble pendant toute la durée de la panne, certains ayant été hébergés dans un autre endroit. Environ 20 % de l'ensemble des ménages sinistrés (composés de plus d'une personne) ont connu une telle situation. Ce type de désorganisation touche entre autres les familles ayant des jeunes enfants (6 ans ou moins) ou des préadolescents (12 ans ou moins).

L'entraide pour l'hébergement a souvent été présente dans la région même de la Montérégie. Ainsi, près de 40 % des ménages sinistrés ont accueilli des parents, des amis ou des connaissances et ce, tant dans le secteur du *triangle* (39 %) qu'à l'extérieur (42 %). Dans les foyers sinistrés où quelqu'un est demeuré au domicile tout le temps de la panne, ces proportions sont plus élevées, variant de 61 % (hors-triangle) à 71 % (triangle).

Ces données suggèrent à quel point la durée de la panne due au verglas a pu perturber les conditions de vie des Montérégiens, tant du point de vue domestique, familial que social.

## **RISQUES À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE**

Sans électricité, de nombreux Montérégiens se sont retrouvés dépourvus de moyens pour se chauffer, s'éclairer, conserver adéquatement les aliments périssables et faire à manger. Les conditions climatiques ont entraîné la fermeture de plusieurs axes routiers,

compromettant pour quelque temps l'approvisionnement de la région en denrées essentielles (nourriture, essence, etc.). De plus, de nombreux citoyens ont adopté des comportements risqués en tentant d'assurer leur survie, le bien-être de leur proche et l'intégrité de leurs biens.

*La tempête de verglas et la panne qui a suivi représentent des événements sans précédent associés à un fort degré d'incertitude et d'anxiété. Tous ces facteurs, seuls ou réunis, ont représenté une menace pour la santé des personnes qui devaient y faire face. (RRSSSM, 1998)*

Les menaces à la santé qui préoccupaient la DSPPE sont énumérées ci-après (Boileau *et al.*, 1998).

### **Gaz de combustion**

De nombreux citoyens ont utilisé des systèmes d'appoint pour se chauffer, s'éclairer, cuisiner. L'utilisation non sécuritaire de tels appareils, en particulier les génératrices d'électricité et les appareils d'appoint au gaz pour le chauffage ou la cuisson, accroît le risque d'intoxication à l'oxyde de carbone (CO). Une épidémie d'intoxication au CO, incluant des décès, a rapidement été observée dès les premiers jours du sinistre (RRSSSM, 1998). D'autres gaz de combustion, émis notamment par les foyers et les poêles à bois, peuvent causer ou aggraver des maladies respiratoires.

### **Hypothermie**

La basse température ambiante dans les résidences, surtout la nuit, exposait les sinistrés aux conséquences de l'hypothermie, les personnes âgées étant particulièrement vulnérables à cet égard. Environ 18 % des adultes sinistrés rapportent avoir dormi à une température ambiante inférieure à 5 °C (Milord, 2000). Des décès par hypothermie sont aussi survenus dès les premiers jours du verglas (RRSSSM, 1998).

### **Difficulté d'approvisionnement et de conservation des aliments**

L'approvisionnement et la conservation des aliments étaient aussi source de problème. Les comportements à risque sont, entre autres, la consommation d'aliments périssables non réfrigérés depuis plus de 24 heures. En Montérégie, 11 % des adultes ayant été privés d'électricité pendant deux jours ou plus rapportent l'avoir fait. La consommation de viande recongelée présente aussi des risques, quoique ce comportement ait été moins répandu (2 % des adultes sinistrés) (Milord, 2000). Les problèmes appréhendés sont surtout les intoxications alimentaires et les problèmes gastro-intestinaux.

L'approvisionnement en eau potable pouvait aussi être compromis si la panne d'électricité rendait non fonctionnels les systèmes de pompage de l'eau de puits ou de traitement des eaux. Un risque d'infection menaçait aussi les gens qui, dans certains cas, prélevaient l'eau directement des cours d'eau.

### **Transmissions de maladies infectieuses**

La grande concentration de personnes dans les résidences privées, les centres de services pour sinistrés ou certaines unités de soins hospitaliers exposait les individus à des risques accrus de maladies infectieuses, particulièrement l'influenza dont le pic épidémique survient généralement à cette période.

### **Accidents et traumatismes**

Les appareils de fortune utilisés pour le chauffage, l'éclairage et la cuisson pouvaient être source de brûlures, sans compter les dangers d'incendie. Confondus avec de l'eau, certains combustibles risquaient même d'être ingérés par inadvertance.

Les déplacements extérieurs, à pied ou en véhicule, présentaient des risques accrus de chutes ou d'accidents, considérant l'état glacé des voies de circulation souvent encombrées de branches ou d'arbres.

Dans les semaines qui ont suivi la tempête de verglas, de nombreux Montérégiens ont déglacé leur toit ou participé à de tels travaux. Ils ont aussi émondé des arbres. Ces activités pouvaient entraîner des chutes causant diverses blessures, parfois graves (fracture de la colonne, etc.), sans oublier le risque d'une électrocution s'il y avait des fils électriques à proximité. Elles ont pu s'étaler sur une période relativement longue et être effectuées une fois la panne d'électricité terminée.

### **Dégâts d'eau**

De nombreuses habitations ont connu des problèmes d'infiltration d'eau par les plafonds ou les fenêtres. La panne d'électricité a aussi été responsable de refoulements d'eau dans les sous-sols. Cette situation est propice à la prolifération de moisissures, rendant les habitants plus vulnérables à des risques divers, surtout de problèmes respiratoires.

### **Désorganisation sociale**

Des changements dans les rituels quotidiens ont été inévitables, que ce soit en regard de l'organisation domestique, de la vie familiale, des activités professionnelles ou de la vie sociale. De plus, les gens ont souvent été confinés à une certaine promiscuité. La fatigue et le stress menaçaient les sinistrés, ayant pu susciter des difficultés accrues dans les relations interpersonnelles ou diverses manifestations de détresse psychologique.

En raison des pannes de communications téléphoniques et les dangers associés au réseau routier, l'isolement de certains ménages a pu engendrer inquiétude et frustration chez les sinistrés.

Les conséquences du verglas en termes de pertes ou de dommages matériels aux résidences ou aux entreprises, l'inquiétude quant à l'intégrité de ces biens et le manque de revenu chez les sinistrés privés de leur emploi étaient d'autres éléments générateurs de stress et d'anxiété.

### **Désorganisation des services de santé**

Le système de santé a été fortement ébranlé. D'une part, le réseau de services de première ligne était inopérant et a dû se recréer, bien souvent avec les moyens du bord. Le fonctionnement des hôpitaux était aussi ralenti et parfois menacé. Cette situation peut avoir limité l'accès aux services à des gens qui en auraient eu besoin et avoir été à l'origine de l'aggravation de certaines maladies chroniques.

### **LES ÉTUDES RÉALISÉES PAR LA DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE DE LA MONTÉRÉGIE**

Étant donné le caractère exceptionnel de l'événement, la DSP a jugé qu'il fallait documenter les impacts de la tempête de verglas sur la santé et le bien-être de la population et leurs déterminants. Plusieurs études ont été menées à cet effet, certaines faisant l'objet d'une conférence à ce colloque.

La première étude réalisée fut une vaste enquête téléphonique auprès de 3 625 résidents de la Montérégie, âgés de 18 ans ou plus, dont le foyer a été privé d'électricité pendant au moins 24 heures consécutives entre le 6 janvier et le 6 février 1998 (Bellerose, 2000). Cette enquête comporte trois volets. Le premier porte principalement sur les comportements à risque pour la santé adoptés par les Montérégiens pendant le sinistre, que ce soit au regard de l'intoxication à l'oxyde de carbone, de la conservation des aliments, de l'hypothermie ou de traumatismes physiques. La présence de certains problèmes de santé spécifiques associés au verglas ou les problèmes d'accessibilité aux services de première ligne y sont sommairement abordés. Le second volet touche la dimension des problèmes psychosociaux. On y traitait plus particulièrement des difficultés dans les relations interpersonnelles, des comportements violents et des symptômes de détresse psychologique, survenus pendant la crise de verglas ou dans les semaines qui ont suivi. Le troisième volet aborde l'utilisation des médias d'information et l'utilité des messages de santé publique qui y étaient diffusés. Quelques résultats de cette enquête ont été présentés dans le cadre de ce colloque, entre autres ceux concernant les comportements à risque d'intoxication à l'oxyde de carbone (Prévost, 2000), les problèmes psychosociaux (Laguë et

Lamarre, 2000a, 2000b) et le volet des médias d'information (Guay, 2000).

Une seconde étude a cherché à documenter la mortalité et la morbidité hospitalière ayant affecté les Montérégiens pendant la crise du verglas (du 6 au 31 janvier) et les deux mois qui ont suivi. Cette étude descriptive est basée, d'une part, sur l'exploitation des données du fichier de décès du Bureau de la statistique du Québec et, d'autre part, sur les admissions et la fréquentation des urgences des dix hôpitaux de la Montérégie. Les résultats de cette étude montrent qu'il y a eu, dans les semaines suivant la tempête de verglas, une hausse significative de la mortalité et possiblement une hausse de la morbidité pour certains problèmes de santé tels que les maladies infectieuses, respiratoires, circulatoires, endocriniennes, les traumatismes et autres. Plusieurs indices laissent croire que ces augmentations sont directement attribuables aux conséquences du verglas (Tremblay, 1998)

Une autre étude décrit l'épidémie d'influenza qui a durement frappé la Montérégie dès les débuts de la crise de verglas ; on y fait également le bilan des interventions de vaccination réalisées. Cette étude aura permis de faire une réflexion critique sur la pertinence de tenir une campagne de vaccination dans une telle situation (Guay, 2000).

Une étude épidémiologique transversale a par ailleurs cherché à déterminer la nature et l'ampleur des problèmes de santé associés aux dégâts d'eau et à la présence de moisissures dans les résidences de la Montérégie. Les participants à cette étude ont été sélectionnés à partir de l'enquête téléphonique dont il a été question précédemment. Les données recueillies grâce à un autre questionnaire, postal celui-là, ont permis de déceler une fréquence plus élevée d'infections respiratoires diagnostiquées par un médecin (bronchites et sinusites chez le répondant adulte, sinusites et otites chez le plus jeune enfant) chez les gens déclarant avoir subi un dégât d'eau à la suite du verglas, comparativement à ceux qui n'en ont pas déclaré. Par contre, aucune différence dans la prévalence de l'asthme n'a pu être décelée entre les populations exposée et non exposée, tant chez les répondants adultes que parmi les plus jeunes enfants de la famille (Jacques *et al.*, s.d.a.)



Une autre enquête a été réalisée dans les hôpitaux de Montréal et de la Montérégie, au Centre anti-poison du Québec et au Caisson hyperbare de l'hôpital Sacré-Cœur afin d'identifier les cas d'intoxication au CO reliés au verglas et documenter la prévalence, la gravité et les circonstances de ces intoxications. L'étude a permis de relever plus de 1 000 cas d'intoxication au CO reliés au verglas, de gravité variable. L'appareil le plus fréquemment associé à une intoxication était la génératrice. En Montérégie, quatre fois plus de cas d'intoxication au CO sont survenus dans le triangle de glace, en comparaison avec le reste de la région. Les personnes intoxiquées résidant en Montérégie ont de plus fait l'objet d'une interview téléphonique pour identifier de façon plus précise les circonstances de l'événement et connaître leurs connaissances, perceptions et comportements face au risque d'intoxication au CO. Tout comme pour l'enquête précédente auprès des sinistrés de la Montérégie, cette enquête auprès des personnes intoxiquées a montré la persistance de connaissances erronées à l'égard des risques d'intoxication au CO (Jacques *et al.*, s.d.b).

## CONCLUSION

Le sinistre survenu en Montérégie a modifié l'environnement physique, les conditions de vie et l'organisation sociale des Montérégiens. Les études menées par la Direction de la santé publique de la Montérégie ont confirmé que cet événement a modifié considérablement leurs comportements, les a exposés à de nombreuses menaces à leur santé et à leur intégrité physique et a eu des répercussions importantes sur leur santé physique.

On a aussi identifié une hausse importante de la mortalité pendant le mois de janvier, mortalité qui s'est progressivement estompée dans les mois suivants, de même qu'une hausse des hospitalisations et des consultations à l'urgence pour divers traumatismes et maladies.

Une épidémie d'intoxication au CO a été documentée dès les premiers jours du sinistre, atteignant son paroxysme le 12 janvier 1998. Celle-ci a été suivie d'une épidémie d'influenza, puis de traumatismes et de maladies respiratoires. En somme, cet événement aura

causé, en très peu de temps, une cascade d'épidémies de nature diverse et d'ampleur variable.

## BIBLIOGRAPHIE

- BELLEROSE, Carmen (sous la direction de) et coll. (2000). *Le verglas de 1998... l'expérience des Montérégiens*, Longueuil, RRSSSM, Direction de la santé publique, 226 p. et annexes.
- BOILEAU, Luc, Richard CÔTÉ, Louis JACQUES, Johanne LAGUÉ et François MILORD (1998). *Public Health Issues and Concerns During the 1998 Ice Storm*, notes d'une conférence présentée à la 8<sup>th</sup> World Conference on Disaster Management, Canadian Center for Emergency Preparedness, Hamilton (Ontario), 14-17 juin, non publiées.
- GUAY, Maryse (2000). « Utilisation et évaluation de l'utilité des médias », in *Le verglas de 1998... l'expérience des Montérégiens*, sous la dir. de C. Bellerose, Longueuil, RRSSSM, Direction de la santé publique, chap. 12, p. 179-209.
- GUAY, Maryse (2002). « Épidémie d'influenza durant la crise du verglas », in D. Maltais (sous la direction de), *Catastrophes et état de santé des individus, des intervenants et des communautés*, actes du Colloque interdisciplinaire sur les conséquences des catastrophes et événements traumatiques, tenu à Chicoutimi du 24 au 26 octobre 2001, à paraître.
- JACQUES, Louis *et al.* (s.d.a). *Contamination par les moisissures*, Longueuil, RRSSSM, Direction de la santé publique, document en préparation.
- JACQUES, Louis, Manon BLACKBURN, Guy SANSFAÇON, Simone PROVENCHER et Claude PRÉVOST (s.d.b). *Epidemic of Accidental Carbon Monoxide Poisoning Following 1998 Ice Storm in Québec, Canada*, Longueuil, RRSSSM, Direction de la santé publique, document en préparation.
- LAGUÉ, Johanne et Ginette LAMARRE (2000a). « Comportements psychosociaux », in *Le verglas de 1998... l'expérience des Montérégiens*, sous la dir. de C. Bellerose, Longueuil, RRSSSM, Direction de la santé publique, chap. 10, p. 149-164.

- LAGUË, Johanne et Ginette LAMARRE (2000b). « Détresse psychologique », in *Le verglas de 1998... l'expérience des Montérégiens*, sous la dir. de C. Bellerose, Longueuil, RRSSM, Direction de la santé publique, chap. 11, p. 165-173.
- MILORD, François (2000). « Exposition à certains autres risques pour la santé », in *Le verglas de 1998... l'expérience des Montérégiens*, sous la dir. de C. Bellerose, Longueuil, RRSSM, Direction de la santé publique, chap. 5, p. 91-108.
- PRÉVOST, Claude (2000). « Exposition au risque d'intoxication à l'oxyde de carbone », in *Le verglas de 1998... l'expérience des Montérégiens*, sous la dir. de C. Bellerose, Longueuil, RRSSM, Direction de la santé publique, chap. 4, p. 61-89.
- Rapport de la Commission scientifique et technologique chargée d'analyser les événements relatifs à la tempête de verglas survenue du 5 au 9 janvier 1998 (1999). *Pour affronter l'imprévisible : les enseignements du verglas de 1998*, Québec, Les publications du Québec, 402 p.
- RRSS DE LA MONTÉRÉGIE (1998). *Mémoire de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie présenté à la Commission scientifique et technique chargée d'analyser les événements relatifs à la tempête de verglas de janvier 1998*, Longueuil, RRSS de la Montérégie, 55 p. et annexes.
- TREMBLAY, Claude, Louis JACQUES, Claude PRÉVOST, Manon NOISEUX, Manon BLACKBURN et Luc BOILEAU (1998). « Les impacts du verglas de 1998 sur la santé des Montérégiens », *Bulletin d'information en santé environnementale (BISE)*, vol. 19, n° 6, p. 1-4.



## LES IMPACTS DU VERGLAS DE 1998 SUR LA SANTÉ DES MONTERÉGIENS

Claude TREMBLAY  
Louis JACQUES  
Claude PRÉVOST  
Manon NOISEUX  
Manon BLACKBURN  
Luc BOILEAU

**L**a tempête de pluie verglaçante qui s'est abattue sur le sud-ouest du Québec en janvier 1998 a fortement affecté le transport et la distribution de l'électricité dans cette région. La presque totalité des Montérégiens a été affligée par la panne d'électricité, pendant une période pouvant aller de deux à quatre semaines. Sans électricité, les conditions de vie se sont rapidement détériorées. Il était devenu difficile, voire impossible pour plusieurs, de combler les besoins de base tels que le chauffage, l'éclairage et la consommation d'eau et d'aliments sains. Les conditions climatiques et la fermeture de plusieurs axes routiers ont compromis l'approvisionnement de la région en denrées essentielles (nourriture, essence, etc.). De plus, de nombreux citoyens ont adopté des comportements risqués en tentant d'assurer leur survie, le bien-être de leurs proches et l'intégrité de leurs biens. Le verglas et la panne qui a suivi représentent des événements sans précédent, associés à un fort degré d'incertitude et d'anxiété. Tous ces facteurs, seuls ou réunis, ont représenté une menace pour la santé des personnes qui devaient y faire face.

Au cœur même de l'événement, diverses sources de renseignement ont rapidement permis de constater l'ampleur et la nature des problèmes vécus par les Montérégiens. Dès le début, les appels en provenance d'informateurs clés, en particulier le Centre anti-poison du Québec (CAPQ) et les centres locaux de services communautaires (CLSC) ont permis d'apprécier la nature et l'importance de divers problèmes de santé. Les appels reçus par le CAPQ ont permis d'identifier une augmentation importante du nombre de cas d'intoxi-

cation au monoxyde de carbone. En fait, durant les deux premières semaines de la panne d'électricité, on a observé — en Montérégie — presque le double du nombre de cas enregistrés durant toute l'année 1997. Un système de surveillance active a rapidement été mis en place afin de détecter l'émergence de certains problèmes de santé signalés dans les CLSC, les urgences des hôpitaux et dans les centres de services aux sinistrés. Ces renseignements ont notamment révélé une augmentation du nombre de cas de gastro-entérites, d'influenza et de traumatismes variés. Au chapitre de la mortalité, le bureau du coroner a signalé la survenue de décès associés à certaines causes spécifiques, notamment aux intoxications au monoxyde de carbone, aux accidents, aux incendies, de même qu'à l'hypothermie.

Les systèmes de surveillance utilisés en période de crise impliquent plusieurs sources de données qui varient en termes de validité et d'exhaustivité. Aucune d'entre elles ne s'est toutefois avérée complète. Afin de mieux documenter l'ampleur de l'impact du verglas sur la santé de la population de la Montérégie et afin d'évaluer les facteurs qui y sont associés, il a été nécessaire de consulter d'autres sources d'information. À cette fin, plusieurs études ont été mises sur pied. Dans les lignes qui suivent, nous présentons les résultats des premières analyses ayant permis de documenter les éléments soulevés devant la Commission scientifique et technique du verglas.

## MÉTHODE

Nous présentons les résultats d'une étude descriptive visant à documenter la mortalité, la morbidité hospitalière et extrahospitalière chez les Montérégiens durant la crise du verglas (du 6 au 31 janvier 1998) et des deux mois qui ont suivi. Ces données sont comparées à celles de la même période en 1997.

Les données sur la mortalité proviennent du fichier des décès du Bureau de la statistique du Québec. Le fichier inclut tous les décès survenus chez les personnes ayant pour lieu de résidence la Montérégie, qu'elles soient décédées en Montérégie ou ailleurs au Québec durant les mois de janvier à mars 1997 et 1998. Le fichier n'inclut pas les décès qui étaient soumis à une enquête du coroner au cours de ces deux années. On se réfère à la cause principale du décès

notée dans le certificat de décès, les causes étant réparties selon dix-sept grandes classes en référence à la Classification internationale des maladies, 9<sup>e</sup> révision (CIM-9).

Les données sur la morbidité hospitalière proviennent directement des dossiers médicaux des patients hospitalisés durant la période à l'étude. Il s'agit des données colligées dans le système MEDECHO, données obtenues directement par le biais des hôpitaux. La morbidité hospitalière correspond aux admissions dans les dix hôpitaux de la Montérégie. La morbidité hospitalière répartie selon dix-neuf classes pour la période de janvier à mars 1998 est comparée à celle de la même période en 1997. Les données concernant la morbidité dans les salles d'urgence (morbidité extrahospitalière) proviennent de l'analyse du dossier sommaire à l'urgence. Cette opération a nécessité l'examen et l'analyse de 110 000 dossiers médicaux. L'analyse et le codage des diagnostics du dossier du patient à l'urgence ont été réalisés par une équipe d'archivistes médicales entraînées afin d'atténuer les biais de classification. Pour la morbidité extrahospitalière, nous avons limité l'analyse aux mois de janvier 1998 et janvier 1997.

Les nombres et les taux standardisés sur l'âge (DSR) par la méthode directe sont comparés d'une période à l'autre en utilisant la population du Québec en 1996 comme référence pour la standardisation. Des rapports de taux standardisés (DSRR) ont été calculés ainsi que l'intervalle de confiance à 95 % (I.C. 95 %).

## RÉSULTATS

### Mortalité

Entre le 6 et le 31 janvier 1998, on a enregistré 924 décès (479 hommes, 445 femmes), comparativement à 733 décès (401 hommes, 332 femmes) en 1997. Ceci équivaut à une augmentation de la mortalité générale de 26 %, plus marquée chez les femmes (34 %) que chez les hommes (19 %). Ce sont particulièrement les personnes âgées de plus de 60 ans qui sont touchées.

Le rapport des taux standardisés montre une surmortalité générale significative de 22 % attribuable à une surmortalité par maladies de l'appareil circulatoire (DSRR : 1,23 ; I.C. 95 % : 1,05-1,44) et de l'appareil respiratoire (DSRR : 1,58 ; I.C. 95 % : 1,23-2,02) (voir le tableau 1 à la fin du présent chapitre). L'étude de la mortalité selon le sexe (données non présentées) montre une surmortalité significative de 21 % chez les hommes et de 30 % chez les femmes. Trois causes spécifiques contribuent de façon particulière à cette augmentation chez les hommes : les maladies endocriniennes (2,23 : 1,01-4,93), les maladies de l'appareil respiratoire (1,57 : 1,09-2,26) et les maladies de l'appareil circulatoire (1,22 : 0,98-1,50). Chez les femmes, trois causes de décès méritent également une attention particulière : les maladies de l'appareil respiratoire (1,49 : 1,05-2,10) et circulatoire (1,32 : 1,04-1,68), ainsi que les tumeurs (1,30 : 0,96-1,76).

En février 1998, on a observé 830 décès en Montérégie par rapport aux 662 décès enregistrés en février 1997. L'excès de mortalité (22 %) persiste en février et s'atténue presque entièrement en mars (752 contre 725 décès). Cette observation est également corroborée par l'étude des taux standardisés pour l'âge chez les hommes et les femmes. Par ailleurs, le portrait de la mortalité observé en Montérégie est fort différent de celui observé au Québec pendant les mois de janvier à mars 1998, en comparaison avec les mois de 1997 (tableau 2).

### **Morbidité**

Du 6 au 31 janvier 1998, on compte 8 814 patients admis dans les dix hôpitaux de la Montérégie. Ceci représente une baisse de 11 % comparativement au nombre d'admissions enregistrées entre le 6 et le 31 janvier 1997 (n = 9 928). Les taux de morbidité hospitalière par cause spécifique sont présentés au tableau 3. Dans l'ensemble, on remarque une sous-morbidité significative de 12 % (DSRR : 0,88 ; I.C. 95 % : 0,86-0,91). Cependant, trois causes spécifiques sont en augmentation par rapport au mois de janvier 1997 : les maladies infectieuses et parasitaires, les maladies de l'appareil respiratoire et les lésions traumatiques et empoisonnements.



L'analyse de la répartition de la morbidité par sexe (données non présentées) montre que la sous-morbidité générale est plus marquée chez les femmes (16 %) que chez les hommes (5 %). Chez les hommes, on remarque une surmorbidité pour les traumatismes et empoisonnements (1,34 : 1,15-1,35), les maladies de l'appareil respiratoire (1,29 : 1,16-1,42), les maladies de l'appareil circulatoire (1,13 : 1,00-1,28) et les maladies infectieuses et parasitaires (1,44 : 0,99-2,12). Chez les femmes, une surmorbidité est observée pour les maladies de l'appareil respiratoire (1,17 : 1,06-1,30) et les maladies infectieuses et parasitaires (1,49 : 0,99-2,25).

Au cours du mois de février 1998, le nombre d'hospitalisations a augmenté à 10 991, soit une augmentation de 9 % par rapport à février 1997 (n = 10 105). L'écart s'est maintenu en mars 1998 (n = 9 845) par rapport à 1997 (n = 8 813) pour une différence observée de 11 %.

### **Morbidité extra-hospitalière**

En janvier 1998, pas moins de 28 900 patients ont consulté à l'urgence comparativement à 25 175 en 1997, ce qui équivaut à une augmentation de 15 %. Les principaux diagnostics rapportés touchent les lésions traumatiques (DSRR : 1,26 ; I.C. 95 % : 1,22-1,31), les maladies de l'appareil respiratoire (DSRR : 1,24 ; I.C. 95 % : 1,19-1,29), digestif (DSRR : 1,22 ; I.C. 95 % : 1,15-1,31) et circulatoire (DSRR : 1,08 ; I.C. 95 % : 1,01-1,16), ainsi que les maladies endocriniennes (DSRR : 1,19 ; I.C. 95 % : 1,01-1,42) et infectieuses (DSRR : 1,15 ; I.C. 95 % : 1,01-1,31).

La surmorbidité extra-hospitalière (DSRR : 1,13 ; I.C. 95 % : 1,11-1,15) touche presque autant les femmes (DSRR : 1,10 ; I.C. 95 % : 1,07-1,13) que les hommes (DSRR : 1,16 ; I.C. 95 % : 1,14-1,19). Les femmes ont visité l'urgence principalement pour quatre causes : maladies infectieuses, maladies de l'appareil circulatoire et respiratoire ainsi que les traumatismes. Chez les hommes, on observe plus de visites pour les maladies de l'appareil respiratoire, circulatoire, digestif et les traumatismes (données non présentées).

## DISCUSSION

La surmortalité observée pour la période à l'étude ne peut vraisemblablement être expliquée par la présence de biais. Les comparaisons ont été faites d'une année à l'autre, pour la Montérégie et le Québec, à partir des mêmes banques de données. Par contre, la surmortalité observée en janvier 1998 est légèrement sous-estimée par le fait que les dossiers du coroner n'ont pas été inclus au fichier (n ~ 30).

La sous-morbidité hospitalière observée, en janvier 1998 en comparaison avec janvier 1997, pourrait être réelle ou factice et être expliquée par divers facteurs tels qu'une baisse des soins disponibles (par exemple, une baisse des admissions sélectives), une utilisation réduite des services médicaux par la clientèle ou une utilisation accrue des services dans d'autres régions moins affectées par le verglas, en particulier la région de Montréal.

L'augmentation de la mortalité de janvier et de février 1998 et l'augmentation de la morbidité hospitalière de février et mars 1998 pourraient être en partie attribuables au fait que les personnes souffrant d'une maladie chronique n'ont pu recevoir les soins appropriés ou ont vu notamment leur médication et leur alimentation modifiées. Cette augmentation pourrait aussi être en partie causée par une exposition accrue de la population à des contaminants microbiens et chimiques, favorisant l'apparition ou l'aggravation de certains problèmes de santé.

## CONCLUSION

Les résultats de cette étude montrent qu'il y a eu, en janvier 1998, une hausse significative de la mortalité et possiblement une hausse de la morbidité pour certains problèmes de santé, telles les maladies infectieuses, respiratoires, circulatoires, endocriniennes, les traumatismes...). Cette étude descriptive ne permet pas de déterminer si ces augmentations sont attribuables au verglas. Plusieurs éléments vont toutefois dans le sens de cette hypothèse, à savoir l'augmentation significative de la mortalité qui s'estompe progressivement dans les mois subséquents, la concordance dans les causes spécifiques de mortalité et de morbidité et la plausibilité des mécanismes sous-

jacents, à savoir les effets connus des facteurs de risque ci-haut mentionnés.

La Montérégie a connu une augmentation de la mortalité de 4 % pour l'ensemble de l'année 1998 par rapport à l'année 1997, alors que le Québec aura connu une diminution de 2 %. Ces résultats militent dans le sens de l'hypothèse voulant que le verglas a eu un impact mesurable sur la santé des Montérégiens.

**Tableau 1**  
**Taux de mortalité par cause spécifique chez les Montérégiens**  
*Comparaison entre la période de crise et la période de référence*

		Janvier 1997		Janvier 1998		Rapport		
		Période de référence <sup>a</sup>		Période de crise <sup>b</sup>				
Catégories de diagnostics	CIM-9	nb	DSR <sup>c</sup>	nb	DSR <sup>c</sup>	de taux <sup>d</sup>	I.C. 95 %	
I.	Maladies infectieuses et parasitaires	001-139	2	0,16	2	0,15	0,96	0,13-6,79
II.	Tumeurs	140-239	189	15,13	213	16,78	1,11	0,91-1,35
III.	Maladies endo. de la nutrition et du mét. et troubles immun.	240-279	22	2,85	33	2,61	0,92	0,58-1,45
IV.	Maladies du sang et des organes hématopoiétiques	280-289	4	0,34	2	0,16	0,48	0,09-2,61
V.	Troubles mentaux	290-319	21	1,76	34	2,69	1,53	0,89-2,63
VI.	Maladies du système nerveux et des organes des sens	320-389	29	2,35	34	2,65	1,13	0,69-1,85
VII.	Maladies de l'appareil circulatoire	390-459	273	22,68	350	27,78	<b>1,23</b>	<b>1,05-1,44</b>
VIII.	Maladies de l'appareil respiratoire	460-519	99	8,26	162	13,02	<b>1,58</b>	<b>1,23-2,02</b>

...suite

<sup>a</sup>Période de référence = du 6 au 31 janvier 1997.

<sup>b</sup>Période de crise = du 6 au 31 janvier 1998.

<sup>c</sup>DSR = Taux de mortalité standardisé directement, pour 100 000 habitants. Standard = Québec 1996.

<sup>d</sup>Rapport de taux (DSR) entre la période de crise et la période de référence.

Tableau 1 (suite)

Catégories de diagnostics	CIM-9	Janvier 1997		Janvier 1998		Rapport	
		Période de référence <sup>a</sup>		Période de crise <sup>b</sup>		de taux <sup>d</sup>	I.C. 95 %
		nb	DSR <sup>c</sup>	nb	DSR <sup>c</sup>		
IX. Maladies de l'appareil digestif	520-579	23	1,87	27	2,16	1,15	0,66-2,00
X. Maladies des organes génito-urinaires	580-629	18	1,50	21	1,68	1,12	0,59-2,09
XI. Complications de grossesse, de l'accou. et des suites de couches	630-676	0	0,00	0	0,00	—	—
XII. Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	680-709	2	0,15	0	0,00	0,00	—
XIII. Maladies du syst. ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conj.	710-739	5	0,42	2	0,16	0,38	0,07-1,94
XIV. Anomalies congénitales	740-759	3	0,07	3	0,14	2,05	0,41-10,17
XV. Certaines affec. dont l'origine se situe dans la période périnatale	760-779	2	0,00	0	0,00	—	—
XVI. Symptômes, signes et états morbides mal définis	780-799	3	0,17	9	0,62	3,66	0,99-13,54
XVII. Lésions traumatiques et empoisonnements <sup>e</sup>	800-999	38	2,85	32	2,41	0,84	0,53-1,35
<b>TOTAL</b>	<b>001-999</b>	<b>733</b>	<b>59,98</b>	<b>924</b>	<b>73,14</b>	<b>1,22</b>	<b>1,11-1,34</b>

Source de données : Fichier de décès du BSQ.

<sup>a</sup>Période de référence = du 6 au 31 janvier 1997.

<sup>b</sup>Période de crise = du 6 au 31 janvier 1998.

<sup>c</sup>DSR = Taux de mortalité standardisé directement, pour 100 000 habitants. Standard = Québec 1996.

<sup>d</sup>Rapport de taux (DSR) entre la période de crise et la période de référence.

<sup>e</sup>Cette catégorie de diagnostic comporte plusieurs données manquantes qui font l'objet d'une étude par le bureau du coroner.

**Tableau 2**  
**Distribution de la mortalité (nombre de décès)**

	Montérégie			Québec			Québec - moins la Montérégie		
	1998	1997	Écart	1998	1997	Écart	1998	1997	Écart
Janvier	924	733	+ 26 %	5 607	5 531	+ 1 %	4 683	4 798	- 2 %
Février	830	662	+ 25 %	4 838	4 683	+ 3 %	4 008	4 021	< -1 %
Mars	752	725	+ 4 %	4 681	5 115	- 9 %	3 929	4 390	- 10 %

**Tableau 3**  
**Taux de morbidité hospitalière par cause spécifique pour la Montérégie**  
*Comparaison entre la période de crise et la période de référence*

			Janvier 1997		Janvier 1998		Rapport de taux <sup>d</sup>	
			Période de référence <sup>a</sup>		Période de crise <sup>b</sup>			
Catégories de diagnostics	CIM-9	nb	DSR <sup>c</sup>	nb	DSR <sup>c</sup>		I.C. 95%	
I. Maladies infectieuses et parasitaires	001-139	85	6,36	117	8,79	<b>1,38</b>	<b>1,05-1,83</b>	
II. Tumeurs	140-239	682	52,61	417	31,82	0,60	0,54-0,68	
III. Maladies endo. de la nutrition et du mét. et troubles immun.	240-279	104	8,09	118	8,96	1,11	0,85-1,44	
IV. Maladies du sang et des organes hématopoiétiques	280-289	40	3,10	32	2,45	0,79	0,50-1,26	
V. Troubles mentaux	290-319	395	29,55	439	32,39	1,10	0,96-1,26	
VI. Maladies du système nerveux et des organes des sens	320-389	712	55,50	398	30,48	0,55	0,49-0,62	
VII. Maladies de l'appareil circulatoire	390-459	897	72,37	964	75,16	1,04	0,95-1,14	
VIII. Maladies de l'appareil respiratoire	460-519	1340	103,16	1618	125,21	<b>1,21</b>	<b>1,13-1,30</b>	
IX. Maladies de l'appareil digestif	520-579	944	71,53	772	57,55	0,80	0,73-0,88	
X. Maladies des organes génito-urinaires	580-629	724	54,25	452	33,19	0,61	0,54-0,69	

<sup>a</sup>Période de référence = du 6 au 31 janvier 1997.

...suite

<sup>b</sup>Période de crise = du 6 au 31 janvier 1998.

<sup>c</sup>DSR = Taux de morbidité standardisé directement, pour 100 000 habitants. Standard = Québec 1996.

<sup>d</sup>Rapport de taux (DSR) entre la période de crise et la période de référence.

Tableau 3 (suite)

			Janvier 1997		Janvier 1998		Rapport de taux <sup>d</sup>	
			Période de référence <sup>a</sup>		Période de crise <sup>b</sup>			
Catégories de diagnostics	CIM-9	nb	DSR <sup>c</sup>	nb	DSR <sup>c</sup>		I.C. 95%	
XI.	Complications de grossesse, de l'accou. et des suites de couches	630-676	1009	73,52	897	65,54	0,89	0,81-0,98
XII.	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	680-709	176	13,17	112	8,32	0,63	0,50-0,80
XIII.	Maladies du syst. ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conj.	710-739	540	40,47	292	21,76	0,54	0,47-0,62
XIV.	Anomalies congénitales	740-759	49	3,51	17	1,23	0,35	0,20-0,61
XV.	Certaines affec. dont l'origine se situe dans la période périnatale	760-779	19	1,35	27	1,91	1,41	0,79-2,54
XVI.	Symptômes, signes et états morbides mal définis	780-799	411	32,02	400	30,57	0,95	0,83-1,10
XVII.	Lésions traumatiques et empoisonnements	800-999	584	44,40	720	53,38	<b>1,20</b>	<b>1,08-1,34</b>
XVIII.	Classification suppl., des facteurs influant sur l'état de santé...	V01-V82	465	34,29	348	26,33	0,77	0,67-0,88
XVIX.	Enfants nés vivants en bonne santé classé selon le type de naissance	V30-V39	735	51,79	662	46,83	0,90	0,81-1,00
	Inconnu		17		12			
<b>TOTAL 001-999</b>			<b>9928</b>	<b>751,04</b>	<b>8814</b>	<b>661,89</b>	<b>0,88</b>	<b>0,86-0,91</b>

Source de données : Med-Écho (provenant directement des hôpitaux)

<sup>a</sup>Période de référence = du 6 au 31 janvier 1997.

<sup>b</sup>Période de crise = du 6 au 31 janvier 1998.

<sup>c</sup>DSR = Taux de morbidité standardisé directement, pour 100 000 habitants. Standard = Québec 1996.

<sup>d</sup>Rapport de taux (DSR) entre la période de crise et la période de référence.



# IMPACTS PSYCHOSOCIAUX DE LA TEMPÊTE DE VERGLAS POUR LA POPULATION DE LA MONTÉRÉGIE

Carmen BELLEROSE, M.Sc.  
Johanne LAGUË, M.D., M.Sc., FRCPC

## INTRODUCTION

**E**n Montérégie, la tempête de verglas de janvier 1998 et la panne d'électricité généralisée qui a suivi ont provoqué une désorganisation majeure de la vie quotidienne et du fonctionnement de la société pendant plusieurs semaines. Une catastrophe de cette ampleur ne pouvait que générer un stress important chez les sinistrés, compte tenu des difficultés quotidiennes rencontrées pour satisfaire leurs besoins de base et des inquiétudes engendrées par les dommages matériels encourus et les pertes financières plus ou moins importantes subies. Un tel stress risquait d'avoir des répercussions au plan psychosocial. La Direction de la santé publique de la Montérégie, impliquée dans la gestion de cette crise, a vite été préoccupée par cette question. Le réseau de la santé et les partenaires confirmaient d'ailleurs qu'il y avait un besoin accru d'interventions de type psychosocial pour la population sinistrée. Dans le feu de l'action, la DSP a donc intégré le volet psychosocial dans les interventions et les messages de santé publique.

Compte tenu du caractère particulier de ce sinistre et de son ampleur, tant en termes de durée que de population touchée, la DSP a cependant voulu vérifier, en rétrospective, quelle avait été l'ampleur de ces impacts psychosociaux et quels sous-groupes de la population en avaient été particulièrement affectés. Une vaste enquête téléphonique a donc été réalisée, peu de temps après le sinistre, auprès de la population sinistrée adulte du territoire sur les impacts psychosociaux de la crise du verglas au moment de l'événement ou dans les semaines qui ont suivi. Cet article présente quelques-uns des résultats de cette enquête.

## MÉTHODOLOGIE

### Plan de sondage

La population visée par cette enquête est celle des résidents de la Montérégie âgés de dix-huit ans et plus dont le domicile a été privé d'électricité pendant au moins vingt-quatre heures consécutives entre le 6 janvier et le 6 février 1998 à la suite de la tempête de verglas. L'échantillon de l'enquête comprend deux strates, soit la partie du territoire montréalais associée au *triangle de glace*, et le reste du territoire (hors triangle)<sup>1</sup>. Dans chacune des strates, il y a eu d'abord sélection aléatoire de numéros de téléphone ; pour chaque ménage sélectionné, une personne de dix-huit ans ou plus était ensuite aléatoirement désignée pour répondre au questionnaire. L'enquête téléphonique a été menée entre le 8 avril et le 1<sup>er</sup> mai 1998. La taille réelle de l'échantillon est de 3 064 personnes, soit 1 532 répondants dans chacune des strates. Le taux de participation à l'enquête est de 70 % dans chacune des strates.

### Dimensions étudiées

Le choix des thèmes retenus pour cette enquête s'appuie sur notre connaissance des écrits scientifiques portant sur les réactions des personnes soumises à un stress intense. Ces réactions sont diverses et complexes. Nous avons néanmoins retenu des aspects touchant les relations interpersonnelles plus difficiles avec l'entourage, les manifestations d'agressivité et de violence, la présence de symptômes de détresse psychologique et enfin la modification de comportements en matière de consommation de médicaments et d'alcool. Ce dernier volet n'est pas abordé dans cet article parce que les résultats se sont avérés peu concluants.

La majorité des questions thématiques sont inédites. Elles ont été développées pour les besoins de l'étude et concernent la période se rapportant à la tempête de verglas et à la durée de la panne d'électricité au domicile. La question sur la détresse psychologique est adaptée de celle qu'utilise Santé Québec pour ses enquêtes sociales et de santé (Légaré *et al.*, 1995).

Les questions sur les relations interpersonnelles portent sur la présence de difficultés accrues en distinguant les relations avec le conjoint, avec les enfants ou avec les autres membres de la famille et les amis.

- Durant cette panne d'électricité ou cette crise du verglas, avez-vous vécu PLUS de difficultés dans les relations...

...avec votre conjoint ? (*Oui, non, n'a pas de conjoint.*)

...avec vos enfants ? (*Oui, non, n'a pas d'enfants.*)

...avec d'autres membres de votre familles ou avec des amis ? (*Oui, non.*)

Dans l'affirmative, le répondant devait préciser chaque fois si ces difficultés avaient été *importantes, très importantes, peu importantes* ou *plus ou moins importantes*. Une variable est créée pour chaque type de relations. La relation est définie comme *plus difficile que d'habitude* si les difficultés ont été importantes ou très importantes ; sinon, elles sont réputées avoir été *peu ou pas plus difficiles*. Un indice global résume la situation en indiquant si le sinistré a vécu l'une ou l'autre de ces situations. À noter que l'indicateur se rapportant aux relations avec le conjoint n'est établi que pour les personnes qui ont un conjoint ; de la même façon, celui sur les relations avec les enfants ne prend en compte que les gens ayant des enfants, quel que soit l'âge de ces derniers. Les deux autres indicateurs de relations interpersonnelles s'appliquent à l'ensemble des répondants.

Deux questions s'intéressent aux manifestations d'agressivité ou de violence au sein de la famille ou du ménage. L'une concerne la violence verbale, l'autre la violence physique :

- à votre connaissance, est-ce que la crise du verglas a donné lieu à des actes d'agressivité ou de violence d'ordre verbal, comme des cris, des insultes ou des menaces au sein de votre famille ? (*Oui, non.*) ;
- à votre connaissance, est-ce que la crise du verglas a donné lieu à des actes d'agressivité ou de violence d'ordre physique, comme des coups ou des bousculades au sein de votre famille ? (*Oui, non.*)

Même en dehors des périodes de crise, il est difficile d'estimer la prévalence de la violence verbale ou physique dans la population. Mises à part les difficultés inhérentes à la définition de ces concepts et à leur opérationnalisation, il faut reconnaître que la mesure des manifestations de violence verbale ou physique entraîne généralement une sous-estimation de la prévalence réelle du phénomène, compte tenu de la tendance qu'ont les gens à répondre dans le sens de ce qui est valorisé socialement (biais de désirabilité sociale). C'est pourquoi les deux questions sont formulées de façon à ce que le répondant n'ait pas à préciser s'il a été témoin de ces manifestations, victime ou agresseur.

La troisième dimension traite de la détresse psychologique ressentie par les sinistrés pendant la crise du verglas ou pendant les semaines qui ont suivi. Il s'agit d'une question à quatorze énoncés se rapportant à des symptômes associés aux états dépressifs, aux états anxieux, aux troubles cognitifs et à l'irritabilité. Pour chaque énoncé, le répondant doit indiquer à quelle fréquence il a ressenti ce symptôme pendant la période considérée (*jamais, de temps en temps, souvent, très souvent*). L'indice de détresse psychologique (IDP) est établi en attribuant un score à chaque énoncé, lesquels sont ensuite cumulés et ramenés sur une échelle variant de 1 à 100. La distribution des répondants selon la valeur de l'indice est subdivisée en quintiles, le quintile supérieur (les derniers 20 % de la distribution) correspondant à un niveau élevé de détresse. Selon cet indice, l'individu est considéré comme étant classé ou non au niveau élevé de l'indice. De cette façon, l'indice permet d'établir la proportion d'individus qui, au sein d'un groupe donné, sont classés au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique.

L'IDP de l'enquête montréalaise se distingue toutefois de celui de Santé Québec par deux aspects. D'une part, l'information est recueillie par entrevue téléphonique plutôt que par un questionnaire auto-administré ; selon des analyses antérieures faites à l'ISQ (Santé Québec, document interne), les deux méthodes donnent des résultats différents. D'autre part, la période de référence n'est pas la semaine précédant l'enquête mais la période de la tempête de verglas et les semaines qui ont suivi ; compte tenu du caractère inusité et exceptionnel de ce sinistre, nous avons cru que les souvenirs seraient encore assez vifs pour être rendus avec suffisamment de

justesse. Pour ces deux raisons, la distribution des scores de l'enquête montréalaise a été utilisée pour déterminer la valeur « seuil » de l'indice ; le score à partir duquel le répondant est classé au niveau élevé de l'indice de détresse est 21,4 (80<sup>e</sup> percentile). Malgré ces adaptations, l'indice montréalais se comporte généralement de la même façon que l'indice de Santé Québec quant à ses variations selon diverses caractéristiques démographiques et socio-économiques.

### **Plan d'analyse**

Les résultats de cette enquête ont été inférés à la population sinistrée adulte de la Montérégie. Ils sont donc basés sur des données pondérées (pour tenir compte de la probabilité de sélection et rétablir l'importance relative de chacune des strates) et poststratifiées (selon la structure par âge et sexe de la population).

L'analyse est uniquement descriptive. Elle donne la prévalence de chacun des phénomènes étudiés pour l'ensemble des sinistrés et pour chacun des secteurs de sinistre (triangle, hors triangle). Elle cherche ensuite à déceler si certains sous-groupes de la population se sont avérés plus vulnérables. Il s'agit alors de vérifier si les résultats concernant les relations interpersonnelles plus difficiles, la présence de violence dans la famille et la détresse psychologique varient selon des facteurs en lien avec la nature du sinistre :

- le mode d'organisation des sinistrés pendant la panne d'électricité (être demeuré chez soi pendant tout le temps de la panne ou avoir quitté son domicile) ;
- le sentiment d'inquiétude pour la sécurité de ses biens pendant cette période ;
- la présence de conséquences matérielles pour les sinistrés (perte de revenu, dommage à la résidence, perte commerciales).

La variation des résultats selon des caractéristiques sociodémographiques est aussi examinée. Les caractéristiques retenues sont : l'âge, le sexe, l'état matrimonial, la taille du ménage et la présence

d'enfants mineurs dans le ménage<sup>2</sup>. Cette analyse est menée indépendamment du secteur de sinistre (triangle, hors triangle) puisque leurs populations ne présentent pas d'écarts significatifs au regard de ces caractéristiques.

Le test de khi deux a été utilisé pour déceler les associations significatives entre les variables à l'étude et les facteurs associés. Aucun ajustement n'a cependant été effectué pour tenir compte du plan de sondage. C'est pourquoi le seuil de signification est plus élevé que d'habitude et a été fixé à  $p \leq 0,001$

### **Portée et limites des données**

L'analyse descriptive des données de cette enquête se voulait d'abord exploratoire. En fait, de nombreux facteurs ont été pris en compte dans l'analyse initiale, mais nous n'avons retenu, aux fins de cet exposé, que quelques éléments représentatifs. Le recours à des techniques d'analyse multivariée aurait permis d'identifier l'importance relative de ces divers facteurs, un certain nombre d'entre eux étant d'ailleurs corrélés, mais ces travaux n'ont pas été faits.

Cette enquête utilise des questions inédites puisqu'il fallait les adapter au type de sinistre. L'enquête ayant été rapidement planifiée et réalisée, la validité de ces instruments n'a pu être mesurée. Ceci ajoute au caractère exploratoire de l'étude. Néanmoins, les résultats obtenus pour l'ensemble des indicateurs montrent une certaine congruence.

Le lecteur notera que la dimension relative aux manifestations de violence physique ne fait pas l'objet d'une description aussi détaillée que les autres dimensions. La faible prévalence de ce phénomène, et conséquemment les faibles effectifs en cause, limitent les possibilités d'analyse.

### **CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION SINISTRÉE**

La population adulte de la Montérégie est estimée à près d'un million de personnes. Lors de la crise du verglas, environ 95 % d'entre

elles ont manqué d'électricité pendant au moins vingt-quatre heures consécutives et sont donc considérées sinistrées aux fins de cette étude.

Le quart de la population sinistrée (24 %) vit dans le secteur associé au triangle de glace, où la panne d'électricité a duré en moyenne vingt-deux jours. En dehors du secteur du triangle, les sinistrés ont été privés d'électricité pendant en moyenne neuf jours. Selon les données de l'enquête, les populations de chacun de ces secteurs ne présentent pas d'écart significatif au regard des caractéristiques sociodémographiques prises en compte dans les analyses. Ces caractéristiques sont présentées au tableau 1.

Comment les Montérégiens se sont-ils organisés pendant ce temps ? Certains sont demeurés chez eux pendant toute la durée de la panne (42 %). Ceux qui ont quitté leur logement ou leur résidence ont habité divers types d'endroits : la majorité d'entre eux ont été hébergés par des membres de la parenté ou des amis, certains ont séjourné dans un centre de services pour sinistrés, d'autres ont logé à l'hôtel ou dans un motel ou cherché refuge dans leur résidence secondaire. Parfois, les sinistrés ont fréquenté plus d'un type d'endroit ; c'est du moins le cas pour 42 % des sinistrés déplacés. Ces données varient peu selon le secteur de sinistre.

L'inquiétude pendant le sinistre peut aussi avoir été un facteur de stress lors de la crise du verglas puisque, dans une proportion de 41 %, les adultes sinistrés de la Montérégie se sont dits inquiets de la sécurité de leurs biens pendant cette période, et ce, autant dans chacun des secteurs de sinistre. Le verglas et la panne d'électricité ont effectivement eu des conséquences au plan matériel pour les sinistrés, la proportion de sinistrés concernés étant d'ailleurs plus élevée dans le secteur du triangle de glace qu'en dehors de celui-ci. Dans le triangle de glace, 47 % des sinistrés déclarent que leur résidence a subi des dommages matériels ayant requis des réparations ; cette proportion est de 36 % dans le secteur hors triangle. Il y a aussi respectivement 38 % et 32 % des sinistrés qui font partie d'un ménage dont le ou l'un des chefs de ménage a été privé de revenu ou du salaire habituel pendant la crise du verglas.

**Tableau 1****Caractéristiques sociodémographiques de la population sinistrée de la Montérégie : tempête de verglas 1998**

<b>Sexe</b>		<b>Domicile du ménage</b>		
Hommes	48,6 %	Propriétaire	74 %	
Femmes	51,4 %	Locataire	26 %	
<b>Âge</b>		<b>Taille du ménage</b>		
18-24 ans	11,7 %	1 personne	8,5 %	
25-44 ans	43,7 %	2 personnes	30,2 %	
45-64 ans	31,0 %	3-4 personnes	49,1 %	
65 ans et plus	13,6 %	5 personnes ou plus	12,1 %	
<b>État matrimonial</b>		<b>Vit dans un ménage avec enfant mineur</b>		
Célibataire	6,7 %	De 16 ans ou moins	oui	39,0 %
Union de fait	19,9 %		non	61,0 %
Marié(e)	52,1 %	De 12 ans ou moins	oui	31,1 %
Séparé(e), divorcé(e)	16,2 %		non	68,9 %
Veuf(ve)	5,1 %	De 6 ans ou moins	oui	19,3 %
			non	80,7 %

Source : Direction de la santé publique de la Montérégie, Enquête « Le verglas de 1998... l'expérience des Montérégiens », 2000.

Selon l'enquête, 15 % des sinistrés font partie d'un ménage dont un membre, si ce n'est eux-mêmes, est propriétaire d'une exploitation agricole, d'un commerce ou d'une autre entreprise ; cette proportion varie peu selon le secteur de sinistre. Environ 41 % d'entre eux déclarent que la tempête de verglas ou la panne d'électricité ont occasionné des pertes financières importantes ou très importantes (autres que la perte de revenus) à cette entreprise. Là non plus,



l'enquête ne permet pas de déceler un écart significatif selon le secteur de sinistre.

## RÉSULTATS

Au regard des dimensions mesurées dans l'enquête montréalaise, la crise du verglas a effectivement eu un impact au plan psychosocial au moment du sinistre ou dans les semaines qui ont suivi (tableau 2). Durant cette période, en effet, environ un adulte sur cinq (21 %) a eu plus de difficulté qu'à l'habitude dans ses relations interpersonnelles. De façon plus spécifique, 12 % des sinistrés déclarent des relations plus difficiles avec leur conjoint, 11 % avec leurs enfants et 9 % avec les membres de leur parenté ou leurs amis. Des actes d'agressivité ou de violence verbale au sein de la famille sont aussi mentionnés par près d'un sinistré sur dix (11 %) et la présence de violence physique par un sinistré sur cent (0,9 %).

### Variations selon le secteur de sinistre

La prévalence de la majorité de ces situations varie selon le secteur de sinistre (tableau 1). En comparaison des sinistrés ne demeurant pas dans le triangle de glace, ceux du triangle sont proportionnellement plus nombreux à déclarer avoir eu des relations plus difficiles avec leur conjoint (17 % contre 10 %) ou avec la parenté ou les amis (18 % contre 8 %), ce qui se reflète dans l'indice global (28 % contre 18 %). L'enquête ne permet pas de déceler de différences selon le secteur de sinistre pour les dimensions concernant les relations plus difficiles avec les enfants et les manifestations de violence verbale.

On note par ailleurs que la proportion de sinistrés classés au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique est plus importante dans le secteur du triangle qu'en dehors de celui-ci (26 % contre 19 %), ce qui indique à tout le moins que les difficultés psychologiques ont été un peu plus répandues dans le secteur où le sinistre a sévi plus longtemps.

**Tableau 2**

**Impacts psychosociaux selon le secteur de sinistre  
Population sinistrée de la Montérégie  
Tempête de verglas 1998**

<b>Impacts psychosociaux</b>	<b>Triangle %</b>	<b>Hors triangle %</b>	<b>Total %</b>	<b>p</b>
Relations interpersonnelles plus difficiles				
avec conjoints	17,1	9,8	11,5	p<0,001
avec enfants	12,6	10,3	10,9	p=0,115
avec parenté ou amis	12,5	8,2	9,2	p<0,001
indice global	27,8	18,2	20,5	p<0,001
Manifestations d'agressivité ou de violence				
verbale	11,8	10,8	11,1	p=0,454
physique	0,8	1,0	0,9	p=0,719
Détresse psychologique niveau élevé	25,5	18,6	20,3	p<0,001

Source : Direction de la santé publique de la Montérégie, Enquête « Le verglas de 1998... l'expérience des Montérégiens », 2000.

**VARIATIONS SELON LE MODE D'ORGANISATION PENDANT LA PANNE**

L'impact psychosocial du verglas a été ressenti par une plus grande proportion de sinistrés ayant quitté leur domicile, en comparaison de ceux qui y sont demeurés tout le temps de la panne (tableau 2). Ainsi, parmi les sinistrés déplacés, 23 % ont connu plus de difficultés que d'habitude dans leurs relations avec leur entourage (indice global), cette proportion étant estimée à 17 % chez ceux qui ont pu

demeurer chez eux. La présence de violence verbale au sein des familles est aussi plus répandue dans l'entourage des individus déplacés (13 % contre 8 %). Enfin, 25 % des sinistrés qui ont quitté leur logement se classent au niveau élevé de l'indice de détresse, alors que cette proportion est plutôt de 16 % chez ceux qui ne l'ont pas fait.

### VARIATION SELON LES CONSÉQUENCES MATÉRIELLES

Pour certaines dimensions, l'impact psychosocial a été plus répandu chez les gens inquiets pour la sécurité de leurs biens. Toutes proportions gardées, ils sont plus nombreux que les sinistrés non inquiets à avoir connu des difficultés dans les relations interpersonnelles (27 % contre 16 %) ou à ressentir un niveau élevé de l'indice de détresse (31 % contre 13 %) (tableau 3). Dans ce dernier cas, l'écart est cependant peut-être d'autant plus grand que les gens d'un naturel inquiet sont sans doute davantage portés à manifester ou à ressentir des symptômes de détresse. Dans cette enquête, la présence de violence verbale n'est pas associée au sentiment d'inquiétude pour la sécurité de ses biens.

Parmi les gens dont la résidence principale a subi des dommages ou des dégâts matériels, 27 % ont connu plus de difficultés dans leurs relations interpersonnelles, 15 % ont eu connaissance de manifestations de violence verbale au sein de leur famille et 25 % se situent au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique. Les sinistrés dont le domicile est demeuré intact rapportent de telles situations dans une moindre proportion (16 %, 8 %, 17 %). Des écarts semblables sont aussi notés quand on compare aux autres sinistrés ceux vivant au sein d'un ménage dont le ou les chefs ont subi de pertes de revenus.

Ces données reflètent en quelque sorte ce que montrait déjà la comparaison des données triangle-hors triangle, puisque les dommages matériels et les pertes financières sont plus importantes dans le triangle que hors triangle. Par ailleurs, peu de variations sont décelées chez les exploitants d'entreprises selon le fait d'avoir ou non subi des pertes commerciales importantes ou très importantes, peut-être à cause des petits effectifs concernés. Tout au plus note-t-on

qu'en cas de pertes commerciales, des difficultés accrues avec leur conjoint sont plus fréquemment rapportées (17 % contre 10 %), de même que la présence de manifestations de violence verbale au sein de la famille (15 % contre 10 %) (données non présentées).

**Tableau 3**

**Impacts psychosociaux selon certains aspects matériels  
Population sinistrée de la Montérégie  
Tempête de verglas, 1998**

Aspects matériels	Relations interpersonnelles plus difficiles %	Présence de manifestations de violence verbale %	Niveau élevé de détresse psychologique %
<b>Ont quitté leur domicile</b>			
Oui	p≤0,001 23,3	p=0,613 13,3	p≤0,001 24,6
Non	13,0	8,2	115,8
<b>Inquiets pour la sécurité des biens</b>			
Oui	p≤0,001 27,4	p=0,613 12,2	p≤0,001 31,2
Non	15,8	10,2	12,6
<b>Résidence a subi des dommages</b>			
Oui	p≤0,001 27,4	p≤0,001 14,9	p≤0,001 25,4
Non	16,4	8,7	17,0
<b>Perte de revenu du ou des chefs de ménage</b>			
Oui	p≤0,001 28,5	p≤0,001 15,2	p≤0,001 26,8
Non	16,7	9,0	17,1

Source : Direction de la santé publique de la Montérégie, Enquête « Le verglas de 1998... l'expérience des Montérégiens », 2000.

Comme on peut s'y attendre, un indice élevé de détresse psychologique et l'expérience de relations interpersonnelles plus difficiles sont des phénomènes associés. Près de la moitié (49 %) des personnes qui ont eu des relations interpersonnelles plus difficiles qu'à l'habitude se classent au niveau élevé de l'IDP, alors que cette proportion n'est que de 13 % chez celles dont les relations n'ont pas été plus difficiles ou l'ont peu été. De tels écarts sont décelés autant pour les relations avec le conjoint (57 % contre 15 %), que pour les relations avec les enfants (55 % contre 15 %) ou avec les amis (53 % contre 17 %) (données non présentées).

### **VARIATIONS SELON LES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES**

Les impacts psychosociaux ont touché davantage certains groupes de la population selon leur sexe, leur âge, leur état matrimonial, la présence d'enfants mineurs dans leur ménage ou la taille du ménage.

À divers degrés, la présence de difficultés dans les relations interpersonnelles varie selon chacun de ces facteurs (tableau 4a). Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à éprouver des relations plus difficiles avec leurs enfants (13 % contre 8 %). Les sinistrés de 25-44 ans se démarquent de ceux des autres groupes d'âge par la proportion plus élevée de gens ayant eu globalement des relations plus difficiles (28 %), les relations avec le conjoint et les enfants sont particulièrement en cause.

Les personnes vivant en union de fait sont les plus nombreuses de leur catégorie à déclarer des relations plus difficiles que d'habitude, que ce soit avec le conjoint, les enfants, la parenté ou les amis. Les relations avec les amis et la parenté ont été plus difficiles pour les gens de 18-24 ans (16 %) et les célibataires (14 %).

La présence de difficultés accrues dans les relations interpersonnelles augmente par ailleurs avec la taille du ménage. Quand ils vivent seuls ou avec une autre personne, 13 % des sinistrés déclarent avoir eu des relations interpersonnelles plus difficiles pendant la crise du verglas. Cette proportion passe à 23 % quand le ménage du

sinistré comporte trois ou quatre personnes et atteint 32 % quand il y a cinq personnes ou plus.

**Tableau 4a**

**Impacts psychosociaux selon certaines caractéristiques personnelles  
Population sinistrée de la Montérégie  
Tempête de verglas 1998**

Caractéristiques	Relations interpersonnelles				Violence verbale
	Avec conjoint p et %	Avec enfants p et %	Avec parenté ou amis p et %	Indice global p et %	p et %
Sexe	p=0,778	p≤0,001	p=0,160	p=0,003	p=0,302
Homme	11,7	8,2	8,5	18,0	10,5
Femme	11,4	13,3	9,9	23,0	11,7
Âge	p≤0,001	p≤0,001	p≤0,001	p≤0,001	p≤0,001
de 18 à 24 ans	8,2	10,3	16,3	20,8	15,7
de 25 à 44 ans	15,9	16,4	12,5	<b>28,0</b>	13,5
de 45 à 64 ans	8,5	7,3	5,5	16,1	8,5
65 ans et plus	4,9	3,7	1,5	6,5	5,2
État matrimonial	p≤0,001	p=0,002	p≤0,001	p≤0,001	p≤0,001
Union de fait	16,8	16,1	14,0	28,6	12,6
Marié(e)	11,1	10,8	7,1	20,6	9,8
Séparé(e), divor.	10,1	9,1	7,0	17,5	8,0
Célibataire	8,8	8,0	13,7	18,8	15,9
Veuf(ve)	2,3	5,6	1,9	6,5	3,2
Personnes vivant seule	p=0,525	p=0,005	p=0,675	p=0,005	p=0,072
oui	11,7	4,5	8,5	13,7	7,7
non	11,5	11,4	9,3	21,2	11,4

Source : Direction de la santé publique de la Montérégie, Enquête « Le verglas de 1998... l'expérience des Montérégiens », 2000.

Les personnes qui habitent avec un enfant mineur se distinguent des autres sinistrés par leur proportion deux fois plus élevée (indice global) de gens ayant des relations interpersonnelles plus difficiles (tableau 4b). Ceci est décelé pour les sinistrés vivant avec des enfants de seize ans ou moins (30 % contre 15 %), de douze ans ou moins (32 % contre 16 %), de six ans ou moins (37 % contre 17 %), les difficultés avec le conjoint, les enfants, les amis ou la parenté étant toutes mises à contribution. On notera au passage la proportion particulièrement élevée de personnes vivant avec enfants de moins de six ans qui ont déclaré des relations interpersonnelles plus difficiles (37 %).

Quant aux manifestations de violence verbale, on les retrouve plus fréquemment :

- chez les personnes de 18-24 ans et 25-44 ans que chez les autres groupes d'âge ;
- chez les célibataires et les personnes vivant en union de fait ;
- chez les personnes vivant avec des enfants mineurs (16 ans ou moins, 12 ans ou moins, 6 ans ou moins) ;
- quand la taille du ménage augmente (tableaux 4a et 4b).

L'analyse de la variation de la détresse psychologique selon les caractéristiques sociodémographiques est abordée un peu différemment puisque l'IDP est une mesure qui, en soi, varie déjà selon les caractéristiques de la population. Pour identifier les sous-groupes pour lesquels il y a une recrudescence de la détresse psychologique pendant la crise du verglas, il aurait fallu disposer d'une donnée de référence pour ce sous-groupe. Or, les données sur la détresse psychologique tirées des enquêtes populationnelles de Santé Québec ne peuvent être utilisées ici à des fins de comparaison, comme on l'a précisé précédemment. En l'absence de données de référence, l'alternative choisie a donc été de comparer les proportions de sinistrés classés au niveau élevé de détresse psychologique entre le secteur du triangle et celui hors triangle. Pour chacun des sous-groupes, on peut alors vérifier si cette tranche de population, à tout le moins, a été sensible à la durée du sinistre, c'est-à-dire si les gens habitant le

triangle de glace se retrouvent en plus grand nombre au niveau élevé de l'IDP que les gens hors triangle.

**Tableau 4b**

**Impacts psychosociaux selon le milieu familial  
Population sinistrée de la Montérégie  
Tempête de verglas 1998**

Caractéristiques	Relations interpersonnelles				Violence verbale
	Avec conjoint p et %	Avec enfants p et %	Avec parenté ou amis p et %	Indice global p et %	p et %
Taille du ménage	p≤0,001	p≤0,001	p=0,003	p≤0,001	p≤0,001
1-2 personnes	8,0	3,9	7,0	13,4	7,9
3-4 personnes	13,3	13,3	10,0	23,4	11,6
5 personnes ou plus	14,2	20,3	12,7	31,7	19,5
Vit avec enfant mineur*	p≤0,001	p≤0,001	p≤0,001	p≤0,001	p≤0,001
De 16 ans ou moins					
Oui	16,1	18,6	11,6	29,9	13,6
Non	8,2	4,3	7,8	14,6	9,5
De 12 ans ou moins					
Oui	16,2	19,9	12,1	31,9	14,1
Non	9,2	5,6	8,0	15,6	9,8
De 6 ans ou moins					
Oui	18,7	21,9	14,4	36,8	13,9
Non	9,7	7,6	8,1	16,9	10,5

\* Le seuil de signification est le même quel que soit l'âge des enfants.

Source : Direction de la santé publique de la Montérégie, Enquête « Le verglas de 1998... l'expérience des Montérégiens », 2000.



Ce type d'analyse identifie comme vulnérables au regard de l'IDP les mêmes sous-groupes que précédemment, à peu de choses près (tableaux 5a et 5b).

**Tableau 5a**

**Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique  
selon le secteur de sinistre  
Diverses catégories de population sinistrée  
de la Montérégie  
Tempête de verglas 1998**

Caractéristiques		Triangle %	Hors triangle %	p
Sexe	Hommes	16,8	12,1	p= 0,022 <b>p≤0,001</b>
	Femmes	33,7	24,7	
Âge	de 18 à 24 ans	22,1	27,1	p= 0,355
	<b>de 25 à 44 ans</b>	31,3	20,9	<b>p≤0,001</b>
	de 45 à 64 ans	23,9	16,1	p= 0,008
	65 ans et plus	15,3	9,6	p= 0,102
État matrimonial	Célibataire	24,3	23,8	p= 0,898
	Marié(e), union de fait	25,3	17,1	<b>p≤0,001</b>
	Séparé(e), divorcé(e), veuf(ve)	28,7	18,5	p= 0,042
Personne vivant seule	Oui	27,7	19,4	p= 0,109
	Non	25,2	18,6	<b>p≤0,001</b>

Source : Direction de la santé publique de la Montérégie, Enquête « Le verglas de 1998... l'expérience des Montérégiens », 2000.

Ainsi, les groupes pour lesquels la proportion de gens classés au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique est plus élevée dans le triangle que hors triangle ( $p \leq 0,001$ ) sont les suivants :

- les femmes (34 % contre 25 %) ;
- les personnes de 25-44 ans (31 % contre 21 %) ;
- les personnes mariées ou vivant en union de fait (25 % contre 17 %) ;
- les personnes vivant dans un ménage de trois ou quatre personnes (29 % contre 18 %) ;
- les personnes vivant avec un enfant de seize ans ou moins (25 % contre 18 %), mais surtout avec un enfant de douze ans ou moins (35 % contre 23 %) ou de six ans ou moins (38 % contre 24 %).

## DISCUSSION

Sur la base des quelques indicateurs utilisés, l'enquête montréalaise illustre que la crise du verglas a provoqué chez les Montréalais des difficultés d'ordre psychosocial pendant la tempête de verglas et durant les semaines qui ont suivi, que ce soit en matière de relations interpersonnelles, de violence verbale et de détresse psychologique.

Les sinistrés exposés plus longtemps à ce sinistre (ceux du triangle de glace) ont été les plus affectés pour chacune des dimensions considérées. Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que les conséquences psychosociales d'un sinistre dans une population donnée dépendent probablement du niveau de stress généré par le désastre. Plus les sinistrés sont exposés à de multiples facteurs de stress, plus la proportion de personnes qui éprouveront des difficultés psychosociales risque d'augmenter. Dans le cas de la crise du verglas en Montérégie, les personnes habitant le triangle de glace, plus touchées par le sinistre, ont été confrontées à une plus grande désorganisation de leur vie personnelle et sociale, en plus de subir davantage de dommages matériels et financiers. Par conséquent, les

sinistrés dans ces secteurs ont probablement éprouvé un stress plus intense et de plus longue durée, ce qui s'est traduit par une plus grande proportion de sinistrés ayant vécu des répercussions au plan psychosocial.

**Tableau 5b**

**Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique  
selon le secteur de sinistre  
Diverses catégories de population sinistrée  
de la Montérégie  
Tempête de verglas 1998**

Caractéristiques	Triangle %	Hors triangle %	p
Taille du ménage			
1-2 personnes	22,7	17,4	p= 0,029
3-4 personnes	28,5	17,5	p≤ 0,001
5 personnes ou plus	22,5	27,7	p= 0,191
Habite avec un enfant mineur :			
De 16 ans ou moins			
Oui	31,9	22,4	p≤ 0,001
Non	21,4	16,3	p= 0,014
De 12 ans ou moins			
Oui	34,5	22,8	p≤ 0,001
Non	21,5	16,9	p=0,017
De 6 ans ou moins			
Oui	38,4	24,0	p≤ 0,001
Non	22,5	17,5	P= 0,006

Source : Direction de la santé publique de la Montérégie, Enquête « Le verglas de 1998... l'expérience des Montérégiens », 2000.

L'obligation pour les sinistrés de quitter leur domicile, entre autres, est associée à une plus grande prévalence des impacts psychosociaux, de même que l'inquiétude ressentie concernant la sécurité

de leurs biens. Le fait de vivre dans un ménage ayant subi des pertes matérielles (revenus, dommages au domicile) à cause de ce sinistre coïncide aussi avec une importance accrue de ces problèmes étudiés.

Les groupes qui se sont avérés particulièrement vulnérables ont été les personnes de 25-44 ans, les personnes ayant un conjoint, les personnes vivant dans un ménage de plus de deux personnes, notamment les personnes habitant avec des enfants mineurs, surtout s'ils sont jeunes. Dans le cas des relations interpersonnelles plus difficiles et des manifestations de violence verbale, ces résultats se conçoivent fort bien si on imagine que ces caractéristiques s'appliquent sans doute à des parents d'enfants mineurs, dont les responsabilités parentales ont dû être exacerbées pendant la crise du verglas et la dynamique familiale mise à rude épreuve. Le fait que les femmes aient été davantage affectées au plan des relations avec les enfants et de la détresse psychologique souscrit aussi à cette hypothèse. Une étude de la Commission Nicolet (Charbonneau *et al.*, 2000) identifie aussi les jeunes familles et les femmes comme des groupes ayant été particulièrement vulnérables au plan psychosocial. Il se peut aussi que la taille du ménage et la présence d'un plus grand nombre d'individu augmentent d'autant le risque de confrontation et de stress

Au plan de la détresse psychologique, nous avons aussi posé l'hypothèse que les personnes vivant seules ou les personnes âgées auraient pu vivre difficilement l'expérience du verglas. L'enquête ne permet pas de déceler un tel scénario, du moins sur la base du souvenir qu'ils en avaient gardé au moment de l'enquête.

La Direction de la santé publique n'a pas réalisé d'étude post-impact pour vérifier si les problèmes psychosociaux présents au moment du sinistre et dans les semaines qui ont suivi se sont résorbés dans le temps. Les travaux de Maltais *et al.* (2000) portent à penser cependant que ces problèmes ont pu être de courte durée pour la majorité des sinistrés. L'absence d'impact de la crise du verglas sur les données de l'Enquête sociale et de santé<sup>3</sup> 1998 suggèrent aussi la possibilité que ce sinistre ait laissé peu de séquelles sur la santé psychosociale de la population en général. Ce qui n'exclut pas le fait qu'au plan individuel, les répercussions psychosociales de la crise de verglas ont pu être majeures ou dramatiques dans certains cas.

## CONCLUSION

À la suite de l'expérience de la Direction de la santé publique pendant la crise du verglas, et à la lumière des résultats de l'enquête montréalaise, voici quelques recommandations pour tenter d'atténuer les effets psychosociaux d'un sinistre de cette nature.

D'une part, les autorités politiques devraient chercher à :

- minimiser les perturbations de la vie quotidienne ;
- permettre aux gens de demeurer chez eux lorsque c'est possible ou favoriser une telle solution ;
- assurer la sécurité des biens matériels, réduire les pertes matérielles et financières.

Au plan des interventions sociales et de santé, il faut, entre autres :

- miser sur la diffusion de messages normalisant les réactions psychologiques engendrées ;
- mettre à la disposition de la population des mesures de soutien psychologique ;
- faciliter l'accès à des services de psychothérapies individuelles ;
- offrir des mesures concrètes de soutien (répit gardiennage, aide pour tâches quotidiennes).

## NOTES

- 1 Voir C. Bellerose et L. Jacques, *Le verglas de 1998. La situation en Montréal : le point de vue de la santé publique*, in D. Maltais (sous la direction de), *Catastrophes et état de santé des individus, des intervenants et des communautés*, actes du Colloque interdisciplinaire sur les conséquences des catastrophes et événements traumatiques tenu à Chicoutimi du 24 au 26 octobre 2001, à paraître.

- 2 L'aspect économique a aussi été mesuré dans l'enquête mais n'a pas été retenu en raison du taux élevé de non-réponse.
- 3 Voir C. Daveluy *et al.*, *La tempête de verglas de janvier 1998 et les résultats de l'Enquête sociale et de santé 1998*, in D. Maltais (sous la direction de), *Catastrophes et état de santé des individus, des intervenants et des communautés*, actes du Colloque interdisciplinaire sur les conséquences des catastrophes et événements traumatiques tenu à Chicoutimi du 24 au 26 octobre 2001, à paraître.

## BIBLIOGRAPHIE

- CHARBONNEAU J., F.-R. OUELLETTE et S. GAUDET (2000). « Les impacts psychosociaux de la tempête de verglas au Québec », *Santé mentale au Québec*, Dossier - Les désastres naturels, vol. XXV, n° 1, p. 138-162.
- LAGUË, J. et G. LAMARRE (2000). « Les comportements psychosociaux », dans C. Bellerose (sous la direction de), *Le verglas de 1998... l'expérience des Montérégiens*, Longueuil, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Direction de la santé publique, p. 149-164.
- LAGUË, J. et G. LAMARRE (2000). « Détresse psychologique », dans C. Bellerose (sous la direction de), *Le verglas de 1998... l'expérience des Montérégiens*, Longueuil, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Direction de la santé publique, p. 165-173.
- LÉGARÉ, G., A. LEBEAU, R. BOYER et D. ST-LAURENT (1995). « Santé mentale », dans C. Bellerose, C. Lavallée, L. Chenard et M. Levasseur (sous la direction de), *Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, volume 1, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 401 p. (annexes en sus).
- MALTAIS, D. *et al.* (2000). *Les conséquences de la tempête du verglas sur la santé des individus, des intervenants et des communautés. Rapport synthèse*, Chicoutimi, GRIR, Université du Québec à Chicoutimi, 92 p.

**LA TEMPÊTE DE VERGLAS DE JANVIER 1998  
ET LES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SOCIALE  
ET DE SANTÉ 1998**

Carole DAVELUY  
Robert COURTEMANCHE  
Jimmy BAULNE  
France LAPOINTE  
Jacinthe LOISELLE  
C. BELLEROSE  
Serge CHEVALIER

**CONTEXTE DE L'ÉTUDE**

**L'***Enquête sociale et de santé 1998 (ESS98)* est la troisième d'une série d'enquêtes générales réalisées auprès de la population québécoise. Elle s'inscrit dans le prolongement de l'enquête *Santé Québec 1987* et de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* dont elle reprend la majorité des thèmes et des mesures, de façon à assurer une surveillance de l'état de santé et de bien-être et des facteurs de risque qui y sont associés. En plus de fournir de précieux renseignements sur la santé physique et mentale des Québécois, l'enquête renseigne sur leurs habitudes de vie, sur le recours aux services sociaux et de santé et sur les liens entre les différents milieux de vie et la santé (famille, entourage social, milieu de travail, etc.).

Pour le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et le réseau de la santé et des services sociaux, assurer la comparabilité des données entre les enquêtes générales et fournir de l'information fiable sur l'évolution du portrait sociosanitaire des Québécois constituent des préoccupations majeures. D'où l'importance de la qualité de la réponse et de la représentativité des répondants, et la nécessité d'avoir des données à l'abri d'événements conjoncturels ayant des effets significatifs sur les estimations produites dans l'enquête.

Rappelons que la collecte des données de l'enquête sociale et de santé s'est déroulée par vague de trois mois tout au cours de l'année 1998. Les données ont été recueillies au domicile des répondants : les intervieweurs étaient donc sur le terrain le 5 janvier 1998. Survenait alors la tempête de verglas. Vu la gravité de la situation, particulièrement dans certaines régions, il fut décidé d'examiner les effets potentiels de la tempête sur les données de l'ESS98, tant pour l'ensemble du Québec que pour les seize régions sociosanitaires concernées.

### **OBJECTIFS DE L'ÉTUDE**

L'étude de l'impact de la tempête de verglas sur les données de l'ESS98 ne visait pas à mesurer et à analyser l'impact de cet événement sur la santé des Québécois, ce qui a été fait par d'autres études dont les résultats sont présentés dans le cadre de ce colloque. Par contre, les indices de santé de l'ESS98 ont servi de mesures d'impact du verglas sur les résultats de cette enquête.

#### **Objectif général de l'étude**

L'étude a été entreprise pour vérifier si les différents paramètres mesurés dans l'ESS98 avaient été touchés par la tempête et, dans ce cas, pour corriger les estimations produites afin de pouvoir en faire la comparaison avec les estimations tirées des deux enquêtes générales précédentes.

#### **Objectifs spécifiques**

L'étude devait comparer le profil sanitaire des personnes sinistrées à celui des personnes non sinistrées. Elle devait aussi déterminer l'influence de la tempête sur les variables susceptibles d'avoir été influencées par la tempête de verglas, variables alors marquées par une hausse ou une baisse de prévalence, puis, vérifier si les paramètres sanitaires et sociaux différaient d'une modalité à l'autre pour la première vague de collecte. Si l'examen des caractéristiques socio-démographiques permettait d'expliquer ces différences significa-



tives, l'absence d'effet du verglas était confirmée au regard des objectifs de la présente étude. Sinon, une étape supplémentaire permettait de vérifier si les différences détectées persistaient dans les autres vagues de collecte ; dans pareil cas, des statistiques socio-sanitaires comportant une correction pour l'effet du verglas devaient être produites lorsque des différences notables étaient détectées.

De façon particulière, il importait de répondre aux questions suivantes : La perturbation va-t-elle dans le sens attendu ? L'effet du verglas persiste-t-il dans le temps ou se concentre-t-il à la première vague de la collecte des données, soit dans les trois premiers mois de l'année 1998 ?

Dans l'analyse, les différences sont interprétées entre le fait d'être ou non sinistré et la période de collecte. L'étude vérifie l'impact du verglas sur les personnes touchées, sans évaluer de façon détaillée quelles étaient les personnes les plus touchées ni quel était le niveau de l'impact éventuel de la tempête.

## **ÉLÉMENTS MÉTHODOLOGIQUES**

### **Collecte des données**

L'étude a été effectuée par entrevue téléphonique auprès des répondants clés des ménages privés ayant participé à l'ESS98, à l'aide d'un questionnaire comportant treize questions pour les ménages ayant subi une panne électrique de vingt-quatre heures ou plus, et cinq questions pour les autres. L'entrevue durait, selon le cas, entre cinq et douze minutes.

### **Taille de l'échantillon et taux de réponse**

Des 11 986 ménages ayant participé à l'ESS98, c'est-à-dire ayant répondu à leur domicile à un questionnaire général sur la santé rempli par un intervieweur (QRI), 10 923 ménages ont répondu aux questions de l'entrevue téléphonique sur le verglas, ce qui représente au total 28 067 individus de tout âge, dont 22 200 étaient âgés de quinze ans et plus. Parmi ces derniers, 19 936 avaient aussi répon-

du à un questionnaire auto-administré sur les habitudes de vie et la santé (QAA).

Les taux de réponse à l'étude ajustés pour la non-réponse sont présentés au tableau 1. Le taux de réponse est défini en divisant le nombre de questionnaires sur le verglas auxquels on a répondu par le nombre de répondants principaux de l'ESS98. Le taux de réponse à l'entrevue téléphonique sur le verglas est de 89,3 % pour l'ensemble du Québec. Pour les régions, le taux le plus bas est de 85,5 %.

**Tableau 1**

**Taux de réponse pondéré au QRI-verglas, proportion pondérée de répondants au verglas-QAA parmi les répondants du QRI-verglas âgés de 15 ans et plus et taux de réponse pondéré au verglas-QAA selon la région sociosanitaire**

Région sociosanitaire	Taux de réponse pondéré au QRI-verglas (%)	Proportion pondérée de répondants au verglas-QAA (%)	Taux de réponse pondéré au verglas-QAA (%)
Bas-Saint-Laurent	91,7	86,9	79,7
Saguenay—Lac-Saint-Jean	92,8	94,0	87,2
Québec	89,7	86,4	77,5
Mauricie—Centre-du-Québec	89,5	86,0	77,0

...suite

Tableau 1 (suite)

Région socio-sanitaire	Taux de réponse pondéré au QRI-verglas (%)	Proportion pondérée de répondants au verglas-QAA (%)	Taux de réponse pondéré au verglas-QAA (%)
<i>Estrie</i>	90,9	93,7	85,2
<i>Montréal-Centre</i>	85,5	78,4	67,0
<i>Outaouais</i>	90,7	86,3	78,3
Abitibi-Témiscamingue	91,5	92,9	85,0
Côte-Nord	92,4	89,3	82,5
Nord-du-Québec	94,2	89,1	83,9
Gaspésie—Îles-de-la- Madeleine	91,6	79,1	72,5
Chaudières-Appalaches	94,1	90,0	84,7
<i>Laval</i>	90,5	81,5	73,8
Lanaudière	94,5	87,2	82,4
<i>Laurentides</i>	88,2	88,4	78,0
<i>Montérégie</i>	89,8	86,4	77,6
<b>Ensemble du Québec</b>	<b>89,3</b>	<b>85,1</b>	<b>76,0</b>

Soulignons que l'analyse des variables disponibles ne permet pas de conclure que les non-répondants de l'étude d'impact du verglas ont des caractéristiques différentes de celles des répondants.

## ANALYSE DES DONNÉES – ENSEMBLE DU QUÉBEC

### Méthode

La première étape a consisté à définir un indice PANNE permettant de distinguer les ménages sinistrés des ménages non sinistrés, à l'aide de la variable catégorique « ménage touché par une panne

d'électricité de deux jours ou plus » à deux modalités « sinistré, non-sinistré ». Cet indice a été produit à l'aide des deux premières questions de l'entrevue téléphonique : « À cause de la tempête de verglas qui s'est abattue sur le Québec entre le 5 et le 9 janvier 1998,

- 1A. Votre domicile a-t-il été privé d'électricité pendant au moins 24 heures CONSECUTIVES ?
- 1) Oui
  - 2) Non --> Passez à Q5
- 1B. Pendant combien de jours ?
- \_\_\_\_\_ jours  
OU (date : jr /mois) à (date : jr / mois)  
OU (heures) »

Le relevé des indices de santé les plus susceptibles d'avoir été influencés par la tempête de verglas a ensuite été effectué ; ces indices proviennent de l'un ou l'autre des deux questionnaires de l'ESS98 — le QRI ou le QAA (tableau 2). Afin de sélectionner les variables présentant des différences entre les deux types de ménage, ces indices de santé ont été croisés avec le fait d'être identifié comme ménage sinistré ou non sinistré (au seuil de 0,05, les données des deux premières vagues seulement étant alors disponibles).

## Tableau 2

### Liste des indices de santé susceptibles d'avoir été influencés par la tempête de verglas de 1998

Indices
Perception de l'état de santé
Fréquence d'activité physique de loisir (3 derniers mois)
Type de fumeur
Consommation d'alcool (au cours des 7 derniers jours)
Indice de détresse psychologique
Indice de soutien social

...suite

Tableau 2 (suite)

**Indices (suite)**

Indice de manque d'intimité  
Connaissance de l'existence du service Info-Santé dans la région  
Consultation d'un professionnel de la santé (2 dernières semaines)  
Consultation d'un professionnel autre qu'un médecin (2 dernières semaines)  
Médicaments pris au cours des 2 derniers jours  
Nombre de médicaments pris  
Usage d'analgésiques  
Tranquillisants, sédatifs, somnifères  
Médicaments pour le cœur  
Antibiotiques  
Remèdes – médicaments pour l'estomac  
Vitamines ou minéraux  
Stimulants pour avoir plus d'énergie  
Accidents – limitations et consultations  
Troubles digestifs chroniques  
Paralysie à la suite d'un accident  
Hospitalisation (au cours des 12 derniers mois)  
Sifflements dans la poitrine (au cours des 12 derniers mois)  
Manque de nourriture  
Nombre de problèmes de santé  
Douleurs au cours des 12 derniers mois – population des travailleurs  
    au cou  
    aux épaules  
    aux bras  
    aux coudes  
    aux avant-bras – poignets – mains  
    au haut du dos  
    au bas du dos  
    aux hanches – cuisses  
    aux genoux  
    aux jambes – mollets  
    aux chevilles – pieds

À partir d'un test du khi-deux, neuf indices ont été sélectionnés :

- consommation de tranquillisants au cours des deux derniers jours ;
- consultation d'un professionnel de la santé ou des services sociaux au cours des deux dernières semaines ;
- consultation d'un professionnel autre qu'un médecin au cours des deux dernières semaines ;
- nombre de problèmes de santé ;
- indice de soutien social ;
- indice de détresse psychologique, sur la base de la dernière semaine ;
- perception de l'état de santé ;
- fréquence de pratique d'activité physique de loisir au cours des trois derniers mois ;
- consommation d'alcool au cours des sept derniers jours (en deux catégories : de 0 à 13 consommations et 14 consommations et plus).

L'étape suivante a consisté à vérifier si les effets perduraient dans le temps ou si d'autres variables exogènes pouvaient expliquer les éventuelles différences observées. Pour chacun des neuf indices, un modèle de régression logistique a été ajusté aux données, la variable dépendante étant l'indice de santé, et les variables explicatives, comprenant l'indice PANNE, la vague de collecte, l'interaction entre PANNE et la vague de collecte, la scolarité, la présence dans le ménage d'au moins un enfant de moins de quinze ans, l'aire homogène<sup>1</sup>, l'âge et le sexe (un seuil critique de 0,01 est utilisé pour les tests afin d'éviter la détection de différences minimales qui ne seraient pas nécessairement dues au verglas).

L'introduction d'une interaction entre la vague de collecte et la variable PANNE dans le modèle visait à étudier si l'effet du verglas persistait d'une vague à l'autre, alors que la présence des variables sociodémographiques servait à vérifier si l'écart observé entre les sinistrés et les non-sinistrés n'était attribuable qu'à la différence

entre leurs caractéristiques sociodémographiques. Ces dernières variables ont donc été introduites pour contrôler d'éventuels effets confondants des caractéristiques sociodémographiques et permettent donc de répondre à la question suivante : S'il y a un écart significatif entre les sinistrés et les non-sinistrés, cet écart persiste-t-il une fois les deux groupes rendus comparables quant à leurs caractéristiques sociodémographiques ?

Finalement, l'impact de la tempête de verglas sur les estimations provinciales de l'ESS98 a été évalué en tenant compte de la proportion de Québécois sinistrés et de l'estimation du rapport de prévalences ajusté entre les sinistrés et les non-sinistrés.

## Résultats

Les résultats de l'analyse portent sur les neuf variables de l'ESS98 susceptibles d'avoir été influencées. Les différences sont interprétées entre les sinistrés et les non-sinistrés, mais l'interaction entre le fait d'être sinistré ou non, la vague de collecte des données et les caractéristiques sociodémographiques ont aussi été étudiées.

1. Aucun des tests n'a permis de détecter une interaction significative entre le fait d'être sinistré ou non et la vague de collecte dans un modèle visant à expliquer une mesure de santé, ce qui veut dire que **l'écart entre les sinistrés et les non-sinistrés ne varie pas d'une vague à l'autre.**
2. Lorsque les variables sociodémographiques sont considérées, **aucune différence significative n'est observée entre les personnes sinistrées et les personnes non sinistrées pour les cinq indices suivants** (tableau 3):
  - consommation de tranquillisants ;
  - consultation d'un professionnel de la santé autre qu'un médecin ;
  - indice de soutien social ;
  - perception de l'état de santé ;
  - fréquence de pratique d'activité physique de loisir.

3. Les variables sociodémographiques ne suffisant pas à expliquer les différences observées entre sinistrés et non-sinistrés pour les indices restants, l'étape suivante a consisté à vérifier si l'effet sur les mesures de santé n'était présent qu'à la première vague de collecte, période pendant laquelle la tempête a eu lieu (vague 1 comparée au regroupement des vagues 2, 3 et 4 ; pas de problème de santé comparé à au moins un problème de santé). Les résultats indiquent que **ces quatre mesures de santé distinguaient de façon significative les ménages sinistrés des ménages non sinistrés (tableau 4), mais la différence ne se concentrait pas à la première vague.**

Tableau 3

**Seuils de signification observés pour les neuf variables d'analyse lorsqu'on tient compte des variables sociodémographiques (vague en 4 catégories)**

Indices	Seuil du test sur le paramètre de PANNE dans le modèle sans interaction
Consommation de tranquillisant	0,23
Consultation d'un professionnel de la santé	0,043
Consultation d'un professionnel de la santé autre qu'un médecin	0,40
Nombre de problèmes de santé (3 catég.)	0,002
Indice de soutien social	0,21
Indice de détresse psychologique	0,041
Perception de l'état de santé	0,25
Fréquence de pratique d'activité physique	0,90
Consommation d'alcool (2 catégories)	0,007



L'écart entre sinistrés et non-sinistrés a aussi été estimé à l'aide du rapport de prévalences (tableau 5). Les résultats suivants sont obtenus pour chacune des quatre mesures de santé :

- **Consultation d'un professionnel de la santé et des services sociaux au cours des 2 dernières semaines :**  
À caractéristiques sociodémographiques semblables, la proportion de personnes ayant consulté un professionnel de la santé est 1,08 fois plus élevée chez les sinistrés que chez les non-sinistrés (et cet écart ne se concentre pas à la première vague). Puisqu'on estime qu'environ 35 % des Québécois ont été sinistrés, la proportion de 25,2 % de Québécois ayant consulté un professionnel de la santé, produite avec les données de l'ESS98, correspond à une surestimation de 0,7 % par rapport à ce qu'on aurait eu s'il n'y avait pas eu de tempête de verglas, soit environ 24,5 %.

**Tableau 4**

**Seuils de signification observés pour les quatre variables critiques après dichotomie de la variable vague (vague en 2 catégories) lorsqu'on tient compte des variables sociodémographiques**

Indices	Seuil du test d'interaction	Seuil du test sur le paramètre de PANNE dans le modèle final sans interaction
Consultation d'un professionnel de la santé	0,12	0,043
Nombre de problèmes de santé (2 catég.)	0,68	0,001
Indice de détresse psychologique	0,64	0,041
Consommation d'alcool (2 catég.)	0,47	0,007

- **Nombre de problèmes de santé (pas de problème comparé à au moins un problème) :**  
La différence entre sinistrés et non-sinistrés persiste toute l'année. Le rapport de prévalences est de 1,10. Sans la tempête, on aurait eu 64,3 % des Québécois qui auraient présenté au moins un problème de santé plutôt que la proportion de 66,2 % observée dans l'ESS98, ce qui représente une surestimation de 1,9 %.

Tableau 5

**Estimation des rapports de prévalences ajustés et modèles retenus pour expliquer les différences entre sinistrés et non-sinistrés pour les indices ayant révélé une différence significative (vague en 2 catégories)**

Indices	Rapport de prévalences ajusté entre sinistrés et non-sinistrés	Variables sociodémographiques retenues dans le modèle
Consultation d'un professionnel de la santé	1,08	L'âge, le sexe et la scolarité
Nombre de problèmes de santé (2 catég.)	1,10	La vague, l'âge, le sexe, la présence d'un enfant de moins de 15 ans, l'aire homogène et la scolarité
Indice de détresse psychologique	1,11	L'âge, le sexe, l'aire homogène et la scolarité
Consommation d'alcool (2 catég.)	(difficilement interprétable)	La vague, le sexe, la présence d'un enfant de moins de 15 ans et l'aire homogène

- **Indice de détresse psychologique (catégorie élevée de l'indice) :**  
Le rapport de prévalence s'établit à 1,11. Sans la tempête, 19,3 % des Québécois auraient été classés dans la catégorie

élevée de l'indice de détresse psychologique au lieu des 20,1 % observés dans l'ESS98, d'où une surestimation de 0,8 %.

- **Consommation d'alcool (0-13 consommations comparé à 14 consommations et plus) :**  
Comme pour les indices précédents, la proportion de personnes ayant consommé quatorze consommations et plus dans la dernière semaine ayant précédé l'enquête parmi les sinistrés et les non-sinistrés présente une différence significative. Toutefois la différence observée ne va pas dans le sens attendu : en proportion, les personnes sinistrées ont été **moins nombreuses** à prendre quatorze consommations et plus que les personnes non sinistrées, résultat qui persiste toute l'année et qu'il est difficile d'interpréter dans le cadre du modèle utilisé.

En résumé, pour l'analyse de l'impact sur les données de l'ensemble du Québec, les différences observées sur un petit nombre d'indices de santé entre les deux types de ménage sont plutôt faibles, constantes dans le temps et ne se concentrent pas à la première période de collecte (de janvier à mars 1998).

## ANALYSE DES DONNÉES – RÉGIONS

### Méthode

L'analyse régionale a porté sur les régions ayant présenté un nombre moyen de jours sans électricité par ménage supérieur à un jour : Estrie-Laval-Laurentides, Montréal-Centre, Outaouais (supérieur ou égal à deux jours) ; Montérégie (supérieur ou égal à quatre jours, puis une semaine ou plus) (tableau 6).

Étant donné la variabilité de la durée des pannes entre les régions retenues, l'indice PANNE (ménage sinistré/ménage non sinistré) diffère d'un regroupement de régions à l'autre (l'indice a été établi de sorte qu'il y ait au moins 20 % de la population régionale qui soit considérée comme sinistrée).

L'analyse régionale a été restreinte aux indices ayant présenté des différences notables lors des analyses provinciales, à savoir les

quatre indices dont les résultats pour le Québec sont précédemment présentés, auxquels la perception de l'état de santé a été ajoutée.

**Tableau 6**  
**Statistiques descriptives concernant**  
**les régions sociosanitaires**

Région sociosanitaire	Taille de l'échantillon	Nombre moyen de jours sans électricité par ménage	Nombre maximum de jours sans électricité
Bas-Saint-Laurent	1 535	0,001	1
Saguenay—Lac-Saint-Jean	1 824	0,02	13
Québec	1 277	0,01	3
Mauricie—Bois-Francs	1 452	0,69	26
<b>Estrie</b>	1 470	<b>1,39</b>	28
<b>Montréal-Centre</b>	2 968	<b>2,41</b>	30
<b>Outaouais</b>	1 822	<b>1,74</b>	25
Abitibi—Témiscamingue	1 602	0,004	2
Côte Nord	1 800	0,01	9
Nord-du-Québec	1 417	0,02	14
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	1 465	0,04	5
Chaudière—Appalaches	1 645	0,13	31
<b>Laval</b>	1 611	<b>1,39</b>	28
Lanaudière	1 604	0,18	30
<b>Laurentides</b>	1 514	<b>1,41</b>	31
<b>Montérégie</b>	3 061	<b>11,40</b>	88

### Résultats

Le tableau 7 présente les indices analysés ainsi que le seuil du test indiquant s'il y a une différence statistiquement significative entre

sinistrés et non-sinistrés, au seuil de 0,05. Quatre indices présentent, au niveau régional, des seuils indiquant une différence :

- consultation d'un professionnel de la santé ou des services sociaux (Montréal-Outaouais) ;
- consommation d'alcool (0-13 consommations ; 14 consommations et plus) (Montréal-Outaouais) ;
- perception de l'état de santé (Estrie-Laval-Laurentides) ;
- indice de détresse psychologique (Montérégie : moins d'une semaine de panne comparé à une semaine de panne ou plus).

**Tableau 7**

**Points de coupure utilisés pour chaque groupement de régions et seuil du test entre sinistrés et non-sinistrés au niveau régional**

<b>Points de coupure :</b>		
Estrie-Laval-Laurentides	≥ 2 jours	
Montréal-Outaouais	≥ 2 jours	
Montérégie	≥ 4 jours	
Montérégie2	1 semaine ou plus	
<b>Indices et régions</b>		<b>Seuil observé</b>
<b>Consultation d'un professionnel de la santé</b>		
Estrie-Laval-Laurentides		0,38
Montréal-Outaouais		<b>0,049</b>
Montérégie		0,88
Montérégie2		0,63
<b>Nombre de problèmes de santé (2 catégories)</b>		
Estrie-Laval-Laurentides		0,15
Montréal-Outaouais		0,82
Montérégie		0,50
Montérégie2		0,27

...suite

Tableau 7 (suite)

<b>Indice de détresse psychologique</b>	
Estrie-Laval-Laurentides	0,25
Montréal-Outaouais	0,16
Montérégie	0,73
Montérégie2	<b>0,079</b>
<b>Consommation d'alcool (en 2 catégories)</b>	
Estrie-Laval-Laurentides	0,90
Montréal-Outaouais	<b>0,009</b>
Montérégie	0,58
Montérégie2	0,56
<b>Perception de l'état de santé (en 2 catégories)</b>	
Estrie-Laval-Laurentides	<b>0,03</b>
Montréal-Outaouais	0,20
Montérégie	0,95
Montérégie2	0,68

Toutefois, lorsque les variables sociodémographiques sont incluses dans les modèles, comme ce fut le cas pour l'analyse provinciale, les résultats ne permettent pas de conclure à une relation entre les indices de santé mesurés et le verglas (tableau 8). Par contre, pour la consommation d'alcool, le même phénomène est observé qu'au niveau provincial : en proportion, les personnes sinistrées ont consommé **moins d'alcool** que les personnes non sinistrées, et ce, de façon constante durant l'année, résultat difficilement explicable à l'aide du modèle.

## CONCLUSION

Tant pour l'ensemble du Québec qu'au niveau régional, **même dans les régions les plus touchées**, l'étude n'a pas montré d'effets significatifs conjoncturels associés à la tempête de verglas de janvier 1998 sur les estimations produites dans l'*Enquête sociale et de santé 1998*. Aucune correction des données n'a été jugée nécessaire pour la comparaison des estimations avec celles de l'enquête *Santé Québec 1987* et de l'*Enquête sociale et de santé de 1992-1993*.

Tableau 8

**Seuil du test et modèles retenus pour expliquer  
les variations entre les sinistrés et les non-sinistrés  
pour les indices d'intérêt au niveau régional  
(vague en 2 catégories)**

Indices	Régions	Seuil du test entre sinistrés et non-sinistrés	Variables sociodémogra- phiques retenues dans le modèle
Indice de détresse psychologique	Montréal	0,13	L'âge
État de santé perçu (2 catég.)	Estrie, Laval, Laurentides	0,08	L'âge
Consultation d'un professionnel santé	Montréal, Outaouais	0,09	L'âge et le sexe
Consommation d'alcool (2 catég.)	Montréal, Outaouais	<b>0,01</b>	Le sexe, la présence d'un enfant de moins de 15 ans et l'aire homogène

**NOTE**

- 1 Les aires homogènes découpent le Québec en quatre zones : la métropole (région métropolitaine de Montréal), les capitales régionales (comme les RMR de Québec, de Chicoutimi), les autres agglomérations et villes et le rural. Chacune de ces zones est ensuite divisée en trois aires homogènes selon un indicateur socioéconomique : vulnérable, intermédiaire et peu vulnérable. Douze aires homogènes sont ainsi formées. Pour plus de détails, se référer à Pampalon et autres (1998).

## BIBLIOGRAPHIE

- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, DAVELUY, C., L. PICA, N. AUDET, R. COURTEMANCHE, F. LAPOINTE ET AUTRES (2000). *Enquête sociale et de santé 1998*, 2<sup>e</sup> édition, Québec, Institut de la statistique du Québec, 90 p.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, DAVELUY, C., L. PICA, N. AUDET, R. COURTEMANCHE, F. LAPOINTE, L. CÔTÉ et J. BAULNE (2001). *Enquête sociale et de santé 1998, – Cahier technique et méthodologique : documentation générale, volume 1*, Montréal, Institut de la statistique du Québec, 133 p.
- PAMPALON, R., G. RAYMOND, L. CAQUETTE et L. CÔTÉ (1998). *Révision du modèle des aires homogènes dans les enquêtes générales de Santé Québec*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 35 p.



**LES PRINCIPALES DIFFICULTÉS VÉCUES ET LES  
CONSÉQUENCES DE LA TEMPÊTE DE VERGLAS  
SUR LA SANTÉ ET LA VIE DES SINISTRÉS  
EN FONCTION DU MODE D'HÉBERGEMENT  
UTILISÉ : RÉSULTAT D'UNE RECHERCHE  
QUALITATIVE**

Danielle MALTAIS, Ph. D.  
Anne SIMARD, MSC  
Suzie ROBICHAUD, Ph.D.

**INTRODUCTION**

**E**n janvier 1998, des pluies verglaçantes estimées à plus de 75 mm en certains endroits (Mann et Drapeau, 1998) ont provoqué un effondrement des fils de transport d'énergie et des structures les soutenant. Environ 1 000 pylônes furent alors détruits, nécessitant la reconstruction de plus de 600 kilomètres de lignes de transport d'énergie électrique (Mann et Drapeau, 1998). Près de deux millions d'individus demeurant en Ontario, au Nouveau-Brunswick, en Montérégie et sur le territoire du Montréal métropolitain se sont retrouvés sans électricité pour des périodes variant de quelques heures à plusieurs semaines. Avec le refroidissement brutal de la température dans les jours qui ont suivi les précipitations de verglas, un paysage de désolation a affecté durement les personnes, les entreprises, les commerces et les institutions publiques. Exposées au froid, à l'obscurité, à l'impossibilité de circuler, des milliers de familles ont été contraintes de quitter leur domicile pour se réfugier chez des membres de leur famille, chez des amis ou dans des centres de dépannage. Plusieurs sinistrés ont décidé toutefois de demeurer dans leur propre domicile et d'accueillir des membres de leur parenté parce qu'ils avaient à leur disposition tout le matériel nécessaire pour assurer leur bien-être (génératrice, poêle au bois ou au gaz propane, etc.). Les agriculteurs ont été également contraints de demeurer à leur ferme étant donné qu'ils devaient assurer la survie de leurs animaux ou de leur entreprise.

Les informations fournies par la Commission scientifique et technique chargée d'analyser les événements relatifs à la tempête de verglas (1999), par la Régie régionale de la santé et des services sociaux (1999) et par les chercheurs mandatés par la Commission Nicolet (Charbonneau et Gaudet, 1998, 1998a) ont permis de mettre en lumière les principales difficultés qu'ont vécues la population et le réseau de la santé et des services sociaux pendant la crise. Mentionnons, à titre d'exemple, les décès directement attribuables à la tempête de verglas, la présence de stress et d'incertitude quant à la durée de la panne d'électricité, de très grandes difficultés à s'approvisionner en eau et en biens essentiels et une hausse significative des maladies infectieuses, respiratoires et des lésions traumatiques, etc.

Confrontés à une augmentation des demandes de services sociaux et de santé et à une hausse de la morbidité hospitalière, les intervenants responsables d'appliquer les mesures d'urgence ont vite été confrontés à une forte affluence de sinistrés en centres de dépannage et à un manque de ressources humaines et matérielles (Maltais, Robichaud, Simard, 2001a). Charbonneau, Ouellette et Gaudet (2000) soulignent que les sinistrés les plus durement touchés par la tempête de verglas ont été les familles avec jeunes enfants, les femmes seules et les locataires. Plus de 30 % des familles composées de deux adultes et un enfant ont d'ailleurs estimé avoir vécu un stress très important pendant la crise du verglas, tandis que 19 % des familles monoparentales se sont retrouvées dans la même situation (Charbonneau, Ouellette et Gaudet, 2000). Ce sont également ces deux types de ménages qui ont éprouvé le plus de problèmes d'argent, de garde d'enfants, de cauchemars et de stress pendant cette tempête (Charbonneau, Ouellette et Gaudet 2000).

Dans le but de documenter ce qu'ont vécu les sinistrés exposés à une tempête de verglas, une recherche qualitative a été réalisée, un an après ce sinistre, auprès de différents types de victimes vivant en milieu urbain ou rural. Cette recherche, en visant à recueillir le plus largement possible le point de vue des sinistrés sans orienter leurs réponses, a permis de connaître les réactions émotionnelles de ces derniers tout en identifiant les principaux problèmes vécus.

## CONSÉQUENCES DES TEMPÊTES HIVERNALES SUR LA SANTÉ BIOPSYCHOSOCIALE DES SINISTRÉS

Des conditions hivernales difficiles constituent une menace importante à la sécurité, à l'intégrité physique et psychologique des individus (Helburn, 1982). Dans le cadre de tempêtes de verglas et de perte d'électricité, les autorités publiques mentionnent que les intoxications alimentaires et celles au monoxyde de carbone ainsi que les cas de maladies infectieuses et de traumatismes sont souvent déclarés (Maltais, Robichaud et Simard, 2001a). D'ailleurs, Bellerose *et al.* (2000), dans une enquête sur les comportements à risque, les problèmes de santé et les impacts psychosociaux de la tempête de verglas, révèlent qu'au moins un sinistré sur dix a déclaré qu'un des membres de son ménage a eu soit des symptômes de gastroentérite, soit des blessures, a manifesté des problèmes de santé ou a eu recours à des services de santé pendant la tempête de verglas. Selon Mesa (1999), la tempête de verglas de janvier 1998 fut également à l'origine d'intoxications chez des travailleurs en raison du manque de ventilation dans certaines usines. Burke, Borus, Burns *et al.* (1982), dans une étude réalisée auprès de 64 enfants exposés à une tempête hivernale, mentionnent avoir constaté l'émergence de problèmes de comportements chez certains enfants (particulièrement chez les garçons) pour des périodes d'au moins cinq mois après l'exposition à ce type de sinistre. Pour sa part, le Département américain du commerce (2001) souligne que, chaque année, des douzaines de personnes meurent aux États-Unis à la suite de leur exposition au froid. De plus, l'accumulation de glace et de neige est également à l'origine de plusieurs accidents routiers ainsi que de problèmes de santé comme l'hypothermie et les engelures. Les hommes âgés de quarante ans et plus seraient les personnes les plus à risque de subir ces traumatismes ou ces problèmes de santé (Département américain du commerce, 2001).

Pendant les tempêtes de neige et de verglas, certains individus adoptent également des mesures dangereuses pour suppléer au manque de chauffage et d'électricité, pour déglacer leur toiture ou pour émonder les arbres endommagés par les pluies verglaçantes, mettant ainsi en péril leur santé et leur vie (Bellerose *et al.*, 2000 ; Département américain du commerce, 2001). Certains consomment également des aliments périssables non réfrigérés ou de la viande

recongelée à deux reprises (Bellerose *et al.*, 2000), comportements pouvant provoquer des problèmes de gastroentérite.

## **OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE**

Cette étude réalisée à l'été et à l'automne 1999 auprès de 78 sinistrés vivant en Montérégie poursuivait deux objectifs. Le premier visait à documenter l'ampleur et les types de problèmes vécus par les familles avec jeunes enfants et les agriculteurs, tandis que le deuxième permettait d'identifier les répercussions de la tempête de verglas sur la santé biopsychosociale et la vie familiale des sinistrés.

Pour être inclus dans l'étude, les participants devaient avoir été privés d'électricité pendant au moins quinze jours. Les noms des chefs de ménage des familles avec jeunes enfants ont été choisis au hasard à partir de listes de sinistrés ayant déjà répondu à un questionnaire administré par la Direction de la santé publique de la Montérégie, tandis que les agriculteurs ont été sélectionnés au hasard à partir d'une liste de noms de sinistrés fournie par l'Union des producteurs agricoles (UPA). Les sinistrés étaient par la suite répertoriés en fonction de leur milieu de vie (rural ou urbain) et de la stratégie d'accommodation privilégiée pendant la durée de la panne d'électricité (demeuré à domicile, hébergé chez des parents, amis ou voisins ou hébergé dans un centre de dépannage). Les personnes sélectionnées étaient contactées par un intervieweur et les entrevues se déroulaient au domicile des participants. En cas de ménages formés de deux adultes, les entrevues se déroulaient en couple. Au total, 54 membres de familles avec jeunes enfants et 24 agriculteurs ont répondu à une vingtaine de questions ouvertes.

Le guide d'entrevue permettait de réaliser des entrevues semi-dirigées (questions ouvertes préalablement rédigées) abordant divers thèmes comme les réactions-émotions lors de la tempête de verglas, les obstacles, les difficultés et les éléments facilitateurs relatifs à la relocalisation temporaire, les dommages et les pertes encourues, les répercussions de la tempête de verglas sur la santé physique et la vie familiale, etc. L'utilisation de fiches signalitiques permettait d'obtenir des renseignements de base sur les caractéristiques socio-

démographiques des répondants ainsi que des informations sur leurs conditions de logement.

## RÉSULTATS

### **Caractéristiques sociodémographiques des répondants**

La majorité des répondants des familles avec jeunes enfants sont de sexe féminin (67,3 %) tandis que 95,7 % des agriculteurs sont des hommes. Indépendamment de leur statut, la plupart des répondants sont peu scolarisés (secondaire V ou moins) et demeurent dans une maison familiale dont ils sont propriétaires. Un peu plus de la moitié des familles avec jeunes enfants (53,0 %) utilisent l'électricité comme seul moyen de chauffage, tandis que 79 % des agriculteurs utilisent l'eau chaude pour chauffer leur demeure. L'âge moyen des agriculteurs est de 45 ans, tandis que celui des membres des familles avec jeunes enfants est de 41 ans. Au moment de l'enquête, dix répondants des familles avec jeunes enfants étaient sans emploi.

### **Les difficultés, les réactions et les sentiments des sinistrés étant demeurés dans leur propre domicile**

La presque totalité des répondants interviewés croyait que la panne d'électricité n'allait durer qu'une journée ou deux. Calme, sérénité et absence d'inquiétude caractérisent donc les premières réactions des répondants, comme en font foi les propos suivants :

*Nous pensions que cela était temporaire, je cuisinais avec un réchaud... C'était plutôt cocasse. (Famille avec jeunes enfants vivant en milieu urbain)*

*Nous n'étions pas inquiets au début parce que nous pensions que cela ne durerait que quelques heures. (Famille avec jeunes enfants vivant en milieu urbain)*

*On ne pensait pas que cela allait durer plus de trente jours. Nous n'étions pas nerveux. (Famille avec jeunes enfants vivant en milieu rural)*

L'accumulation graduelle du verglas sur les arbres, sur les toits et sur les infrastructures ainsi que l'absence du service d'électricité pendant plusieurs jours laissent toutefois la place à l'inquiétude. Les sinistrés ont peur que leur toiture s'effondre, ils craignent de se déplacer en voiture ou à pied et graduellement, ils commencent à éprouver des difficultés pour préparer leurs repas, pour s'éclairer et se chauffer.

Avec la couverture médiatique de la crise, les craintes sont amplifiées, car les sinistrés prennent conscience de la gravité de la situation. Certains paniquent et font face à de graves inquiétudes pour leur sécurité personnelle, la sécurité des membres de leur famille et celle de leurs animaux :

*En sortant de la maison, j'ai paniqué. J'ai pensé que c'était la guerre. J'avais peur que mon fils tombe sur moi. C'était comme la fin du monde... Je me suis inquiétée pour mes parents et mes beaux-parents. Je ne dormais plus, j'avais peur que les arbres tombent sur la maison...* (Famille avec jeunes enfants vivant en milieu urbain)

*J'avais peur de la noirceur, je paniquais.* (Famille avec jeunes enfants vivant en milieu urbain)

*Tout tombait, le bruit était très fort, c'était paniquant.* (Famille avec jeunes enfants vivant en milieu rural)

La plupart des agriculteurs (22 sur 24) et des familles avec jeunes enfants (16 sur 47) étant demeurés dans leur propre domicile durant toute la durée de la panne d'électricité avaient à leur disposition tout le matériel nécessaire pour assurer leur survie (système de chauffage d'appoint, chandelles, lampes à l'huile, équipement de camping, etc.). Le fait de posséder une génératrice et d'avoir accès à un approvisionnement suffisant en nourriture a été le principal facteur ayant incité ces répondants à demeurer dans leur propre domicile.

Plus de la moitié des familles étant demeurées dans leur propre domicile (10 sur 16) ont hébergé des proches. Au plan de l'organisation de la routine quotidienne, les répondants ont dû établir des règles de fonctionnement très strictes concernant la répartition des tâches, les soins d'hygiène, l'utilisation des biens requérant l'emploi

d'énergie (télévision, chaîne stéréo, etc.). Certaines des familles se sont regroupées dans une seule pièce afin de faciliter leur réchauffement. Aux dires des répondants, la préparation des repas, l'alimentation continue en combustibles et en eau potable ainsi que les interruptions régulières du sommeil (afin de s'assurer que la maison était bien chauffée) ont représenté des difficultés importantes.

*Pour s'alimenter en eau, il fallait faire fondre de la neige.*  
(Famille avec jeune enfant vivant en milieu urbain)

*Il a fallu installer une routine. Chacun avait des tâches à faire.*  
(Famille avec jeunes enfants vivant en milieu urbain)

*Mon mari chauffait le poêle à bois, ma sœur faisait à manger, moi je m'occupais des enfants... Ce n'était pas facile de préparer les repas.* (Famille avec jeunes enfants vivant en milieu urbain)

Malgré la présence d'embûches importantes, la plupart des familles étant demeurées dans leur propre domicile ont mentionné que le climat d'entraide et d'échanges réciproques a été des plus agréables. De plus, beaucoup de répondants ont éprouvé un sentiment d'autosuffisance et d'autonomie, et se sentaient en sécurité dans leur domicile.

*Nous étions bien à la maison. Nous nous sentions en sécurité. Nous étions capables de nous organiser.* (Famille avec jeunes enfants vivant en milieu urbain)

*Le climat était excellent, c'était une atmosphère de fête.*  
(Famille avec jeunes enfants vivant en milieu urbain)

Certaines familles ont toutefois éprouvé des réactions et des sentiments négatifs et ont fait face à d'importantes difficultés. Pour les familles demeurant en milieu urbain, le confinement à domicile, le manque d'activités ainsi que le sentiment de solitude et d'isolement ont été les principaux sentiments négatifs mentionnés. Les familles demeurant en milieu rural ont, pour leur part, mentionné les sentiments négatifs suivants : fatigue, déprime, craintes de bris d'équipement, sentiment d'abandon, d'isolement, d'ennui ainsi que peur de mourir gelé. Ce témoignage est d'ailleurs très éloquent :

*Nous étions très fatigués et un peu déprimés... Nous nous sentions abandonnés, isolés. J'avais peur de ne pas me réveiller et de mourir gelé. (Famille avec jeunes enfants vivant en milieu rural)*

Chez les agriculteurs, le fait de demeurer à domicile s'est imposé en raison de leurs activités commerciales et de la présence d'animaux. Plusieurs des agriculteurs étant demeurés dans leur domicile (22 sur 24) ont aussi hébergé d'autres sinistrés (10 sur 22). Certains ont accueilli jusqu'à douze personnes pour des périodes pouvant varier de quelques jours à plus d'un mois.

La continuité des activités agricoles et l'utilisation constante de génératrices ont représenté les principales difficultés rencontrées par ces sinistrés. En effet, l'acquisition et l'entretien des génératrices ainsi que l'approvisionnement en essence ont été d'importantes sources de stress, comme le démontrent les propos suivants :

*Nous avons des problèmes d'approvisionnement en diesel et nous devons emprunter une génératrice. Un jour chez-moi, un jour chez le voisin, le transport n'était pas facile.*

*Il y avait des risques d'endommager les moteurs et les équipements qui fonctionnaient 24 heures sur 24.*

*Après trois jours, la génératrice est tombée en panne. Nous en avons emprunté une autre à l'Association des producteurs agricoles, mais elle est également tombée en panne... Nous avons eu aussi des difficultés à rejoindre le fournisseur de diesel.*

Plusieurs ont également craint pour la sécurité, la santé ou la survie de leurs animaux. D'ailleurs, un des sinistrés a déclaré : « Une heure et demie sans électricité et toutes nos poules seraient mortes. On s'inquiétait pour la génératrice ». La dévastation des boisés et des érablières ainsi que le bris des équipements ont aussi découragé plusieurs producteurs agricoles. Certains ont également craint que les toits de leurs bâtiments s'effondrent en raison de l'accumulation de glace et plusieurs ont été préoccupés par les conséquences à long terme de la tempête de verglas (maladie des animaux, perte de revenu, etc.).



Plusieurs ont fait face à la tristesse, à la fatigue et à l'épuisement étant donné les difficultés à obtenir de l'aide pour l'accomplissement des tâches d'alimentation, d'entretien et de soin des animaux. D'autres ont relaté avoir été bouleversés devant le décès de certaines de leurs bêtes.

*Nous avons beaucoup d'inquiétudes. C'était dur et triste de voir les arbres, la terre que l'on aime tant être décimés. On en prend soin, on les élève. On pensait que l'on ne pourrait pas entailler le printemps prochain.*

*Ce n'était pas les dommages qui étaient préoccupants, c'était la survie.*

*Ma plus grande difficulté a été celle d'assurer la survie de mes animaux.*

### **Les difficultés, les sentiments et les réactions des familles avec jeunes enfants ayant séjourné chez des proches**

Au cours de la tempête de verglas, nombreuses sont les familles qui ont dû effectuer plus d'un changement de milieu de vie. La moyenne se situe à 1,8, mais certains répondants ont changé cinq fois de lieu d'hébergement pour des périodes variant de 19 à 27 jours. Quatre des treize familles hébergées chez des proches se sont finalement retrouvées en centre de dépannage pour quelques jours.

La plupart des répondants ayant quitté leur domicile pour se réfugier chez des proches, qu'ils proviennent de municipalités rurales ou urbaines, ont pris leur décision en famille à la suite d'invitations de parents ou d'amis. Leur arrivée chez ces proches n'a pas constitué la fin de leurs difficultés, car plusieurs répondants ont déclaré avoir vécu des moments d'inquiétude et de stress. Ils ont également été confrontés à des embûches qui ont nui à leur qualité de vie.

*La vie quotidienne était compliquée. Tout le monde était fatigué. (Famille avec jeunes enfants vivant en milieu rural)*

*Après deux semaines, la vie et les rapports avec les enfants étaient plus difficiles et il fallait faire attention de ne rien briser. (Famille avec jeunes enfants vivant en milieu rural)*

*Après un certain temps, le climat était difficile. Les parents se chicanaient, les enfants aussi. Mon mari avait trois maisons à surveiller... Lorsqu'on a eu une génératrice, le beau-père voulait écouter la télévision, mon mari voulait dormir et les enfants ne pouvaient pas aller jouer dehors. La vie commune fut difficile. (Famille avec jeunes enfants vivant en milieu urbain)*

Les difficultés rencontrées ont été d'ordres relationnel, émotionnel, physique, matériel et organisationnel. En ce qui a trait aux aspects relationnels, les répondants ont fait mention de la présence de tension, de frustration et de conflits avec les hôtes ainsi que des difficultés d'adaptation des parents ou des amis à la présence d'enfants et d'adolescents.

Les difficultés matérielles, physiques ou organisationnelles font référence, quant à elles, aux modifications dans les habitudes de vie ainsi qu'à la promiscuité, au fonctionnement des génératrices et aux déplacements rendus difficiles en raison de l'accumulation du verglas sur les routes. La pénurie de biens essentiels, l'approvisionnement en eau chaude et la préparation des repas dans des conditions non conventionnelles ont aussi représenté des obstacles importants. Le soin des animaux domestiques demeurés dans les maisons abandonnées et la surveillance constante de ce dernier ont également perturbé les habitudes de vie des sinistrés ayant séjourné chez des proches. Les difficultés ou les problèmes d'ordre émotionnel incluent, pour leur part, le manque de soutien social, l'ennui, le sentiment de déranger ainsi que la présence simultanée d'événements de la vie difficile à vivre (maladie, décès, hospitalisation d'un proche).

En milieu urbain, l'expulsion ou l'obligation de quitter ses proches sans préavis a également été mentionné comme difficulté. Malgré les problèmes rencontrés, la plupart des répondants ont apprécié l'aide apportée par leurs proches et ont souligné qu'en général, l'ambiance était agréable mais qu'ils demeuraient anxieux et stressés face à la situation.

### **Les difficultés, les réactions et les sentiments des familles ayant séjourné en centres de dépannage**

Les familles avec jeunes enfants hébergés en centre de dépannage demeurent, avec les agriculteurs, les sinistrés ayant vécu le plus de difficultés pendant la tempête de verglas. En ce qui a trait aux problèmes d'ordre relationnel, les familles mentionnent que la présence de jeunes enfants et d'adolescents turbulents ou indisciplinés, les attitudes de mépris, d'abus de pouvoir et de manque de reconnaissance de certains responsables et bénévoles de centres de dépannage ainsi que l'exposition à des conflits et à des querelles entre sinistrés ont été les principales difficultés rencontrées. Au plan organisationnel, les principaux obstacles nommés font surtout référence à l'inconfort et à la mauvaise gestion des centres de dépannage, à l'absence de règles et au manque d'information sur la situation. Les témoignages suivants sont d'ailleurs très révélateurs :

*Ce n'était pas très confortable, il n'y avait pas de douche et il fallait surveiller nos affaires. Tout le monde couchait par terre. Vers la fin de la semaine, les gens sont devenus très nerveux, il y a eu des chicanes de familles... (Famille avec jeunes enfants vivant en milieu rural)*

*C'était infernal au centre paroissial... C'était froid, c'était sale... les chicanes étaient difficiles à supporter. (Famille avec jeunes enfants vivant en milieu rural)*

*Les responsables ne voulaient rien savoir d'écouter les gens, leurs besoins. Les gens étaient très affectés par cette situation. (Famille avec jeunes enfants vivant en milieu rural)*

*Il y avait des indésirables, certains sinistrés étaient agressifs... C'était une expérience traumatisante. (Famille avec jeunes enfants vivant en milieu urbain)*

*À la polyvalente, c'était l'enfer... C'était pas un milieu pour les enfants à cause de la drogue et de l'alcool. Plus il y avait de monde, moins c'était vivable... (Famille avec jeunes enfants vivant en milieu urbain)*

Le bruit, le froid, la promiscuité ainsi que le manque de tranquillité ont également constitué des stressseurs importants. Les données

recueillies auprès de ces sinistrés ont également permis de constater que certains répondants ont perçu une grande menace à leur intégrité physique et à celle de leurs enfants.

En ce qui a trait aux problèmes d'ordre émotionnel, les sinistrés ayant séjourné en centres de dépannage sont nombreux à avoir mentionné la présence de craintes en raison de l'obscurité et des bruits causés par les chutes d'arbres. D'autres ont fait part de leur démoralisation générale liée à la prolongation de la panne. Le manque d'écoute des bénévoles, l'absence d'intimité ainsi que certains comportements de sinistrés comme l'agressivité, le manque de discernement et l'abus ont également représenté des sources de stress importants. L'absence de contact avec l'extérieur et la constatation que les proches ne pouvaient pas aider a aussi miné le moral de certaines personnes. Les données recueillies auprès des membres des familles avec jeunes enfants semblent démontrer que les sinistrés vivant en milieu rural ont vécu davantage de difficultés de toutes sortes que les sinistrés vivant en milieu urbain. Le fait d'avoir pu contribuer au bon fonctionnement des centres de dépannage en tant que bénévoles a par ailleurs facilité le séjour des sinistrés. L'établissement de règles, l'organisation d'activités ludiques ou récréatives pour les enfants ainsi que des conditions matérielles adéquates ont également permis d'améliorer les conditions de vie des sinistrés séjournant en centres de dépannage.

### **Les modifications de la santé physique ou psychologique**

Indépendamment de leur stratégie d'accommodation, plus de la moitié des répondants ont fait état de problèmes de santé physique ou psychologique pendant la crise et peu de temps après. Plusieurs ont aussi fait mention de différentes blessures subies pendant les deux mêmes périodes. Les principaux problèmes de santé qui ont été répertoriés sont les gripes, les gastro-entérites, la fatigue, l'épuisement physique ou psychologique ainsi que les problèmes de sommeil et d'hypertension. Certains répondants ont aussi fait mention de sinusites, de bronchites, de laryngites, d'amygdalites et de douleurs musculaires et articulaires. Le tableau 1 présente les principaux problèmes de santé mentionnés par les répondants en fonction de leur stratégie d'accommodation. L'analyse de ce tableau

démontre que les répondants vivant en centres d'hébergement et ceux demeurés à domicile ont surtout souffert de problèmes de santé physique, tandis que les sinistrés ayant séjourné chez des membres de leur entourage ont surtout dû faire face à des problèmes psychologiques. Au moment de l'enquête, soit dix-huit mois après la tempête de verglas, douze des quarante-huit personnes ayant mentionné la présence de problèmes de santé déclaraient toujours la persistance de ceux-ci. Il s'agit de complications dues à des fractures ou à des chutes sur la glace, de grande fatigue, de problèmes d'allergies et de crise de panique.

### **Les modifications de la vie familiale**

Il est intéressant de souligner que les sinistrés ont fait part d'un nombre plus élevé de changements positifs (N=36) que négatifs (N=28) en ce qui a trait aux modifications de leur vie familiale pendant ou après la tempête de verglas. C'est ainsi que, durant la crise, les répondants des familles avec jeunes enfants ont souligné que le rapprochement affectif avec les membres de leur entourage et l'amélioration des relations parentales et conjugales ont été les principaux changements positifs de leur vie familiale. Ces changements ont pu se réaliser grâce à la répartition équitable des tâches domestiques ou lors de l'organisation d'activités récréatives. L'absence de services d'électricité et de téléphone, l'impossibilité de regarder la télévision ou de se rendre au travail ont aussi permis un resserrement des liens entre les parents et les enfants lors de l'accomplissement d'activités ludiques. Le fait de se retrouver plusieurs sinistrés dans des espaces restreints a également été l'occasion de retrouvailles familiales.

Chez les agriculteurs, le principal changement positif à la vie familiale a été celui du support moral du conjoint et des enfants ainsi que celui des membres de leur famille élargie. Les répondants ont aussi beaucoup apprécié l'engagement de leurs proches lors de la réalisation des travaux reliés à leur entreprise.

Tableau 1

**Principaux problèmes de santé physique ou  
psychologique selon les stratégies d'accommodation  
utilisées par les sinistrés**

Problèmes	Mode d'hébergement		
	à domicile	chez des proches	en centres de dépannage
<b>Santé physique</b>			
• Fractures, luxations entorses, tendinites	x		
• Douleurs musculaires	x		
• Grippe	x	x	x
• Perte de poids	x		
• Problèmes respiratoires		x	
• Gastroentérites			x
• Nausées			x
• Hypertension			x
Fatigue, épuisement	x	x	x
Sinusites, laryngites, bronchites, amygdalites		x	x
<b>Santé psychologique</b>			
• Stress, crise de panique	x	x	
• Sentiments dépressifs	x		x
• Fatigue psychologique		x	
• Épuisement	x	x	

Malheureusement, pendant la crise du verglas, certains sinistrés ont aussi fait part que leur vie familiale a été altérée par des situations

difficiles. Le tableau 2 présente ces changements. Après la tempête, tous les sinistrés mentionnent un retour à la vie normale.

**Tableau 2**

**Les changements ou les aspects négatifs de la vie familiale selon les catégories de sinistrés**

<b>Familles urbaines</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les restrictions inhabituelles à imposer aux enfants ou aux adolescents</li> <li>• L'agressivité et l'impatience générées chez le répondant ou son conjoint par les conditions de vie en centre d'hébergement</li> <li>• L'éloignement physique du conjoint</li> <li>• La présence non désirée de membres de la famille élargie</li> <li>• Les responsabilités parentales accrues</li> <li>• Le stress et les tensions vécus</li> <li>• Le mauvais accueil de la part des proches</li> <li>• Le développement ou la présence de maladies physiques ou de difficultés psychologiques</li> </ul>
<b>Familles rurales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le refus des parents âgés d'accepter l'aide offerte</li> <li>• L'absence ou les difficultés de communication (absence de service téléphonique)</li> <li>• Les réactions difficiles du conjoint au stress et aux inquiétudes</li> <li>• L'intolérance manifestée à l'égard des enfants</li> <li>• Le surcroît de travail</li> <li>• La fatigue</li> <li>• Le manque d'intimité</li> </ul>
<b>Agriculteurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les soucis du conjoint générés par l'inquiétude et les difficultés financières suscitées par la crise</li> <li>• L'impatience</li> <li>• Les disputes et les conflits conjugaux</li> <li>• Le manque d'intérêt à la participation aux tâches quotidiennes chez les proches hébergés</li> <li>• Les manifestations d'insatisfaction face à la répartition des tâches domestiques entre conjoints</li> <li>• Le décès de proches</li> <li>• Le manque de reconnaissance des proches hébergés</li> <li>• L'épuisement et la fatigue</li> <li>• Le surcroît de travail</li> </ul>

## CONCLUSION

Chaque sinistre amène son lot de problèmes. La manière dont un désastre affecte les sinistrés varie en fonction de plusieurs variables, dont celle des stratégies d'adaptation utilisées. Dans le cadre de la tempête de verglas, il semble bien que les agriculteurs et les familles ayant séjourné en centres de dépannage ont été les sinistrés les plus affectés pendant la tempête de verglas. Heureusement, les modifications de la vie familiale et de la santé physique ont été de courte durée pour la majorité des répondants. Il n'en demeure pas moins important d'apporter une attention particulière aux conditions d'hébergement des sinistrés et au soutien social requis pour surmonter les difficultés reliées à une interruption prolongée des services essentiels.

## BIBLIOGRAPHIE

- BELLEROSE, C. *et al.* (2000). *Le verglas de 1998... L'expérience des Montérégiens*, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie.
- BURKE, J.D., J.F. BORUS, B.J. BURNS, K.H. MILLSTEIN et M.C. BEASLEY (1982). « Changes in Children's Behavior after a Natural Disaster », *American Journal of Psychiatry*, vol. 139, n° 8, p. 1010 - 1014.
- CHARBONNEAU, J. et S. GAUDET (1998), *Les solidarités spontanées durant la tempête de verglas*, deuxième rapport final du volet psychosocial présenté à la Commission scientifique et technique chargée d'analyser les événements relatifs à la tempête de verglas survenue du 5 janvier au 9 janvier 1998, INRS-Urbanisation, 8 octobre.
- CHARBONNEAU, J., S. GAUDET et F.R. OUELLETTE (1998a), *Les impacts sociaux et psychosociaux de la tempête du verglas : une réflexion issue des enquêtes menées auprès des sinistrés*, rapport final du volet psychosocial présenté à la Commission scientifique et technique chargée d'analyser les événements relatifs à la tempête de verglas survenue du 5 janvier au 9 janvier 1998, INRS-Urbanisation, 8 octobre.



CHARBONNEAU, J., F.R. OUELLETTE et S. GAUDET (2000). « Les impacts psychosociaux de la tempête de verglas », *Santé mentale au Québec*, vol. XXV, n° 1, p. 138-163.

COMMISSION SCIENTIFIQUE ET TECHNIQUE CHARGÉE D'ANALYSER LES ÉVÉNEMENTS RELATIFS À LA TEMPÊTE DE VERGLAS SURVENUE DU 5 AU 9 JANVIER 1998 (1999) (Commission Nicolet). *Études sectorielles du rapport. Les impacts sociaux, économiques et environnementaux*, Les publications du Québec, 7 avril.

DÉPARTEMENT AMÉRICAIN DU COMMERCE (2001). *Winter Storms : the Deceptive Killers*, National Oceanic and Atmospheric Administration, National Weather Service, [www.nws.noaa.gov](http://www.nws.noaa.gov)

HELBURN, N. (1982). « Severe Winter Storms as Natural Hazards », *Great Plains-Rocky Mountain Geographical Journal*, vol. 10, n° 1, p. 86 - 95.

MALTAIS, D., S. ROBICHAUD et A. SIMARD (2001a). *Désastres et sinistrés*, Éditions JCL, coll. Au cœur des catastrophes, Chicoutimi.

MALTAIS, D., S. ROBICHAUD et A. SIMARD (2001b). *Les conséquences de la tempête de verglas sur la santé biopsychosociale des sinistrés (familles, personnes âgées et agriculteurs) en fonction du mode d'habitation*, rapport de recherche, Chicoutimi, GRIR-UQAC, coll. Notes et rapport de recherche.

MANN, B.W. et J.C. DRAPEAU (1998). « Dur coup pour Hydro-Québec et Ontario Hydro », *Revue de la Protection civile*, vol. 25, n° 2, p. 10-12.

MESA, A.M. (1999). « La santé publique de la Montérégie. Au service des travailleurs », *Revue de la protection civile*, vol. 12, n° 1, p. 15 - 16.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE (1998). *Mémoire de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie présenté à la Commission scientifique et technique chargée d'analyser les événements relatifs à la tempête de verglas survenu du 5 janvier au 9 janvier 1998*, 9 septembre.



# ÉPIDÉMIE D'INFLUENZA DURANT LA CRISE DU VERGLAS EN MONTÉRÉGIE

Maryse GUAY, M.D., M.Sc., FRCPC

## INTRODUCTION

**L'**influenza, communément appelée la grippe, est une infection virale des voies respiratoires qui survient chaque année, généralement à la fin de l'automne et pendant les mois d'hiver, sous forme d'éclosions et d'épidémies d'évolution rapide (Comité consultatif national de l'immunisation [CCNI], 1998). L'influenza peut engendrer une morbidité importante et des complications sérieuses, voire le décès, en particulier chez les personnes souffrant de maladies chroniques et les personnes âgées (CCNI, 1998 et 1999 ; Advisory Committee on Immunization Practices [ACIP], 1999). Les centres hospitaliers de soins de courte durée (CHCD) et centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) sont des milieux propices à la transmission d'influenza A et des éclosions y ont souvent rapportées (Nicholson et coll., 1998).

Durant la crise du verglas en Montérégie en 1998, une épidémie d'influenza A a particulièrement frappé la région. Cette épidémie a touché non seulement trois centres hospitaliers du secteur le plus atteint par la panne de courant, mais aussi cinq CHSLD et au moins neuf centres de services pour sinistrés (CSS).

Nous décrivons ici le contexte, l'épidémie et les activités de vaccination réalisées. Nous expliquerons comment l'épidémie d'influenza a pris un caractère exceptionnel et nous terminerons par une analyse critique des interventions mises en œuvre dans la gestion de l'épidémie.

## CONTEXTE ET CHRONOLOGIE DES ÉVÉNEMENTS

Du 5 au 9 janvier 1998, une importante tempête de verglas s'est abattue sur le sud-ouest du Québec, affectant lourdement la région de la Montérégie. À compter du 6 janvier, une panne d'électricité généralisée suivit, touchant la majorité de la population. Le manque de courant et de chauffage a obligé l'hébergement de plusieurs centaines de personnes délogées de chez elles, dans des refuges souvent montés à la hâte qu'on a appelé des centres de services pour sinistrés (CSS). Ces centres accueillaient les personnes sans autres ressources mais autonomes, alors que les personnes plus vulnérables ont été accueillies dans divers établissements de santé de la région. On pouvait retrouver, dans ces CSS ou ces établissements, des conditions de promiscuité propices à la transmission d'infections respiratoires.

Durant la soirée du mercredi 14 janvier 1998, huit sinistrés hébergés dans une même unité d'un CHSLD ont présenté les symptômes suivants : fièvre de 40 °C, toux importante et frissons, symptômes compatibles avec la grippe. Dans ce CHSLD, on retrouvait alors 480 bénéficiaires réguliers auxquels s'ajoutaient environ 400 sinistrés hébergés à la suite des pannes de courant. Des prélèvements sur aspirations nasopharyngées pour recherche d'antigène pour influenza A se sont avérés positifs pour six d'entre eux. Les premières mesures de prévention et de contrôle furent alors entreprises. Selon la recommandation, ces mesures ont consisté globalement à prendre des précautions contre la transmission par gouttelettes et par contact, à faire du cohortage des cas, à administrer la chimioprophylaxie, soit de l'amantadine, et à immuniser les personnes qui ne l'étaient pas déjà (Groupe de travail provincial sur l'influenza en milieu fermé, 2000). Le lendemain, une centaine de cas répartis sur une quinzaine d'unités étaient répertoriés dans ce centre. Le vendredi 16 janvier, des cas d'influenza furent aussi déclarés dans le CH (278 lits) et un autre CHSLD (64 lits) de la même ville ainsi que dans un autre CH de 571 lits dans une autre ville à environ 60 kilomètres de l'endroit où les premiers cas avaient été observés. Des mesures de prévention et de contrôle ont été instituées dans chacun de ces établissements et une investigation plus approfondie fut réalisée dans la plupart des centres. Les objectifs de ces investigations étaient de soutenir les mesures de prévention et de contrôle, d'estimer

l'incidence et la prévalence ainsi que de suivre l'évolution de l'épidémie.

Devant la menace imminente d'une épidémie d'influenza dans toute la région, les responsables de la Direction de la santé publique de la Montérégie ont eu à déterminer s'il était nécessaire de procéder à une campagne de vaccination élargie contre la grippe dans les nombreux CSS identifiés, étant donné le contexte exceptionnel où les conditions de vie de la population à ce moment favorisaient la transmission de l'infection. Dans une pareille situation, plusieurs considérations doivent être évaluées pour prendre une telle décision. Les écrits en la matière corroborent l'impression d'alors à l'effet qu'en situation de désastres, la pression publique est forte pour agir afin de contrôler les maladies contagieuses et on perçoit souvent un besoin pour une vaccination de masse, ce qui n'est cependant pas forcément justifié (De Ville de Goyet, 1979). La décision de procéder à une campagne de vaccination a été prise selon un processus et les arguments décrits dans les lignes suivantes.

Les responsables de la Direction de la santé publique de la Montérégie ont consulté les autorités du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et des experts du Comité sur l'immunisation du Québec (le Comité sur l'immunisation conseille le MSSS sur les aspects scientifiques ayant trait aux questions d'immunisation). Un consensus a vite été établi sur la nécessité de procéder à des mesures de prévention et de contrôle dans les CH et les CHSLD où des cas d'influenza étaient identifiés, dans le but d'éviter la transmission à l'intérieur même des établissements à des personnes très vulnérables. Cependant, en dehors des établissements de soins, dans les CSS par exemple, les avis étaient partagés sur la conduite à tenir.

Bien qu'on ne connaissait pas avec précision la proportion de la population qui vivait dans ces CSS, on avait l'impression qu'une portion importante s'y trouvait (l'avenir nous apprendra qu'en fait, seulement 4 % de la population a vécu dans les CSS durant la crise du verglas (Bellerose et coll., 2000). On estimait que le couverture vaccinale contre l'influenza des personnes âgées vivant normalement dans la communauté, mais à ce moment dans les CSS, était approximativement de 40 % alors que pour les personnes atteintes

de maladies chroniques, la couverture vaccinale était probablement beaucoup plus faible.

Les considérations suivantes militaient en faveur d'une campagne visant à vacciner contre l'influenza dans les CSS :

- le virus de l'influenza était alors en circulation dans la région ;
- la vaccination contre l'influenza est une mesure efficace et habituellement recommandée lors d'éclotions ;
- les conditions d'intervention dans un contexte de prévention seraient probablement plus favorables que si on devait intervenir dans les CSS pour contrôler des éclotions ;
- le système de surveillance de l'influenza mis en place dans le contexte du verglas était fragile et sa capacité à bien déceler les cas ou les éclotions n'était probablement pas optimale, ce qui limitait les possibilités d'intervention une fois des cas déclarés ;
- les personnes âgées qui étaient dans les CSS allaient être hébergées probablement pour un certain temps encore ;
- à mesure que le temps passera, le personnel et les sinistrés seraient de plus en plus fatigués et fragilisés, ils deviendraient alors plus vulnérables à l'influenza ;
- dans la plupart des CSS, des contacts inhabituels surviennent entre des jeunes enfants et des personnes âgées, les jeunes enfants étant reconnus pour être un chaînon important dans la transmission de l'influenza.

Cependant les arguments qui suivent étaient plutôt défavorables à une campagne d'immunisation dans les CSS :

- l'acceptation de la vaccination est faible par la population visée en temps normal (les couvertures vaccinales sont de seulement 40 % pour les personnes de 65 ans ou plus) et les premiers résultats des interventions réalisées pour contrôler les éclotions dans les établissements où des cas ont été observés ont montré

que l'acceptation de la vaccination est insuffisante aussi chez les membres du personnel, ce qui laisse croire que l'acceptation ne serait probablement pas meilleure dans l'éventualité où on procéderait à des interventions de vaccination dans ces centres ;

- les ressources humaines qui seraient mobilisées pour une campagne de vaccination devraient être retirées d'autres tâches tout aussi importantes ;
- on ne savait pas si des vaccins étaient disponibles pour procéder à une campagne de vaccination, les doses de vaccins qui auraient pu rester de la campagne de l'automne dans les établissements ou cliniques médicales de la région devaient être considérées comme perdues depuis les pannes d'électricité ;
- il n'était pas certain qu'on ait la capacité d'organiser rapidement une vaste campagne de vaccination d'ici au retour à la normale ;
- il était possible que la tenue d'une campagne de vaccination à la hâte dans les CSS puisse générer un sentiment de panique ;
- le virus circulait déjà et les personnes à risque de complications qu'on voulait protéger avaient déjà été exposées ;
- il était difficile d'identifier les personnes à risque dans les CSS et de faire une sélection de ceux qui pourraient être vaccinés alors que d'autres ne pourraient pas, ce qui occasionnerait des insatisfactions dans les centres ;
- si une intervention était faite dans des CSS, il faudrait aussi chercher à rejoindre d'autres personnes qui étaient logées en dehors des CSS, mais dans des conditions tout aussi difficiles et propices à la transmission de l'influenza.

Tous ces éléments ont été pris en considération et il a finalement été décidé de procéder le plus rapidement possible à des interventions de vaccination contre l'influenza dans les CSS identifiés en utilisant des vaccins qui avaient été acheminés de régions non touchées et des vaccins gardés en réserve par le MSSS. C'est surtout l'éventualité d'apparition de cas d'influenza dans les CSS qui a motivé cette

solution. Il apparaissait quasi impossible de procéder à des mesures de cohortage, de chimioprophylaxie et de vaccination lorsque des cas seraient déclarés et la tenue d'une campagne de vaccination avant l'apparition de cas a semblé la solution la plus raisonnable.

C'est donc dans un climat d'urgence relative qu'une campagne de vaccination à travers les CSS et établissements du territoire a été organisée. Certaines de ces interventions ont été réalisées à l'initiative des responsables de la Direction de la santé publique de la Montérégie en collaboration avec les CLSC du territoire et l'Armée canadienne, et d'autres à l'initiative des responsables des établissements eux-mêmes avec ou sans la contribution de la Direction de la santé publique de la Montérégie. Dans certains cas, des professionnels des directions de la santé publique d'autres régions se sont ajoutés en renfort.

#### **DESCRIPTION DE L'ÉPIDÉMIE ET DES INTERVENTIONS**

Au total, près de 1 200 cas d'influenza ont été signalés dans la région en janvier 1998 (tableau 1). Dans trois CH, des éclosions importantes ont été observées et des cas de transmission nosocomiale ont été documentés à l'intérieur de ces CH. Dans deux de ces centres, des cas ont été observés parmi les membres du personnel soignant. Dans deux autres CH de la Montérégie, des cas sporadiques ont été répertoriés. Dans les CHSLD, près de 300 cas ont été signalés, autant parmi les bénéficiaires que parmi les membres du personnel. Enfin, on a rapporté des cas dans neuf CSS du territoire.

Dans les établissements les plus touchés, on a obtenu des données relatives aux résultats des interventions de prévention et de contrôle réalisées (tableau 2). Globalement, on a réussi à améliorer la couverture vaccinale contre l'influenza de manière plus importante chez les bénéficiaires que chez les membres du personnel. La chimioprophylaxie a été administrée à la majorité des bénéficiaires alors que l'acceptation de l'amantadine a été moins importante de la part des membres du personnel.



**Tableau 1**  
**Nombre de cas d'influenza parmi les résidents**  
**et les membres du personnel, déclarés selon le lieu**  
**en Montérégie en janvier 1998**

	Résidents	Personnel
<b>CH</b>		
Honoré-Mercier	196 dont 55 nosocomiaux	29
Charles LeMoynes	446 dont 43 nosocomiaux	11
Hôpital du Haut-Richelieu	276 dont 4 nosocomiaux	
2 autres	Cas sporadiques	
<b>CHSLD</b>		
5	234	50
<b>CSS</b>		
9	12	Non disponible
<b>TOTAL</b>	<b>1 164</b>	<b>90</b>

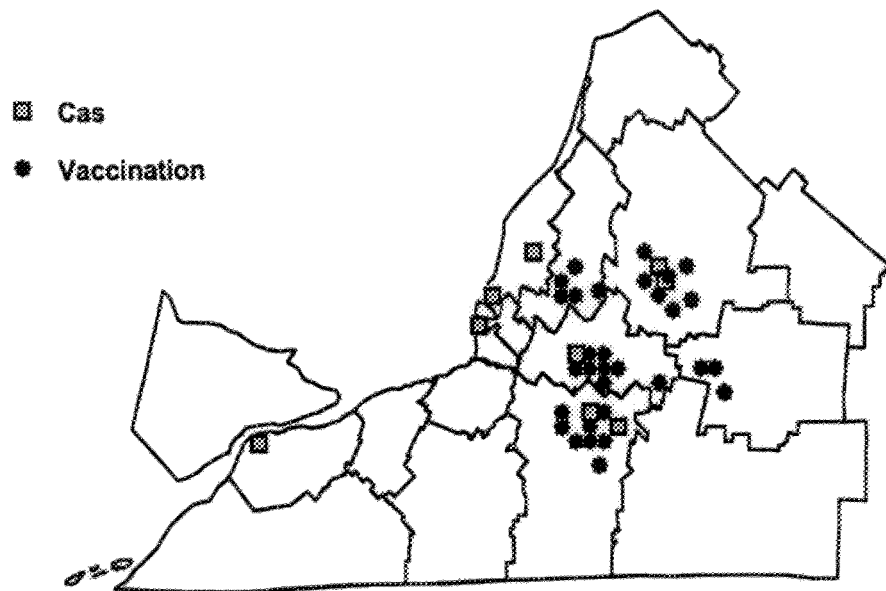
Dans les 34 CSS visités entre le 19 et 29 janvier pour offrir la vaccination contre la grippe, au total 416 personnes ont été immunisées dont environ le tiers étaient âgées de 65 ans ou plus. Sur le plan géographique, la majorité des cas d'influenza répertoriés l'ont été dans le secteur le plus sinistré ou à proximité du secteur (figure 1). Les interventions de vaccination se sont également concentrées dans le secteur le plus sinistré étant donné que c'est dans ce secteur qu'étaient situés les CSS ouverts pour une longue période. À l'échelle provinciale, il est intéressant de noter que l'épidémie d'influenza de la Montérégie a été observée environ trois semaines avant les autres régions du Québec. Cette observation est faite à partir des données du programme de surveillance de l'influenza réalisé par le Laboratoire de santé publique du Québec, programme basé sur les tests de laboratoire positifs pour l'identification de l'influenza A dans les hôpitaux du Québec. Ce décalage n'est pas observé habituellement.

**Tableau 2**  
**Couverture vaccinale influenza pré et post-intervention**  
**et couverture pour l'amantadine en post-intervention**  
**dans quelques établissements de santé en Montérégie en janvier 1998**

	<b>COUVERTURE</b> (% sauf des nombres pour l'Hôpital du Haut-Richelieu)					
	<b>VACCIN PRÉ</b>		<b>VACCIN POST</b>		<b>AMANTADINE</b>	
	<b>Résidents</b>	<b>Personnel</b>	<b>Résidents</b>	<b>Personnel</b>	<b>Résidents</b>	<b>Personnel</b>
CH Honoré-Mercier	16	8	63	37	84	31
Hôpital Charles LeMoynes		14		28		
Hôpital du Haut-Richelieu (nombres)				295		93
CHSLD Pavillon Hôtel-Dieu	47	10	81	30	97	36
CHSLD Andrée Perreault	52	1	86	39	73	44

En effet, si on compare les courbes épidémiques enregistrées en Montérégie et ailleurs au Québec lors de l'année précédente et lors des années ultérieures, elles se superposent dans le temps, alors que pour l'année 1997-1998, correspondant à l'année du verglas, comme mentionné plus haut, la courbe épidémique observée en Montérégie est devancée d'environ trois semaines par rapport à celle du reste du Québec. Autre fait frappant, le nombre total de cas d'influenza observés en Montérégie par ce même programme de surveillance représente 34 % des cas dénombrés au Québec en 1997-1998, alors que dans l'année précédente et les années subséquentes, la proportion des cas d'influenza de la Montérégie varie entre 12 % et 20 % des cas québécois.

**Figure 1**  
**Distribution des cas d'influenza et sites de vaccination**  
**Montérégie – janvier 1998**



## DISCUSSION

### L'épidémie

Durant la crise du verglas, plusieurs établissements et CSS de la Montérégie ont été touchés par une épidémie d'influenza qui a semblé prendre un caractère particulier, autant par son ampleur que sa précocité si on la compare au portrait épidémique du Québec. Il n'est pas étonnant que l'épidémie d'influenza ait pris un visage exceptionnel dans le contexte des événements entourant la crise du verglas. En effet, comme on l'a vu auparavant, les conditions de promiscuité générées par l'hébergement de la population sinistrée étaient propices à la transmission et à la propagation de la grippe. Également, on reconnaît que l'exposition au froid, dans le cas de désastres, entraîne une incidence plus élevée d'infections respiratoires (De Ville de Goyet, 1979). Certains sinistrés, probablement parmi les plus vulnérables ayant vécu des pannes de chauffage secondaires aux pannes d'électricité, ont pu être exposés au froid.

Il est cependant possible qu'un biais de surveillance explique plutôt ce qui est observé par une intensification des activités de surveillance de janvier 1998, afin de reconnaître les différents problèmes de santé publique. Ce biais ferait en sorte que des activités de surveillance moins soutenues en d'autres temps ne permettraient pas de déceler les épidémies d'influenza dans les établissements. De plus, un test diagnostique rapide de l'influenza A n'était disponible dans la région que depuis 1996. Cette nouveauté relative aurait pu rendre possible la détection de l'épidémie de façon plus précoce et augmenter artificiellement le nombre de tests en comparaison avec le reste du Québec, alors qu'en réalité la circulation du virus n'était pas différente dans la région. Cependant, deux arguments militent en défaveur de cette hypothèse.

Tout d'abord, le système de soins étant fortement perturbé et désorganisé par les pannes d'électricité, il est logique de croire qu'il y avait alors une moins bonne capacité à déceler la survenue d'une épidémie. Également, dans ce contexte d'organisation précaire, on limitait au strict minimum l'utilisation des tests de laboratoire. Comme l'épidémie décrite a pu être détectée malgré ces bouleversements, ceci laisse supposer qu'elle devait être très importante pour

qu'on la découvre. Deuxièmement, lors des années suivantes, le test rapide d'influenza A était toujours disponible et la courbe épidémique annuelle des cas d'influenza suit toujours celle du reste du Québec.

C'est pourquoi nous croyons qu'une interaction s'est produite entre l'épidémie d'influenza en Montérégie et la situation précaire générée par le verglas et les pannes de courant. À notre connaissance, une telle situation n'a jamais été décrite auparavant. Enfin, les excès de mortalité, de morbidité hospitalière et de morbidité extra-hospitalière par maladies de l'appareil respiratoire observés en Montérégie durant le mois de janvier 1998 (Régie régionale de la Montérégie, 1998) viennent renforcer l'hypothèse à l'effet qu'un phénomène particulier s'est produit faisant en sorte que l'épidémie d'influenza a touché de manière plus brutale la Montérégie dans le contexte du verglas de 1998.

### **Les interventions de vaccination**

Les mesures de cohortage, de vaccination et de chimioprophylaxie réalisées dans les établissements touchés par des éclosions sont reconnues comme relevant de bonnes pratiques de santé publique (Groupe de travail provincial sur l'influenza en milieu fermé, 2000). En ce qui a trait à la campagne de vaccination contre l'influenza dans les CSS, elle a mobilisé une quantité importante de ressources pour rejoindre seulement 416 personnes. À partir des estimations de l'enquête téléphonique réalisée auprès de la population de la Montérégie (Bellerose, 2000), on évalue qu'on aurait amélioré au mieux le taux de couverture vaccinale des personnes de 65 ans ou plus d'environ 5 %, ce qui est nettement insuffisant pour avoir eu un impact sur l'évolution de l'épidémie d'influenza A. Quelques personnes auront tout de même été protégées et on aura peut-être évité l'apparition de quelques cas. Cet insuccès relatif milite fermement en faveur de mesures énergiques afin d'améliorer la performance du programme annuel de vaccination contre l'influenza, ce qui a d'ailleurs été fréquemment recommandé (Guay et De Wals, 1998 ; MSSS, 1999, 2000, 2001).

Les écrits scientifiques sur les désastres naturels démontrent clairement que les campagnes de vaccination mises en place lors de désastres sont souvent inutiles (De Ville de Goyet, 1979 ; Toole, 1997). En effet, le risque d'épidémie est habituellement surestimé, de telles campagnes mobilisent des ressources qui pourraient être mieux utilisées autrement, elles requièrent une organisation matérielle souvent complexe et, enfin, il est difficile de rejoindre les groupes les plus vulnérables. Les campagnes de vaccination donnent même un faux sentiment de sécurité qui amène alors à négliger des aspects d'assainissement et d'éducation qui seraient parfois plus utiles pour prévenir et contrôler les problèmes (De Ville de Goyet, 1979 ; Toole, 1997).

La décision de procéder à une vaccination sélective lors de désastres naturels devrait alors tenir compte de la nature et de l'importance réelle du risque, de la durée de la période d'incubation et du délai nécessaire pour obtenir une immunité suffisante, du niveau d'immunité acquise dans la population, de la probabilité d'effets secondaires à la suite de la vaccination, des ressources disponibles et, enfin, de la demande pour la vaccination et de la pression du public (De Ville de Goyet, 1979).

Comme la menace de la grippe était réelle en janvier 1998, on aurait pu espérer une meilleure réponse de la part de la population ciblée. Il est possible que l'information à l'intérieur même des CSS concernant la tenue de séances de vaccination ait été déficiente et que plusieurs de ceux qui auraient pu bénéficier d'une vaccination n'aient tout simplement pas été informés. Le manque de succès de ces interventions peut s'inscrire dans le même courant du manque d'enthousiasme en général envers l'immunisation contre la grippe. Il était probablement illusoire de croire que le programme de vaccination contre l'influenza, qui rejoint mal la population ciblée en temps normal, puisse faire beaucoup mieux en situation de crise. De plus, comme la population devait déployer des efforts importants afin de subvenir à ses besoins essentiels, la prévention de la grippe ne devait pas être prioritaire à ce moment pour une large part des Montérégiens.

Enfin, un autre élément qui n'était pas connu à l'époque concerne la souche d'influenza en circulation. On sait que la protection conférée

par le vaccin dépend de la similitude entre la souche contenue au vaccin et la souche en circulation (Guay et De Wals, 2000). La souche Wuhan, incluse au vaccin, circulait en janvier 1998 au Québec. Également la souche Sydney, variante apparentée mais distincte sur le plan antigénique à la souche Wuhan, a commencé à circuler durant la même période (Li, 1999). Des résultats d'analyses effectuées ultérieurement ont démontré qu'au moins un des cas d'influenza de la Montérégie était infecté par cette dernière souche. La protection conférée par le vaccin n'était probablement pas optimale pour cette souche, ce qui a pu faire en sorte que l'épidémie observée en Montérégie en janvier 1998 ait été plus considérable.

## CONCLUSION

Une épidémie d'influenza A d'une ampleur importante a été observée en Montérégie lors de la crise du verglas. Tout laisse croire que le caractère particulier qu'a pris l'épidémie dépend des conditions exceptionnelles qui se retrouvaient à ce moment, situation qui n'aurait, à notre connaissance, jamais été décrite auparavant. Les conditions de vie de la population ont pu faire en sorte que l'épidémie ait pu se propager plus efficacement en Montérégie et ainsi atteindre une population fragilisée.

Cependant, malgré cette épidémie à caractère peu commun, les moyens qui ont pu être pris pour la freiner ont été limités. Dans les établissements de santé, des mesures comprenant le cohortage des cas, la chimioprophylaxie et la vaccination contre la grippe étaient justifiées. Dans les CSS, la campagne de vaccination qui a été lancée a malheureusement été peu efficace et a probablement eu un impact négligeable sur l'évolution de l'épidémie. Ce constat soulève encore l'importance d'améliorer les couvertures vaccinales contre l'influenza lors des campagnes annuelles.

## BIBLIOGRAPHIE

- ADVISORY COMMITTEE ON IMMUNIZATION PRACTICES (1999). « Prevention and control of influenza », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 48, n° RR4, p. 1 – 28.
- BELLEROSE, C. (2000). « Description de la panne d'électricité et des modes d'organisation », dans C. Bellerose (dir.), *Le verglas de 1998... l'expérience des Montérégiens*, Longueuil, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, p. 49-59.
- COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL DE L'IMMUNISATION (1998). *Guide canadien d'immunisation*, 5<sup>e</sup> édition. Ottawa, Santé Canada, 237 p.
- COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL DE L'IMMUNISATION (1999). « Déclaration sur la vaccination antigrippale pour la saison 1999-2000 », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, vol 25, p. 1-14.
- DE VILLE DE GOYET, C. (1979). « Maladies transmissibles et surveillance épidémiologique lors de désastres naturels », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, vol. 57, p. 153-165.
- GROUPE DE TRAVAIL PROVINCIAL SUR L'INFLUENZA EN MILIEU FERMÉ (2000). *Prévention, surveillance et contrôle de l'influenza en milieu d'hébergement et de soins de longue durée au Québec*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 74 p.
- GUAY, M. et P. DE WALS (2000). « Vaccination contre la grippe », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Montréal, Institut de la statistique du Québec, chapitre 23.
- LI, Y. (1999). « Saison grippale 1997-1998 : diagnostics portés par les laboratoires canadiens et caractérisation des souches virales », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, vol. 25-2, 5 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1999). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002. Vers l'atteinte des résultats attendus – 1<sup>er</sup> bilan*, Québec, Gouvernement du Québec, 146 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2000). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002. Vers l'atteinte des résultats attendus – 2<sup>e</sup> bilan*, Québec, Gouvernement du Québec, 203 p.



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2001). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002. Vers l'atteinte des résultats attendus – 3e bilan*, Québec, Gouvernement du Québec, 232 p.

NICHOLSON K.G., R.G. WEBSTER et A.J. HAY (1998). *Textbook of Influenza*, Cornwall, Blackwell Science, 578 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE (1998). Mémoire présenté à la Commission scientifique et technique chargée d'analyser les événements relatifs à la tempête de verglas de janvier 1998, Longueuil, Régie régionale de la santé et des services sociaux, 53 p. et annexes.

TOOLE, M.J. (1997). « Communicable Diseases and Disease Control », Dans E.K. Noji (Ed.), *The Public Health Consequences of Disasters*, New York, Oxford University Press, p. 79-100.



# L'IMPACT DES CATASTROPHES SUR LES COMPORTEMENTS DÉVIANTS ET LA CRIMINALITÉ EN GÉNÉRAL : LE CAS DE LA CRISE DU VERGLAS

Frédéric LEMIEUX

## INTRODUCTION

Une catastrophe est « un événement subit qui cause un bouleversement pouvant entraîner la destruction et la mort »<sup>1</sup>. Son impact a une influence sur les unités sociales qui, à leur tour, produisent des réponses reliées à ces impacts. Les catastrophes ou « accidents majeurs » produisent une déstabilisation sociale et des changements radicaux causés par des agents physiques et leurs effets (Quarantelli, 1978). Plus précisément, ce sont des événements dans lesquels les sociétés sont soumises à des dommages physiques et des pertes, assorties d'un dérèglement de leur routine. Lagadec (1992) décrit l'accident majeur comme étant un événement qui dépasse la capacité de réponse des structures et des unités d'urgence chargées de circonscrire l'état de crise. La crise majeure induit un phénomène momentané de déstabilisation organisationnelle qui implique, au point de vue sociologique, une désorganisation sociale. Qu'elle soit mineure ou majeure, la crise représente d'abord et avant tout une perte de contrôle. Lorsque la société est déstabilisée par un événement endogène ou exogène, les activités routinières des individus sont considérablement modifiées. Ce dérèglement momentané de la société modifie les habitudes de vie et transforme la nature des relations sociales (Kreps, 1986). Dans ce contexte de perturbation, la perte d'un univers de référence se répercute sur les règles formelles et informelles qui régissent les comportements des individus, influençant par la même occasion les taux de la criminalité.

Au cours du mois de janvier 1998, de fortes précipitations de verglas provoquèrent un accident technologique majeur. L'importante accumulation de verglas causa une rupture partielle du réseau électrique québécois et les dommages furent suffisamment sérieux pour

que les pannes affectent plus de trois millions d'individus. Une partie de la société québécoise s'est donc retrouvée « paralysée » pendant une période variant entre une et quatre semaines. D'une part, du point de vue criminologique, la crise du verglas a généré une modification considérable de la structure physique et sociale de la Montérégie. Ce contexte affecta notamment l'attrait des cibles potentielles pour les criminels. Selon Felson (1998), les interrelations entre le social et l'écologie physique d'une communauté engendrent une convergence, dans le temps et l'espace, de criminels et de cibles potentielles. Ainsi, le nombre de foyers laissés sans surveillance, la neutralisation des systèmes d'alarme et la concentration prolongée d'un grand nombre d'individus dans des lieux publics sont autant de facteurs qui attribuèrent à la crise du verglas un caractère criminogène. D'autre part, la prise de décisions et la mise en place de mesures de soutien par différentes interventions (police, armée, soutien financier) ont probablement ralenti ou perturbé les activités criminelles.

#### **LA CRIMINALITÉ ET LES COMPORTEMENTS DÉVIANTS LORS DE CATASTROPHES : QUELQUES PRÉCISIONS**

Plusieurs études menées par le Centre de recherche sur les désastres (DRC) rapportent que les sinistrés disent avoir entendu parler de pillages, mais que seulement une faible proportion portent plainte à la police. En fait, il semblerait que cette rumeur, souvent véhiculée par les médias, y soit pour quelque chose. Selon Siman (1977), les journalistes rapportèrent des actes de pillage alors qu'en réalité, il ne s'agissait que de comportements de désespoir de la part de certains propriétaires qui tentaient de sauver le peu de biens qu'il leur restait. Ainsi, contrairement à la croyance populaire, les actes de pillages et de saccages à la suite d'une catastrophe ne seraient pas monnaie courante. De plus, la criminalité en général aurait tendance à diminuer significativement.

Néanmoins, soulignons que les contextes de crises étudiés par le DRC et la plupart des sociologues des désastres concernent des catastrophes naturelles ou technologiques majeures. Ils font état de situations où il y a une destruction physique de l'environnement (inondations, tremblement de terre, incendie majeur, ouragan, etc.)

et comprennent un caractère douloureux pour les victimes. Dans ce type d'événement, la notion de survie individuelle et collective aurait préséance et les occasions criminelles seraient quasi absentes (destruction et dévalorisation des cibles).

Malgré le courant de pensée développé par le DRC, il reste tout de même que la population et les membres de la collectivité soumis à un stress important doivent parfois lutter pour leur survie et les aspects douloureux de la catastrophe. Cette situation rend possible l'adoption de conduites irrationnelles pouvant induire un mouvement d'hystérie et de panique dans la communauté sinistrée. Les chercheurs en sociologie des désastres admettent que les comportements sociaux internalisés seront momentanément ignorés et l'individu mettra l'accent sur une réponse individuelle, particulièrement au moment de l'impact (Quarantelli, 1957). Par conséquent, il est possible que la fuite et la survie des sinistrés puissent se produire dans le désordre et le chaos, laissant ainsi les bas instincts prendre le dessus sur les comportements rationnels (Lebon, 1960). Les débordements sociaux et les actes criminels se réaliseront soit pour assurer la survie des individus dans un état de nécessité, soit par simple opportunisme.

D'ailleurs, il semble que certains comportements opportunistes sont inextricablement liés à la phase de destruction et de restructuration. Notamment, nous retrouvons : 1) les cambrioleurs qui profitent de l'absence des résidents pour s'emparer de biens matériels laissés sans surveillance ; 2) les curieux venus d'ailleurs qui peuvent rapidement se transformer en chasseur de souvenirs ; 3) parmi les bénévoles venus prêter main-forte, des individus qui succombent aux tentations induites par la situation (abondance de l'aide) ; 4) enfin, de nombreux entrepreneurs en construction et autres corps de métiers qui essaieront de profiter de leur travail indispensable pour exiger des taux horaires exorbitants ou tout simplement pour ne pas honorer leur contrat en s'enfuyant avec les avances de fonds (Cromwell, Dunham, Akers et Kaduce, 1994).

L'exemple des pannes électriques de New York (1965 et 1977) correspond à ces comportements opportunistes. La paralysie provoquée par la panne a forcé la fermeture de plusieurs milliers de commerces qui se sont retrouvés dépourvus de système d'alarme. Le soir venu,

la population dans son ensemble participa à de nombreux actes de pillage et d'incendies criminels avec ou sans véritable discrimination politique et économique<sup>2</sup> (Corwin et Miles, 1978 ; Curvin et Porter, 1978 ; Gabor, 1994). Notons cependant que dans le cas d'une crise sociale volontaire issue d'une manifestation, d'une émeute ou d'une guerre civile, le pillage et le saccage sont plus fréquents. Ces actes se font en groupes, sont imités par plusieurs et prennent des allures de « carnaval ». Habituellement, ils sont faits sans discrimination et servent de soupapes pour une partie de la population qui est frustrée ou privée économiquement et politiquement (Quarantelli et Dynes, 1970).

De plus, les déplacements de population et la relocalisation d'un grand nombre de personnes peuvent engendrer un contexte où les cibles et les criminels potentiels convergent en un seul lieu. Les conditions difficiles de l'hébergement, la perte de l'intimité et le changement des habitudes pendant un certain temps peuvent favoriser l'émergence de frustrations, dégénérant en comportements antisociaux et en actes déviants (Siman, 1977). Ce n'est pas tant la phase critique qui amène cet état de choses que les phases d'incertitude et de transition entre la période d'« impact » et celle d'un nouvel équilibre social généré par le désastre (Lepointe, 1984).

De nombreux travaux montrent que les catastrophes provoquent des changements dans les comportements sociaux. Certaines études soutiennent que la criminalité tend à s'estomper, voire à disparaître (à l'exception peut-être des « crimes » liés à l'état de nécessité). Toutefois, les catastrophes telles que les pannes électriques (à grande échelle) représentent un danger élevé de criminalité opportuniste. Les deux exemples nord-américains (New York 1965, 1977) illustrent les risques de débordement sociaux rattachés à la « paralysie » institutionnelle et ce, dans un contexte où la population touchée est vaste et où la durée du sinistre est relativement courte<sup>3</sup>. Or, la particularité de la crise du verglas de janvier 1998 réside dans l'accumulation des facteurs de risque liés aux occasions criminelles et à la persistance de cette situation. Ainsi, nous proposons un examen minutieux des fluctuations criminelles et de ses facteurs d'influence lors de la crise.

## LA CRIMINALITÉ LORS DE LA CRISE DU VERGLAS

Lors des audiences de la Commission Nicolet (1999), les corps de police touchés par les pannes ont, en grande majorité, affirmé que la criminalité avait chuté considérablement pendant la période de crise. En effet, les chiffres présentés par les autorités policières montrent une baisse importante des activités criminelles au cours du mois de janvier 1998. Autant les crimes contre la personne que ceux orientés vers la propriété ont sensiblement diminué. Par contre, les données présentées possédaient des limites qui rendaient difficile la compréhension des fluctuations criminelles pendant la crise<sup>4</sup>.

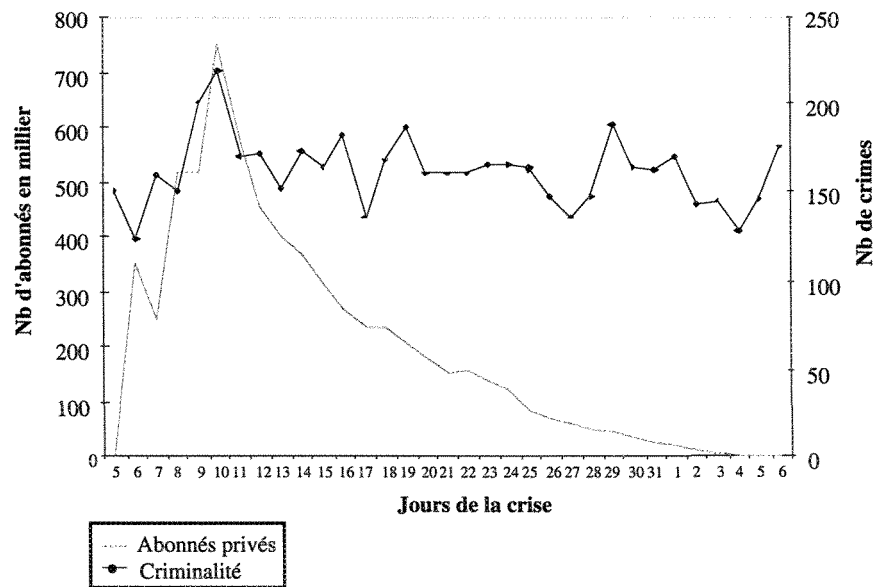
Nous proposons donc quelques rectificatifs dans l'aperçu des fluctuations criminelles. Ainsi, nous avons obtenu le nombre de crimes à partir de la banque de données uniforme de la criminalité (DUC-2). Elle contient l'ensemble des crimes déclarés aux corps de police sur le territoire québécois. Afin d'obtenir la totalité des crimes s'étant produit en Montérégie, nous avons extrait le volume quotidien de la criminalité à partir de la déclaration des corps de police municipaux de la Montérégie ainsi que de la Sûreté du Québec. L'indicateur utilisé pour mesurer cette variable est le volume de crimes quotidien<sup>5</sup>. Le choix d'une analyse quotidienne de la criminalité est directement lié au caractère fluctuant et changeant d'une catastrophe. Compte tenu que la crise du verglas a connu de nombreux épisodes (verglas, pannes majeures, mobilisation de ressources sur le terrain, etc.), le rythme des événements qui s'enchaînent a probablement eu des effets sur la criminalité. De plus, en temps de crise, la mesure du temps est considérablement réduite, les minutes, les heures et les jours qui s'écoulent amènent des modifications à la dynamique de la catastrophe. C'est pourquoi nous croyons que l'unité d'analyse ayant un accent sur les variations quotidiennes de la criminalité reflétera mieux les impacts des contingences de la crise du verglas.

La figure 1 illustre les variations entre le nombre de foyers privés d'électricité<sup>6</sup> et la criminalité totale au quotidien pendant la crise. Le constat premier qui ressort de cette figure est la synchronisation des deux courbes au plus fort de la crise, soit entre le 10 et le 11 janvier 1998. D'ailleurs, une analyse de corrélation révèle une forte relation positive entre les deux courbes pour l'ensemble de la période expérimentale ( $r = 0,46$  ;  $p < 0,01$ ). Cette première analyse suggère une

augmentation du nombre d'abonnés privés d'électricité liée à une augmentation de la criminalité totale pendant la période de crise.

**Figure 1**

**Variation du nombre d'abonnés privés d'électricité et de la criminalité totale entre le 5 janvier et le 6 février 1998**



Il est donc démontré statistiquement que la crise eut un impact sur la criminalité totale. Voyons maintenant comment la crise a affecté le volume quotidien de la criminalité. En ajoutant les années 1997 et 1999 comme années de contrôle, nous avons procédé à une analyse d'autorégression permettant d'interpoler<sup>7</sup> la criminalité attendue lors de la crise. En concentrant l'analyse uniquement sur les mois d'hiver (novembre, décembre, janvier, février et mars), nous avons contrôlé la distribution du volume quotidien selon les jours de la semaine, mais aussi selon la tendance de la criminalité à travers les années et les effets climatiques hivernaux (précipitations en millimètres et températures en degrés Celcius<sup>8</sup>). Cette dernière variable sert à esti-



mer, avec plus de précision, la criminalité en saison hivernale tout en considérant l'effet des vagues de froid et des précipitations sur le volume de crime. De plus, le modèle d'autorégression comporte une variable « extrême » qui tient seulement compte des jours où il tombe plus de 20 centimètres de neige. Faisant l'objet d'alertes météorologiques par Environnement Canada, ces journées (au nombre de trois pour l'ensemble de la série chronologique) servent à estimer l'effet neutralisant des précipitations abondantes sur la criminalité. Cette variable est celle qui estime l'effet de l'accumulation du verglas dans la portion du 5 au 9 janvier de la période expérimentale (1998)<sup>9</sup>.

Le tableau 1 indique la valeur des coefficients utilisés dans l'estimation de la criminalité attendue lors de la crise du verglas. Ainsi, en sachant que le lundi 5 janvier 1998 correspond à la 370<sup>e</sup> unité de notre série chronologique, l'équation pour obtenir la criminalité attendue ce jour-là est la suivante :

$$\begin{aligned} & (370 \times \text{période}^*) + (-9^\circ \text{C} \times \text{température minimale}) + \\ & (-41,45 \text{ « abondance de neige »}) + (6,47 \text{ « lundi »}) + (194,72 \text{ « constante »}) \\ & = \mathbf{123,05 \text{ crimes attendus pour ce lundi}} \end{aligned}$$

\* La « période » estime la variation de la criminalité induite par un effet de tendance à travers les trois années utilisées.

Les figures 2 et 3 nous renseignent sur la courbe de la criminalité attendue pour la période expérimentale. En fragmentant la courbe selon trois phases, nous obtenons les segments suivants : 1) l'impact du 5 au 9 janvier ; 2) le postimpact du 10 au 31 janvier ; 3) le retour à la normale à partir du 1<sup>er</sup> février. Tout d'abord, notons que la criminalité observée pour la période du 5 au 9 janvier est supérieure à la criminalité attendue. D'ailleurs, la différence entre les deux courbes, à ce moment, est statistiquement significative ( $T = 3,54$  ;  $p < 0,05$ ). Nous suggérons donc que l'impact lié à l'accumulation de verglas et au début des pannes présente une hausse de la criminalité observée par rapport à celle attendue.

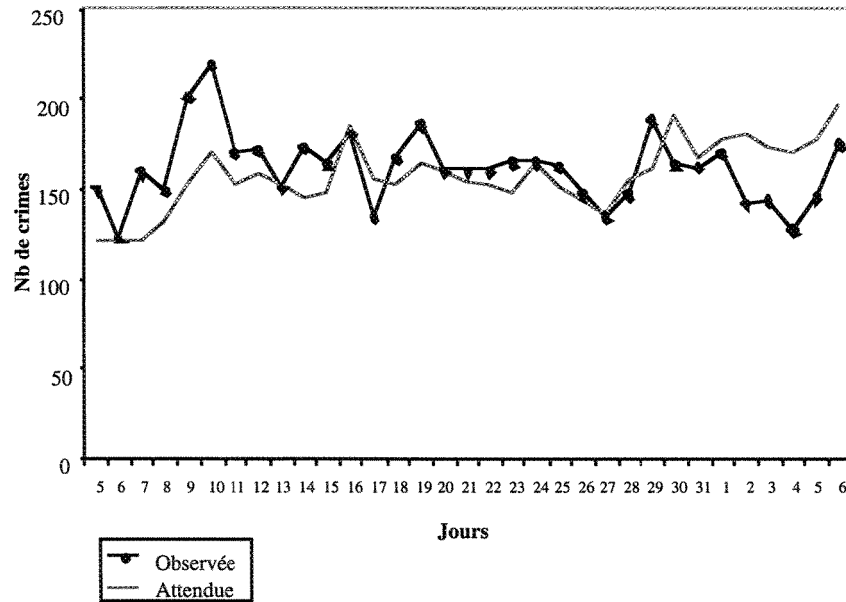
**Tableau 1**  
**Résultats de l'analyse d'autorégression**

	<b>B</b>	<b>SEB</b>	<b>T-RATIO</b>	<b>APPROX. PROB.</b>
Période	-0,01756	0,005060	-3,469773	0,00057699
Tempmin	1,38805	0,206034	6,736969	0,00000000
Précipi2	-0,11916	0,040974	-2,908057	0,00383747
Extrême	-41,45900	11,752350	-3,527720	0,00046729
Lundi	6,47897	3,312899	1,955681	0,05119158
Mardi	-0,08784	3,828454	-0,022945	0,98170560
Mercredi	2,16103	3,973269	0,543892	0,58681613
Jeudi	9,10794	3,989138	2,283184	0,02293811
Vendredi	32,13352	3,853385	8,339036	0,00000000
Samedi	5,52173	3,320481	1,662931	0,09710173
Janvier	-17,98525	5,332416	-3,372814	0,00081585
Février	-3,14008	4,981818	-0,630309	0,52884889
Mars	1,38636	4,769472	0,290674	0,77145018
Novembre	21,32903	4,768788	4,472631	0,00001006
Constante	194,72453	5,883293	33,097882	0,00000000

Ensuite, la figure 3 indique que pendant la période postimpact, les variations entre la criminalité observée et attendue semblent décroître (différence statistiquement significative  $T = 2,20$  ;  $p < 0,05$ ). En réalité, il s'est produit plusieurs interventions pendant cette phase. Une analyse de régression (tableau 2) démontre que le « déploiement » des forces de l'ordre<sup>10</sup>, le rétablissement continu des panes<sup>11</sup> et la remise des chèques<sup>12</sup> ont une influence négative sur la variation entre la criminalité observée et attendue. Néanmoins, seul l'impact du déploiement est significatif. Précisons que 40,6 % de la variance est expliquée par notre modèle ( $r^2 = 40,6$  ;  $p < 0,01$ ).

**Figure 2**

**Distribution de la criminalité observée et attendue lors de la crise**



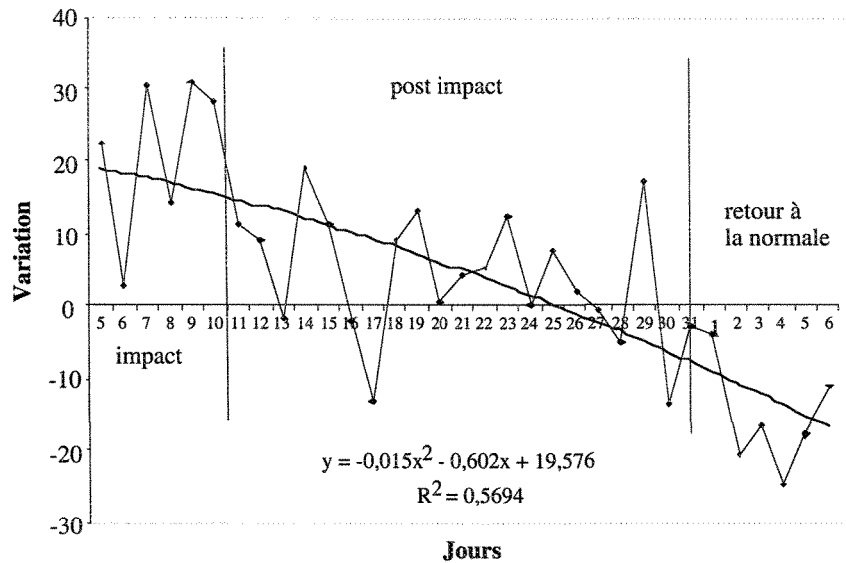
**Tableau 2**

**Résultats de l'analyse de régression**

	B	SEB	T-RATIO	PROB.
Déploiement	-14,057	-0,533	-2,682	0,013
Chèques	-0,543	-0,015	-0,089	0,930
Abonnés	-0,0096	0,158	0,813	0,424
Constante	16,02	5,883	2,590	0,016

Figure 3

**Variation\* entre la criminalité observée et attendue  
lors de la période de crise**



\* La variation est estimée comme suit :  $((\text{observée} - \text{attendue}) / \text{attendue}) \times 100$   
(voir Phillips, 1979).

● Variation  
— Polynomial (Variation)

Tout d'abord, à partir du 12 janvier 1998, les forces policières et militaires se déployèrent dans la région de la Montérégie et amorcèrent plusieurs opérations, dont l'opération « porte à porte ». Cette dernière consistait à visiter la grande majorité des domiciles de la zone sinistrée. Les nombreuses patrouilles à pied ainsi qu'en véhicules ont donné une visibilité accrue aux forces de l'ordre pendant la crise. Soulignons toutefois que l'armée et la police retirèrent la plus part de leurs contingents à partir du 28 janvier.

La phase postimpact fut ponctuée de trois remises de chèques destinés aux populations sinistrées désignées par décret du gouver-

nement du Québec<sup>13</sup>. Les dates de remise sont le 13 janvier, le 19 janvier et le 27 janvier. Notons que les chèques ont mobilisé une grande partie de la population restée dans la zone sinistrée. Les gens devaient parfois attendre plusieurs heures avant d'obtenir l'aide financière à laquelle ils avaient droit. Probablement sans le savoir<sup>14</sup>, les autorités ont occupé une proportion importante de la population, détournant momentanément les criminels potentiels des cibles vulnérables (domiciles et commerces sans surveillance). Toutefois, il va sans dire que chaque remise de chèque fut suivie d'une variation positive marquée dès le lendemain. Précisons que nous retrouvons ce type de fluctuation au moment de la remise des chèques de sécurité sociale (Ouimet et Fortin, 1998).

Enfin, le rétablissement des abonnés s'est réalisé de façon progressive et soutenue pendant cette période, permettant aux sinistrés de reprendre possession de leur domicile. Il est possible que la gestion de la crise passant par le rétablissement de l'électricité ait affecté la criminalité. Le rétablissement électrique a permis à la population de revenir à la maison et de reprendre le train de vie quotidien. Cette situation fit en sorte que les cibles criminelles perdirent de leur vulnérabilité et, par conséquent, de leur attrait pour les criminels potentiels.

Finalement, la phase de retour à la normale est marquée par une importante différence négative entre la criminalité observée et attendue ( $T = -5,46$  ;  $p < 0,01$ ). En fait, cette phase induit une baisse de la criminalité observée. Ceci est plutôt surprenant puisque les activités routinières de la population reprennent et les contingents policiers supplémentaires se retirent de la Montérégie. D'ailleurs, en se rapportant à la figure 1, nous remarquons qu'à partir du 1<sup>er</sup> février, le nombre d'abonnés privés d'électricité est relativement minime et correspond à 2,5 % des pannes totales au paroxysme de la crise du verglas. Cette situation démontre un retour à la normale pour la grande majorité de la population et devrait par conséquent s'appliquer aux activités criminelles. Lorsque l'on s'attarde à la relation entre l'évolution de la crise dans le temps, c'est-à-dire en fonction du nombre d'abonnés privés d'électricité, nous observons une corrélation très forte entre cette dernière et la variation crime observé/attendu ( $r = 0,59$  ;  $p < 0,01$ ). En somme, comme le démontre la figure 3, la variation entre la criminalité observée et la

criminalité attendue diminue tout au long de la crise et elle devient négative dans la phase de rémission de la crise.

### LE SIGNALEMENT DE LA CRIMINALITÉ

La baisse continue observée dans la variation entre la criminalité observée et attendue peut être à la fois imputable à une fluctuation du signalement des crimes par les victimes et provoquée par les contingences de la crise. En effet, il est possible que le taux de reportabilité ait baissé parce que les communications étaient difficiles ou parce que les répartiteurs accordaient la priorité à des appels d'un autre ordre. Il faut aussi prendre en considération le fait que les effectifs policiers connurent une réallocation et que plusieurs policiers furent affectés à d'autres tâches, délaissant par exemple les enquêtes sur la drogue ou autres types de crimes qui demandent une démarche « proactive » de la police. De plus, les mauvaises conditions climatiques ont possiblement affecté la capacité des victimes à dénoncer un délit. Afin de vérifier ces hypothèses, nous avons estimé l'importance du signalement de la criminalité en Montérégie.

Le tableau 3 renseigne sur les variations du signalement de la criminalité entre la période expérimentale et les périodes contrôles (1997 et 1999) selon le degré de gravité des crimes commis. Tout d'abord, il est intéressant de constater que la majorité des catégories criminelles ne connaissent aucune différence significative entre la période de crise et les périodes de contrôle. Hormis la catégorie « crimes moins graves pendant le verglas », il semble que pour l'ensemble des catégories criminelles, la population sinistrée signale les crimes dans la même proportion qu'en temps normal. Concernant la catégorie divergente, signalons que le taux de reportabilité est affecté seulement pour la période où tombe le verglas et non pendant le post impact ou le retour à la normale. Ce qui signifie que le climat a probablement perturbé la dénonciation des crimes de moindre gravité.

Il est évident que cette estimation n'est pas corroborée par un sondage de victimisation qui nous instruirait mieux sur le signalement réel lors de la crise. Toutefois, le signalement différé rend compte du délai que mettent les gens pour dénoncer un délit. Or, dans cette

optique, nous sommes en mesure d'apprécier si les contingences de la crise interfèrent dans la volonté ou la capacité des gens à signaler un acte criminel.

## CONCLUSION

À partir d'une analyse quotidienne de la variation entre la criminalité observée et attendue pendant la crise du verglas, nous avons identifié des cycles de fluctuation criminelle correspondant aux phases de l'impact, du postimpact et du retour à la normale.

La première est marquée par une forte variation positive démontrant une hausse de la criminalité observée par rapport à celle attendue. Dans la seconde phase, nous remarquons une variation positive qui décline de manière soutenue et continue. Une analyse de régression portant sur les mesures de gestion (déploiement de gardiens, distribution de chèques et effort de rémission de la crise par le rebranchement électrique) nous permet de constater que le coefficient de ces trois variables influencent à la baisse la variation de la criminalité, notamment le déploiement des gardiens. Finalement, nous observons dans la dernière phase une forte fluctuation négative de la variation entre crimes observés et crimes attendus. Cette dernière situation est intéressante compte tenu qu'elle coïncide avec le retrait des forces de l'ordre et avec une reprise des activités quotidiennes.

Par ailleurs, notons que le signalement de la criminalité ne semble pas trop être perturbé par les contingences de la crise. Effectivement, en comparant avec les années de contrôle, nous concluons qu'il n'y pas de différence significative entre les catégories criminelles définies au tableau 3 pendant la période expérimentale, à l'exception de la catégorie « crimes moins graves pendant le verglas ».

Tableau 3

## Signalement différé des crimes connus par la police\*

	Année expérimentale		Années de contrôle		T-Test	Sign.
	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type		
<b>Crimes moins graves**</b>	0,97	0,13	0,98	0,06	0,50	0,61
<i>pendant le verglas</i>	0,80	0,07	0,93	0,04	3,19	0,03
<i>après le verglas</i>	0,99	0,12	0,99	0,06	-0,41	0,67
<b>Crimes plus graves***</b>	0,92	0,27	0,99	0,19	1,21	0,23
<i>pendant</i>	0,74	0,37	1,04	0,09	1,48	0,21
<i>après</i>	0,95	0,25	0,98	0,21	0,53	0,59
<b>Crimes « proactifs »****</b>	0,98	0,49	0,94	0,19	-0,22	0,82
<i>pendant</i>	0,80	0,83	0,92	0,20	0,34	0,74
<i>après</i>	1,02	0,42	0,94	0,19	-0,48	0,63
<b>Cambriolages</b>	1,00	0,13	1,00	0,06	-0,20	0,84
<i>pendant</i>	0,86	0,15	0,98	0,02	1,76	0,17
<i>après</i>	1,03	0,12	1,00	0,06	-1,22	0,23
<b>Voies de fait</b>	1,00	0,19	1,08	0,45	0,95	0,34
<i>pendant</i>	0,93	0,28	0,91	0,19	-0,10	0,92
<i>après</i>	1,01	0,17	1,11	0,47	1,03	0,30

\* Le signalement différé est calculé de la façon suivante : crimes commis signalés ce jour là/crimes commis ce jour là.

\*\* La catégorie « crimes moins graves » est composée des crimes suivants : agressions sexuelles simples, voies de fait simples, intimidations, cambriolages et vols de moins de 5 000 \$.

\*\*\* La catégorie « crimes plus graves » est composée des crimes suivants : homicides, tentatives d'homicide, agressions sexuelles graves, voies de fait graves, vols qualifiés et vols de plus de 5 000 \$.

\*\*\*\* La catégorie « crimes proactifs » est composée des crimes suivants : possession de drogue, trafic de drogue, ordre public et manquements.



## NOTES

- 1 *Encyclopédie Universelle Larousse*, Paris, Éditions Larousse-Bordas, 1997, p. 972.
- 2 Il semble que la panne survenue en novembre 1965 fit en sorte que les communautés afro-américaines s'acharnèrent sur les entreprises dont les propriétaires étaient blancs (Curvin et Porter, 1978).
- 3 En 1965, la panne électrique dura près de treize heures et en 1977, le même phénomène se déroula sur seize heures.
- 4 Notre première critique concerne la période expérimentale qui ne couvre pas totalement la crise. Les mémoires déposés par la police couvraient seulement le mois de janvier. La seconde critique concerne la fluctuation de la criminalité qui compare des unités d'analyse temporelle basées sur les mois et manque de précision en ne permettant pas de détecter les variations quotidiennes du volume de crime. Enfin, à l'époque, les données policières ne permettaient pas d'inclure l'année suivant la crise pour ainsi mieux observer les réelles fluctuations criminelles causées par le désastre.
- 5 Afin de tenir compte des facteurs de contingence de la crise du verglas, nous avons effectué une transformation de la banque de données DUC-2 en éliminant tous les crimes qui s'étaient produits en dehors de l'année traitée par la banque.
- 6 La source des données sur les foyers privés d'électricité provient à la fois de la Sécurité civile du Québec et de Hydro-Québec. Les données furent colligées à même les communiqués de presse produits par ces deux organisations.
- 7 L'interpolation est la détermination par approximation des valeurs d'une variable situées entre deux valeurs connues de la même variable. Dans le cas qui nous occupe, nous allons estimer les valeurs manquantes des crimes pour les jours de la crise par rapport à une série chronologique totalisant 1 062 jours, soit du 1<sup>er</sup> janvier 1997 au 31 décembre 1999. L'estimation de la fenêtre de trente-trois jours nous donnera les valeurs quotidiennes attendues pour la période expérimentale.
- 8 Les mesures liées au climat nous ont été fournies par Environnement Canada.
- 9 Étant donné le caractère atypique du phénomène climatique que nous étudions, l'abondance de neige est la variable qui s'approche le plus des précipitations « extrêmes » survenues à cette époque. Cependant, nous sommes conscient que cette mesure risque de sous-estimer l'effet du verglas sur la criminalité.

- 10 La variable « déploiement » est une dichotomique (0/1) qui identifie les jours où la police et l'armée sont déployées massivement (1) et les jours où ce n'est pas le cas (0).
- 11 Pour évaluer l'effet du rétablissement des pannes, nous utilisons la courbe des abonnés privés d'électricité présentée à la figure 1.
- 12 La remise des chèques est évaluée selon l'impact d'une dichotomique (0/1) au premier jour de chaque tranche de distribution. La valeur 1 est attribuée pour ces jours.
- 13 Rappelons que le gouvernement du Québec, par décret, avait autorisé un versement de 10 \$ par jour à tout sinistré habitant les villes touchées par la crise et visées par ledit décret.
- 14 Cette mesure de soutien avait probablement pour objectif premier de gagner la confiance de la population (Denis, 1990).

## BIBLIOGRAPHIE

- CORWIN, J.L. et W.T. MILES (1978). *Impact Assessment of the 1977 New York City Blackout*, Washington, U.S. Department of Energy.
- CROMWELL, P., R. DUNHAM, R. AKERS et L.L. KADUCE (1994). « Routine Activities and Social Control in the Aftermath of a Natural Catastrophe », *European Journal on Criminal Policy and Research*, vol. 3, n° 3, p. 56-69.
- CURVIN, R. et B. PORTER (1978). *Blackout Looting*, New York, Gardner Press Inc.
- DENIS, H. (1990). *La gestion de catastrophe : le cas d'un incendie dans un entrepôt de BPC à Saint-Basile-Le-Grand*, Québec, Ministère de la Sécurité publique du Québec.
- Encyclopédie Universelle Larousse* (1997). Paris, Éditions Larousse-Bordasse.
- FELSON, M. (1998). *Crime and Everyday Life*, Thousand Oaks, Pine Forge Press.
- GABOR, T. (1994). *Everybody Does It! Crime by the Public*, Toronto, University of Toronto Press.

- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1999). *Commission scientifique et technique chargée d'analyser les événements relatifs à la tempête de verglas survenue du 5 au 9 janvier 1998*, Sainte-Foy, Les Publications du Québec.
- KREPS, G.A. (1986). *Social Structure and Disaster*, Newark, University of Delaware Press.
- LAGADEC, P. (1992). *La gestion des risques*, Paris, McGraw-Hill.
- LEBON, G. (1960). *The Crowd : a Study of the Popular Mind*, New York, Viking Press.
- LEPOINTE, E. (1984). « Les comportements déviants associés aux désastres », *Revue internationale de criminologie et de police technique*, vol. 3.
- QUIMET, M. et F. FORTIN (1998). « Les voies de fait au fil des jours et des saisons », In J. Proulx, M. Cusson et M. Ouimet (eds.), *Les violences criminelles*, Québec, Presses de l'Université Laval.
- PHILLIPS, D.P. (1979). « Suicide, Motor Vehicle Fatalities and the Mass Media : Evidence toward a Theory of Suggestion », *American Journal of Sociology*, vol. 84, n° 5, p. 1150-1174.
- QUARANTELLI, E.L. (1957). *The Sociology of Panic*, Delaware, Disaster Research Center.
- QUARANTELLI, E.L. et R. DYNES (1970). « Property Norms and Looting : their Patterns in Community Crises », *Phylon*, vol. 31, p. 168-182.
- QUARANTELLI, E.L. (1978). *Disaster : Theory and Research*, Californie, Sage Publications Inc.
- SIMAN, A.B. (1977). *Crime during Disaster*, Université de Pennsylvanie, thèse de doctorat.
- SÛRETÉ DU QUÉBEC (1998). *Opération menée dans le cadre de la tempête de verglas en 1998*, Montréal, Sûreté du Québec.



# SEXE DES ENFANTS NÉS DANS LES MOIS SUIVANT LES INONDATIONS DU SAGUENAY ET LA TEMPÊTE DE VERGLAS

Jacques D. MARLEAU

## INTRODUCTION

Les données des dernières décennies indiquent que les parents et futurs parents présentent des préférences à l'égard du sexe des enfants. Dans les sociétés occidentales, les hommes désirent plus souvent un garçon pour premier-né (Marleau et Saucier, article sous presse) ou pour seul enfant (Marleau et Maheu, 1998). L'examen des données sur les femmes enceintes montrent qu'elles préfèrent plutôt une fille comme premier-né. Quelques recherches indiquent aussi que les femmes non enceintes manifestent une plus grande préférence pour une fille comme enfant unique (Marleau et Maheu, 1998) ou une préférence pour un nombre égal de garçons et de filles (Marleau et Saucier, 1993).

Depuis longtemps, les individus ont tenté de recourir à diverses techniques pour favoriser la conception d'un enfant du sexe désiré. Selon Aristote, le sexe de l'enfant serait celui du partenaire qui avait le plus participé aux ébats amoureux. À cette époque, on croyait également que la position adoptée pendant et après le coït était associée au sexe de l'enfant à naître. Une multitude d'autres croyances ont eu cours dans certaines régions du monde, telle que la présence de certains objets (ex. une hache, des bottes, etc.) pendant les relations sexuelles qui favoriseraient la conception d'un garçon ou d'une fille. D'autres croyaient que le testicule droit contenait les spermatozoïdes mâles et le gauche, les spermatozoïdes femelles et que le fait de couper ou d'attacher l'un des testicules assurait d'avoir un enfant du sexe désiré. Au cours des dernières années, des méthodes liées à l'alimentation, à la période de conception et aux techniques de filtration des spermatozoïdes ont vu le jour avec des taux d'efficacité variables.

D'autres auteurs, au cours des quatre dernières décennies, ont montré que plusieurs variables sont associées au sexe des enfants (Chahnazarian, 1990 ; James, 1987a, 1987b). Par exemple, les périodes d'après-guerre, un statut socio-économique élevé, le fait d'être de race blanche et certaines maladies telles que le cancer de la prostate et la sclérose en plaque chez les femmes sont associés à une augmentation du rapport de masculinité<sup>1</sup>. D'autres variables sont plutôt associées à une diminution du rapport de masculinité (un pourcentage plus élevé de filles à la naissance). Ces variables sont la durée du mariage (surtout après 18 mois), l'augmentation de l'âge du père et de la mère et la présence de certaines conditions médicales comme l'hyperémèse gravidique (vomissements incoercibles durant la grossesse), la schizophrénie, un lymphome non hodgkinien et la consommation de tabac ou de drogues dures. Ces variables ne sont que quelques-unes des variables associées au rapport de masculinité que l'on retrouve dans ce type de littérature.

Quelques auteurs ont montré une relation entre certaines catastrophes naturelles et une diminution du rapport de masculinité : on constate que plus de filles que de garçons sont nées de neuf à onze mois suivant ces événements (Lyster, 1974 ; Fukuda, 1998). Les données de Lyster (1974) recueillies sur les naissances suivant le *smog*<sup>2</sup> de Londres (Angleterre) en 1952 indiquent que 320 jours (environ dix mois) après les événements, 109 garçons sont nés, comparativement à 144 filles (rapport de 0,76). Dans les autres jours de l'année, on constate l'inverse, soit une prédominance de garçons nés (733 garçons et 623 filles : rapport de masculinité de 1,16). Lyster (1974) constate le même phénomène 320 jours après les inondations de Brisbane (Australie) en 1965.

Récemment, Fukuda *et al.* (1998) ont constaté une diminution du rapport de masculinité environ 280 jours (environ neuf mois) après le tremblement de terre de Kobe (Japon) de janvier 1995. Les données de la préfecture de Hyogo indiquent que la proportion de garçons à la naissance a chuté à 0,501 en octobre 1995, comparativement à 0,516 pour les autres mois entre 1993 et 1996. Ils constatent aussi une baisse importante du nombre de naissances aux mois d'octobre et de novembre 1995. Il semble donc que le sexe et le nombre des naissances soient affectés par un événement stressant.

Les données récentes de la recherche de Hansen, Moller et Olsen (1999) montrent aussi un lien entre certains événements considérés éprouvants survenus avant ou pendant la période de conception et une diminution du rapport de masculinité. Leurs données révèlent que les femmes exposées à des événements stressants (ex. décès ou admission pour un cancer ou un infarctus du père) sont plus susceptibles de donner naissance à une fille plutôt qu'à un garçon (51 % de filles comparativement à 49 % de garçons pour les femmes non exposées). De plus, les données montrent clairement que plus l'événement se produit près de la date de conception, plus les chances de naissance d'une fille sont élevées. Ce résultat va dans la même direction que les données de Lyster (1974) et Fukuda *et al.* (1998).

L'objectif de notre travail est de vérifier si le rapport de masculinité a diminué dans certaines régions sociosanitaires québécoises à la suite de deux catastrophes naturelles, soit les inondations du Saguenay de juillet 1996 et la tempête de verglas de janvier 1998. Nous faisons l'hypothèse que le rapport de masculinité sera moins élevé dans les régions touchées par ces catastrophes naturelles.

## MÉTHODOLOGIE

Les données nécessaires pour cette recherche proviennent de l'Institut de la statistique du Québec. Il a été possible d'avoir le nombre de naissances selon le sexe des enfants sur une période de trois ans<sup>3</sup>, de janvier 1996 à décembre 1998, et cela pour les dix-huit régions sociosanitaires québécoises. Compte tenu que les inondations du Saguenay et la tempête de verglas ont eu lieu en juillet 1996 et janvier 1998 respectivement, il sera possible de vérifier si le rapport de masculinité a changé de neuf à dix mois après ces catastrophes, comme l'ont fait déjà Lyster (1974) et Fukuda *et al.* (1998).

Ces deux événements ont été retenus, compte tenu qu'en février 2000, un sondage *SOM-La Presse* révélait qu'ils étaient parmi ceux qui avaient le plus marqué la dernière décennie. En effet, 26 % des gens de tout le Québec rapportaient que la tempête de verglas était l'événement le plus important (19 % des hommes et 32 % des femmes). En troisième position, on retrouvait les inondations du

Saguenay. Il est à noter que la tempête de verglas dura cinq jours dans certaines régions, tandis que l'inondation dura deux jours. Cependant, il faut faire attention, car les répercussions de ces deux catastrophes s'étalèrent sur une longue période pour plusieurs personnes. Comme nous l'avons vu ci-dessus, les données de la littérature diffèrent selon le *smog* de Londres (événement qui dura cinq jours) et le tremblement de terre de Kobe (qui dura une vingtaine de secondes). En effet, on remarque une diminution du rapport de masculinité à 320 jours et à 280 jours respectivement, après l'événement, différence substantielle que Fukuda *et al.* (1998) suggèrent attribuable à la durée de l'événement même et non à ses conséquences.

Les proportions de garçons et de filles nés neuf et dix mois après les catastrophes seront comparées à la proportion de garçons et de filles nés dans les autres mois de la période allant de 1996 à 1998. Par exemple, à la suite de la tempête de verglas, les données des mois d'octobre et de novembre 1998 seront comparées à celles entre janvier 1996 et septembre 1998, selon les différentes régions socio-sanitaires québécoises (18 au total). Des tests de chi-deux seront utilisés afin de déterminer si des différences existent entre les proportions des deux moments. La probabilité retenue *a priori* est de 0,05.

## RÉSULTATS

Les données des mois d'avril et de mai 1997, soit neuf et dix mois après les inondations, montrent que le sexe des enfants dans la région du Saguenay—Lac-Saint-Jean (région 02) ne diffère pas de façon significative de la proportion d'enfants nés dans cette région durant les trente-trois mois retenus pour les analyses entre janvier 1996 et novembre 1998<sup>4</sup> (avril 1997,  $\chi^2 = 0,173$ ,  $df=1$ ,  $p=0,677$  et mai 1997,  $\chi^2 = 0,027$ ,  $df=1$ ,  $p=0,870$ ). On ne constate pas de baisse significative du rapport de masculinité dans les autres régions sociosanitaires de la province de Québec pour ces deux mois.

L'examen des rapports de masculinité calculés pour les mois suivant la tempête de verglas de janvier 1998 (octobre et novembre 1998) indiquent un effet possible dans cinq régions sociosanitaires, soit, le



Bas-Saint-Laurent (région 01), Laval (région 13), Lanaudière (région 14), les Laurentides (région 15) et la Montérégie (région 16). Lorsqu'on compare la proportion de garçons et de filles nés en octobre ou en novembre à la proportion de garçons et de filles nés entre janvier 1996 et septembre 1998 (période de 33 mois), on retrouve des différences significatives au plan statistique dans trois régions sociosanitaires (tableau 1).

La proportion de filles est plus élevée dans la région sociosanitaire de Laval lors des mois d'octobre et de novembre 1998. Le pourcentage est respectivement de 56,9 % et 55,9 %, comparativement à 49,3 % pour les trente-trois autres mois (octobre 1998,  $\chi^2 = 6,68$ ,  $df=1$ ,  $p=0,010$  et novembre 1998,  $\chi^2 = 4,27$ ,  $df=1$ ,  $p=0,039$ ). Dans les Laurentides, la différence est significative uniquement pour le mois de novembre (54,4 % contre 49,3 %,  $\chi^2 = 3,70$ ,  $df=1$ ,  $p=0,05$ ). La dernière différence est constatée pour la région de la Montérégie : au mois de novembre, on dénombre un plus grand nombre de naissances féminines (52,4 % contre 48,9 %,  $\chi^2 = 4,51$ ,  $df=1$ ,  $p=0,034$ ).

## DISCUSSION

Les données de cette recherche macrosociale confirment dans certaines régions sociosanitaires québécoises une association entre la tempête de verglas et une diminution du rapport de masculinité. On retrouve une proportion plus importante de filles nées dans les régions de Laval, des Laurentides et de la Montérégie durant le mois de novembre 1998, soit environ une dizaine de mois à la suite de la tempête de verglas (janvier 1998). Ce résultat confirme celui de Lyster (1974) observé après le *smog* de Londres en 1952 et confirme qu'il semble exister un lien entre le stress psychologique lié à des événements éprouvants et une moindre proportion de naissance de garçons.

Nos résultats révèlent également que la proportion de filles nées dans la région sociosanitaire de Laval est très élevée lors du mois d'octobre, soit environ neuf mois après la tempête de verglas. Ce résultat indique que dans cette région, l'association a débuté plus rapidement. Est-il possible que cela soit lié au fait que la région ait

été plus affectée que les autres ? L'examen du rapport de masculinité et des coûts financiers par région à la suite du verglas ne montre cependant pas d'association positive entre les deux variables pour les deux mois étudiés (octobre 1998,  $r = 0,196$ ,  $p = 0,520$  et novembre 1998,  $r = -0,155$ ,  $p = 0,613$ ), ce qui semble indiquer qu'il n'y a pas de lien entre les régions les plus touchées et l'augmentation du nombre de filles nées durant la période à l'étude.

**Tableau 1**

**Proportion de filles nées au cours des mois d'octobre et de novembre 1998, comparativement aux mois de janvier 1996 à septembre 1998 (33 mois)**

Régions socio-sanitaires	Octobre 1998	Novembre 1998	De janvier 1996 à septembre 1998 (33 mois comparatifs)
Laval	56,9 %***	55,9 %**	49,3 %
Laurentides	49,5 %	54,4 %**	49,3 %
Montérégie	48,2 %	52,4 %**	48,9 %
Lanaudière	52,5 %	52,8 %	48,4 %
Bas-St-Laurent	56,6 % *	49,2 %	48,8 %

\* $p \leq 0,10$ ; \*\* $p \leq 0,05$ ; \*\*\* $p \leq 0,001$

De plus, il est important de souligner que nous n'avons pas trouvé d'association entre le rapport de masculinité et le nombre de filles nées lors des mois d'avril et de mai 1997, soit après les inondations du Saguenay de juillet 1996. Serait-il possible que la durée de la catastrophe soit en lien avec le rapport de masculinité ? Ce point a déjà été soulevé par Fukuda *et al.* (1998). D'autres recherches devront vérifier cet aspect.

Au cours des dernières années, certains auteurs ont mentionné que le sexe des enfants est certainement associé à certaines hormones féminines et masculines, en particulier la gonadotropine chorionique. James (1987b) a montré qu'on la retrouve en plus grande quantité lors du milieu de l'ovulation. Par conséquent, la fécondation lors de cette période serait associée à une conception féminine. Il est difficile d'imaginer que ce mécanisme hormonal explique nos résultats. En effet, les résultats d'autres recherches ne confirment pas le lien entre le stress et une augmentation du taux de gonadotropine, mais plutôt l'inverse (James, 1987b). D'autres mécanismes associés au stress survenus pendant et après les catastrophes jouent peut-être un rôle dans les rapports de masculinité constatés dans notre étude. Cette baisse de la proportion de filles nées pourrait être due à trois éléments : 1) un changement dans les activités sexuelles ; 2) une augmentation des fausses couches des bébés de sexe masculin ; 3) une détérioration de la qualité et de la motilité des spermatozoïdes. Le dernier point est en partie confirmé par les résultats de la recherche de Fukuda *et al.* (1996).

Dans le futur, il serait intéressant de faire d'autres recherches comme celles de Hansen *et al.* (1999) afin de vérifier la trajectoire des individus impliqués ou non dans des situations de vie éprouvantes et stressantes. Ce type de devis de recherche aurait le mérite de pouvoir suivre les individus impliqués dans une perspective microsociale et permettrait de mieux répondre à plusieurs questions avancées dans cette étude.

## NOTES

- 1 Le rapport de masculinité est le nombre de naissances masculines divisé par le nombre de naissances féminines. Un rapport supérieur à 1 indique plus de naissances masculines. Le rapport de masculinité à la naissance est de 1,05 dans les sociétés occidentales.
- 2 Mélange de fumée et de brouillard sévissant surtout au-dessus des concentrations urbaines et industrielles.
- 3 Il n'a pas été possible d'avoir les données pour l'année 1999.
- 4 Les mois d'avril et de mai 1997 n'ont pas été inclus dans les calculs.

## BIBLIOGRAPHIE

- CHAHNAZARIAN, A. (1990). « Determinants of the Sex Ratio at Birth : Review of Recent Literature », *Social Biology*, vol. 35, p. 214-235.
- FUKUDA, M., K. FUKUDA, T. SHIMIZU et H. MOLLER (1998). « Decline in Sex Ratio at Birth after Kobe Earthquake », *Human Reproduction*, vol. 13, p. 2321-2322.
- FUKUDA, M., K. FUKUDA, T. SHIMIZU, W. YOMURA et S. SHIMIZU (1996). « Kobe Earthquake and Reduced Sperm Motility », *Human Reproduction*, vol. 11, p. 1244-1246.
- HANSEN, D., H. MOLLER et J. OLSEN (1999). « Severe Periconceptional Life Events and the Sex Ratio in Offspring : Follow-up Study Based on Five National Registers », *British Medical Journal*, vol. 319, n° 7209, p. 548.
- JAMES, W.H. (1987a). « The Human Sex Ratio. Part 1 : A Review of the Literature », *Human Biology*, vol. 59, p. 721-752.
- JAMES, W.H. (1987b). « The Human Sex Ratio. Part 2 : A Hypothesis and a Program of Research », *Human Biology*, vol. 59, p. 873-900.
- LYSTER, W.R. (1974). « Altered Sex Ratio after the London Smog of 1952 and the Brisbane Flood of 1965 », *The Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Commonwealth*, vol. 81, p. 626-631.
- MARLEAU, J.D. et J.-F. SAUCIER (1993). « Préférence des femmes canadiennes et québécoises non enceintes quant au sexe du premier enfant », *Les cahiers québécois de démographie*, vol. 22, p. 363-372.
- MARLEAU, J.D. et J.-F. SAUCIER (article sous presse). « Preference for a First-born Boy in Western Societies », *Journal of Biosocial Science*.
- MARLEAU, J.D. et M. MAHEU (1998). « Un garçon ou une fille ? Le choix des hommes et des femmes à l'égard d'un seul enfant », *Population*, vol. 5, p. 1033-1042.

## **PARTIE 4**

### **CATASTROPHES ET PERSONNES ÂGÉES**





## **LES CONSÉQUENCES DES CATASTROPHES SUR LA SANTÉ BIOPSYCHOSOCIALE DES AÎNÉS : RÉSULTATS DE LA RECENSION DES ÉCRITS**

Chantal HOVINGTON, M.A.  
Danielle MALTAIS, Ph.D.  
Gilles LALANDE, Ph.D.

**P**lusieurs études ont démontré que les enfants, les personnes âgées, les individus ayant un faible revenu et ceux qui ont un passé marqué par la présence de psychopathologie ou d'un vécu marginal sont plus à risque de souffrir de détresse psychologique que les autres (Crabbs et Heffron, 1981 ; Olson, 1993). En l'occurrence, Santé et Bien-Être social Canada (1992) estime que les personnes âgées représentent un groupe vulnérable qui a besoin d'attention et de services spécialisés à la suite de l'exposition à un sinistre. Cette position s'appuie sur la présence de facteurs de risque tels qu'un état de santé précaire, une situation financière et sociale désavantagée, l'isolement et l'insuffisance des ressources sociales de soutien (Leivesley, Toowoomba, Tierney et Baisden, 1977, cités dans Santé et Bien-Être social Canada, 1992). Mentionnons toutefois que les résultats diffèrent selon les études visant à comparer les effets d'un désastre en fonction de différents groupes d'âge. Des recherches supportent l'hypothèse que les personnes âgées sont plus vulnérables que les adultes plus jeunes, alors que certaines soutiennent le contraire et d'autres n'ont observé aucune différence entre les groupes.

Jusqu'à maintenant, peu de chercheurs canadiens ou québécois se sont intéressés aux effets des catastrophes naturelles ou technologiques sur la santé des personnes âgées. La plupart des recherches portant sur le sujet ont été réalisées à la suite de désastres survenus à l'extérieur du pays. Ainsi, le peu d'études visant à comparer des groupes d'adultes d'âges différents à la suite de catastrophes et le manque de consensus dans les écrits scientifiques justifient l'importance de la présente recension des écrits.

## **L'ÂGE : À LA FOIS UN FACTEUR DE VULNÉRABILITÉ ET DE PROTECTION**

Plusieurs chercheurs se sont intéressés aux différentes façons dont les groupes de personnes réagissent à la suite d'un sinistre (Faupel et Styles, 1993 ; Freedy, Saladin, Kilpatrick, Resnick et Saunders, 1994 ; Meichenbaum, 1994 ; North, Smith, McCool et Lightcap, 1989 ; Spurell et McFarlane, 1993). Les effets d'un désastre varieraient selon l'âge, le sexe, l'état civil, le revenu et le niveau de scolarité des individus (Raphael, 1986). Gaitz et Scott (1972) expliquent que l'étude de ces variables est une tâche complexe étant donné que ces facteurs sont étroitement liés. Les résultats obtenus de la recension des écrits apportent des informations pertinentes concernant les facteurs de protection et de vulnérabilité, mais les conclusions manquent d'uniformité et les généralisations sont, par le fait même, rarement supportées (Gibbs, 1989). C'est le cas des recherches qui ont tenté d'étudier les réactions post-traumatiques en fonction de l'âge (Raphael, 1986).

C'est ainsi que Fry (1986) souligne l'importance d'étudier les difficultés que les personnes âgées risquent d'éprouver à la suite d'un traumatisme puisque ces dernières sont apparemment plus exposées à des facteurs physiques, psychologiques et environnementaux pouvant les amener à vivre davantage de stress que les individus plus jeunes. Il ajoute que plus les sources de stress sont importantes, plus le risque de souffrir d'isolement et de dépression chez les aînés est grand. En plus des problèmes liés aux pertes physiques, ces derniers risquent davantage de rencontrer certains facteurs sociaux, comme une situation financière précaire, la perte d'êtres chers, la réduction de leur mobilité et les changements dans leur voisinage, qui peuvent avoir des répercussions sur leur bien-être psychologique. Le développement de symptômes caractéristiques de la dépression et de l'anxiété chez les personnes vieillissantes s'expliquerait par un épuisement plus rapide de l'énergie dû à l'avancement en âge et par le fait qu'elles attribuent plus systématiquement leur sentiment d'impuissance à leur incapacité, plutôt qu'à l'événement en cause. La plupart des chercheurs s'entendent sur le fait que, comparativement aux jeunes adultes, les personnes âgées sont moins portées à se plaindre et à demander de l'aide et, conséquemment, ce sont elles qui en reçoivent le moins (Kaniasty *et al.*, 1990 ;



Thompson *et al.*, 1993 ; Ticehurst, Webster, Carr et Lewin 1996 ; Kilijanek et Drabek, 1979). De plus, Fields (1996) rapporte, dans un article recensant les écrits existant sur les conséquences des désastres chez les aînés, que ceux-ci ont plus de risques d'être seuls à la maison au moment du désastre et qu'ils démontrent une plus grande résistance à tenir compte des avertissements d'évacuation. Selon Huerta et Horton (1978), les personnes âgées rencontrent davantage de problèmes en ce qui a trait au nettoyage ou au réaménagement de leur logis. Elles seraient aussi moins portées à profiter de l'assistance financière d'organismes gouvernementaux en raison des stigmates qui s'y rattachent, préservant ainsi leurs besoins d'indépendance et d'intégrité personnelle (Huerta et Horton, 1978). Par ailleurs, Phifer (1990) explique que les personnes âgées entre 55 et 65 ans seraient plus vulnérables, car le sinistre aurait pour effet de retarder le projet de vie des individus envisageant de prendre leur retraite.

Des études plus récentes affichent toutefois une vue plus positive de la capacité d'adaptation des personnes vieillissantes. Ruskin et Talbot (1996) rapportent que la détresse psychologique associée aux symptômes de la dépression et de l'anxiété n'augmente pas ou diminue de façon marquée chez les 65 ans et plus à la suite de leur exposition à un sinistre, en dépit du processus d'âge et des stressors rencontrés à cette étape de la vie. La résistance des personnes âgées pourrait s'expliquer par le fait que celles-ci ont déjà traversé de nombreuses épreuves dans le passé et qu'elles ont surmonté avec succès une partie de leurs difficultés (Norris et Murrell, 1988 ; Norris, Phifer et Kaniasty, 1990). C'est aussi l'explication donnée par Green, Gleser, Lindy, Grace et Leonard (1996) qui, après avoir étudié les conséquences à long terme des inondations de Buffalo Creek, estiment que les victimes plus âgées ont peu de risques de développer des problèmes psychologiques à long terme puisque leurs stratégies d'adaptation et l'accumulation de leurs expériences passées faciliteraient l'acceptation, sans trop se laisser abattre par les difficultés rencontrées. D'après ces auteurs, les personnes âgées peuvent représenter une ressource importante auprès des jeunes familles et des amis, en raison de l'attitude positive et de l'effet calmant qu'elles seraient en mesure d'offrir. Mentionnons toutefois que, selon leurs résultats, l'ensemble de la population affectée, indépendamment de l'âge, a éprouvé des expériences de démoralisation.

sation, des problèmes de désorientation et a connu une modification profonde de ses relations sociales. Par ailleurs, Goenjian, Najarian, Pynoos, Steinberg, Manoukian, Tavoasian et Fairbanks (1994) rapportent que les victimes âgées présenteraient moins de symptômes d'intrusion que les plus jeunes, étant donné qu'elles participent moins aux efforts de secours déployés à la suite de la catastrophe et qu'elles sont, par le fait même, moins portées à être réexposées aux conséquences et aux images désastreuses de l'événement. Après avoir exploré les différents facteurs pouvant jouer un rôle déterminant sur l'adaptation des personnes âgées, la prochaine partie présente les résultats des études portant sur les effets des catastrophes sur la santé psychologique des victimes âgées.

### **LES CONSÉQUENCES DES CATASTROPHES SUR LA SANTÉ PSYCHOLOGIQUE DES AÎNÉS**

La première partie de cette section présente les études sur les conséquences des désastres qui ont été réalisées à partir d'un échantillon constitué essentiellement de participants âgés, tandis que la seconde résume des résultats d'études qui ont comparé l'état de santé biopsychosocial des groupes de personnes âgées et d'adultes plus jeunes à la suite de leur exposition à un sinistre. L'annexe 1 présente un tableau qui résume les résultats des principales études ayant traité des catastrophes naturelles ou technologiques chez les personnes âgées.

#### **Études portant uniquement sur les conséquences des désastres sur la santé biopsychosociale des personnes âgées**

En ce qui a trait aux conséquences d'un sinistre québécois sur la santé des personnes âgées, Maltais, Robichaud et Simard (2001) ainsi que Maltais, Lachance et Brassard (2002) soulignent que les personnes âgées de cinquante ans et plus exposées à un sinistre rapportent de nombreux problèmes de santé physique et psychologique qui les ont empêchées de poursuivre leurs activités habituelles et qui ont nécessité le recours à des médecins, à des travailleurs sociaux et à des psychologues. C'est ainsi que les données d'une

recherche qualitative ont permis de constater que les problèmes de santé physique et psychologique les plus fréquemment rapportés ont été le vieillissement prématuré, une grande fatigue, une perte d'enthousiasme, la présence de malaises et de maux chroniques ainsi que des pertes de poids et des problèmes de sommeil (Maltais, Robichaud et Simard, 2001). Pour sa part, les résultats d'une recherche quantitative réalisée auprès de 75 sinistrés âgés de cinquante et plus et de 57 non-sinistrés du même âge indiquent que deux ans après les inondations de juillet 1996, les sinistrés présentent un état de santé physique et psychologique plus précaire ainsi que des conditions de vie plus difficiles que les non-sinistrés (Maltais, Lachance et Brassard, 2002). Les victimes des inondations sont, entre autres, plus nombreuses à considérer que leur état de santé physique est moyen ou mauvais et à déclarer l'apparition ou l'exacerbation de problèmes de santé. Elles présentent également plus de manifestations de stress post-traumatique et de dépression que les non-sinistrés. Leurs scores aux échelles d'anxiété/insomnie, de dysfonction sociale et de symptômes somatiques sont également plus élevés, mais aucune différence significative n'est décelée entre les répondants en ce qui concerne la dépression grave. Leur bien-être psychologique est également inférieur à celui des non-sinistrés.

Les résultats d'autres recherches réalisées auprès de personnes âgées exposées à différents types de catastrophes rapportent aussi la présence de répercussions négatives. C'est ainsi qu'un an après le passage de l'ouragan Agnès en 1972, ayant causé d'importantes inondations, Poulshock et Cohen (1975), dans une enquête réalisée auprès de 250 adultes de plus de soixante ans gravement exposés au désastre, démontrent qu'une proportion non négligeable (24 %) des participants interviewés ont rapporté des expériences de nervosité, des peurs et des cauchemars liés à l'événement. De plus, ces derniers ont été affligés par des sentiments de tristesse, de dépression, d'isolement et de solitude. Certaines personnes âgées (6 %) ont également éprouvé de l'incertitude, de l'insécurité, de la colère, de la désorientation et de l'instabilité pendant plus d'un an.

À la suite d'une étude longitudinale effectuée auprès de 222 adultes âgés de cinquante-cinq ans et plus, Phifer et Norris (1989) ont aussi observé que, deux ans après des inondations, la destruction de la communauté et les pertes personnelles contribuent à augmenter la

dépression et à diminuer le bien-être psychologique des victimes. Par contre, ils n'ont pas trouvé d'effet à long terme sur les symptômes d'anxiété.

Toujours à partir du même échantillon, Norris, Phifer et Kaniasty (1990) soulèvent que l'accroissement des émotions comme la tristesse, le découragement, l'anxiété, l'irritabilité et l'agitation, en réaction aux pertes personnelles, influence l'affect des personnes âgées, tandis que les dommages causés à l'ensemble de la communauté amèneraient les aînés à entretenir une perception plus négative de leur environnement et à vivre une baisse d'énergie ainsi qu'une diminution de l'intérêt et du plaisir de vivre. La peur de voir l'événement se répéter amène certains aînés à être anxieux, tendus et nerveux, en plus de manifester des symptômes physiques tels que des tensions musculaires, de la fatigue, des pertes d'appétit ainsi que des difficultés de sommeil (Norris *et al.*, 1990). Selon Norris *et al.* (1990), l'importance de ces symptômes augmente en fonction de la destruction de la communauté et du découragement des citoyens affectés.

Phifer (1990) a pour sa part réparti cet échantillon des 222 adultes âgés en trois groupes d'âge (55-64 ans, 65-74 ans, 75 ans et plus) dans le but de les comparer et de déterminer leur vulnérabilité en fonction de différents facteurs. Les résultats indiquent que les individus âgés de 55 à 64 ans, de même que les personnes de sexe masculin et celles de classe socio-économique faible, sont plus susceptibles de voir leurs symptômes psychologiques augmenter dix-huit mois après le désastre.

Une autre étude longitudinale, effectuée cette fois auprès d'un échantillon de 167 femmes âgées de soixante-cinq ans et plus, a permis de conclure, plus de deux ans après une inondation, que, comparativement à un groupe contrôle, les victimes éprouvent davantage de problèmes de détresse émotionnelle et physique (Mellick et Logue, 1985-1986). Les femmes âgées de soixante-cinq ans et plus considèrent qu'elles sont plus à risque d'éprouver de la détresse reliée au désastre, particulièrement la détresse physique. À la suite des inondations, les femmes sinistrées se perçoivent aussi comme ayant une moins bonne qualité de vie, des pensées plus fréquentes à propos des inondations et une perception plus négative

de leur état d'âme que le groupe contrôle. Par contre, après cinq ans, les femmes sinistrées se portent aussi bien, sinon mieux, que les autres femmes pour ce qui est des symptômes liés à la dépression, à l'anxiété et autres symptômes, à l'exception des troubles obsessionnels-compulsifs.

Krause (1987) a mesuré, à divers intervalles de temps échelonnés entre neuf et seize mois, les effets de l'ouragan Alicia en 1982 sur la dépression de 351 personnes âgées. Les résultats de cette étude indiquent que les effets d'une tempête sur la dépression diminuent au bout de seize mois et que les femmes sont initialement plus vulnérables que les hommes, mais s'adaptent elles aussi au cours de cette même période.

Bref, l'exposition à une catastrophe n'est pas sans conséquences pour la population âgée. Maintenant, il reste à savoir si les études recensées mettent en évidence la présence de liens entre l'importance des conséquences post-désastre et l'âge des individus.

### **Études visant à comparer les personnes âgées et les adultes plus jeunes**

Dans cette section, les études sont présentées en fonction des résultats obtenus : d'abord celles qui démontrent que les effets psychologiques d'un désastre sont plus importants chez les personnes âgées, puis celles qui soutiennent que les adultes plus âgés seraient moins affectés psychologiquement à la suite de désastres. Suivront les études qui, selon les variables étudiées, obtiennent des résultats partagés et ensuite celles qui n'indiquent aucune différence entre les groupes d'âge.

#### *Études démontrant que les personnes âgées sont plus affectées par les effets psychologiques d'un désastre*

Plusieurs mois après la saison des inondations en Oklahoma, Hansson, Noulles et Bellovich (1982) ont distribué un questionnaire auto-administrable incluant des instruments de mesure standardisés, dont la version modifiée du Beck Depression Inventory (BDI)

(Beck, 1967), qui a été rempli par 166 adultes sinistrés et non sinistrés. Ils ont découvert que l'augmentation en âge est associée à une augmentation de la vulnérabilité au trauma pour les trois variables suivantes : la peur, le désespoir et la dépression. Pour sa part, une recherche effectuée auprès d'un échantillon de 1 116 adultes sinistrés a révélé que, cinq mois après le passage d'une tornade, la fréquence de l'état de stress post-traumatique est plus élevée chez les personnes de soixante-cinq ans et plus ou à la retraite que chez les adultes âgés de moins de soixante-cinq ans (Madakasira et O'Brien, 1987).

Les résultats d'une autre étude effectuée cinq mois après la survenue d'un tremblement de terre à Los Angeles en 1991, auprès de 229 victimes âgées entre dix-huit et quatre-vingt-cinq ans, indiquent que les femmes, les personnes âgées ainsi que les familles ayant un revenu modeste sont plus à risque de souffrir de détresse psychologique cinq mois après l'exposition au désastre (Freedy, Saladin, Kilpatrick, Resnick et Saunders, 1994). Une autre étude longitudinale effectuée auprès de 142 sinistrés, trois et huit semaines suivant le tremblement de terre au Japon (Kato, Asukai, Miyake, Minakawa et Nishayama, 1996) indique que trois semaines après le sinistre, les adultes âgés de soixante ans et plus sont plus nombreux à présenter des symptômes dépressifs et bien d'autres symptômes comme les difficultés de sommeil, les cauchemars, les sautes d'humeur et la culpabilité que les adultes plus jeunes. Par contre, après huit semaines, seules les personnes âgées voient leurs symptômes diminuer.

Lors d'une importante étude visant à identifier les conséquences psychosociales d'un tremblement de terre, Ticehurst, *et al.* (1996) ont comparé, deux ans après, 2 371 adultes âgés de moins de soixante-cinq ans à 636 personnes de soixante-cinq ans ou plus en fonction de leur exposition ou non au sinistre. En utilisant des mesures psychométriques telles que l'Impact of Event Scales (IES) (Horowitz, Wilner et Alvarez, 1979) et le General Health Questionnaire (GHQ-12) (Goldberg, 1972), ces auteurs démontrent que les personnes âgées souffrent davantage de détresse spécifique que les adultes plus jeunes, même si elles rapportent moins d'expériences de perturbation et de menace reliées à l'événement. De plus, les résultats indiquent que parmi cette population, les femmes, et parti-

culièrement celles âgées de soixante-cinq ans ou plus, représentent un groupe plus vulnérable que la gent masculine. Dans d'autres analyses effectuées auprès du même échantillon, Carr, Lewin, Webster, Hazell, Kenardy et Carter (1995) soulignent que les personnes âgées sont plus vulnérables aux manifestations post-traumatiques qu'à la détresse psychologique et que les expériences traumatiques sont particulièrement difficiles pour ce groupe d'âge. Carr, Lewin, Webster et Kenardy (1997) ajoutent aussi que les effets d'exposition sont plus marqués chez les personnes âgées. En effet, les victimes âgées qui ont été hautement exposées au sinistre continuent à présenter des niveaux élevés de perturbations deux ans après l'événement (Carr *et al.*, 1997). À partir de l'échantillon original, Lewin, Carr et Webster (1998) ont retenu, pour la dernière phase de leur étude, 515 participants ayant les plus hauts niveaux de perturbation et de menace liés à l'exposition. Ils ont conclu que les personnes âgées font partie des groupes dont la morbidité psychologique dure le plus longtemps et qu'elles sont particulièrement vulnérables aux symptômes post-traumatiques persistants.

*Études soutenant que les adultes plus âgés seraient moins affectés psychologiquement à la suite de leur exposition à un désastre*

Contrairement aux études précédentes, Green *et al.* (1996) montrent que, comparativement aux personnes dont l'âge se situe entre seize et cinquante ans, les personnes âgées de cinquante ans et plus sont moins affectées et risquent moins de développer des problèmes psychologiques à long terme à la suite d'un désastre (inondations de Buffalo Creek). Ces résultats proviennent d'une étude longitudinale effectuée auprès de 198 victimes des inondations qui ont été soumises à une évaluation psychiatrique afin de vérifier la présence de symptômes somatiques, dépressifs, anxieux et hostiles.

Huerta et Horton (1978) ont pour leur part démontré, dans une étude effectuée auprès de 387 adultes ayant vécu des inondations, que six mois après le désastre, les personnes de soixante-cinq ans et plus réagissent mieux au plan émotionnel que les adultes de moins de soixante-cinq ans, tandis que Price (1978) a interviewé, douze mois et vingt-quatre mois après des inondations (Brisbane), 1 202 personnes sinistrées et non sinistrées afin de vérifier l'effet du désastre

sur leur santé physique et mentale, selon l'âge et le sexe des répondants. Les résultats indiquent que la présence de symptômes psychologiques est plus importante en milieu de vie, c'est à dire que les adultes âgés entre trente-cinq et soixante-cinq ans sont plus affectés à la suite des inondations. Les femmes de moins de soixante-cinq ans ont également plus de symptômes psychologiques que les hommes ; toutefois, cette différence s'estompe après soixante-cinq ans. Les aînés de plus de soixante-quinze ans sont moins touchés par l'impact des inondations que le groupe de trente-cinq à soixante-cinq ans. En fait, les personnes âgées de soixante-quinze ans et plus étaient affectées défavorablement par les inondations, qu'elles aient été sinistrées ou non.

Bolin et Klenow (1983, 1988) considèrent aussi, à la suite de deux études suivant le passage de deux tornades au Texas, que les personnes âgées de soixante ans et plus récupèrent moins bien que les adultes plus jeunes au plan économique deux semaines et un an après le désastre. Toutefois, au plan émotionnel et psychosocial, elles font mieux face aux situations stressantes occasionnées par le désastre. Bolin et Klenow (1983) ajoutent que le désastre aurait eu un effet moins traumatisant pour les victimes âgées. Dans la seconde étude visant à vérifier, huit mois après la seconde tornade, le rétablissement psychosocial et émotionnel de 431 familles sinistrées, Bolin et Klenow (1988) indiquent que les effets négatifs des changements résidentiels fréquents sont plus marqués chez les adultes âgés de soixante-cinq ans et plus que pour le groupe d'adultes plus jeunes. Donc, les personnes âgées seraient plus vulnérables pour ce type de stresser post-désastre. Quant au rétablissement psychosocial des personnes âgées, les résultats corroborent ceux de la première étude à l'effet que les personnes âgées sont moins vulnérables aux perturbations psychosociales du désastre.

Dans une étude de Norris (1992) qui avait comme objectif d'examiner la fréquence et l'impact de divers événements traumatisants sur la manifestation de l'état de stress post-traumatique auprès d'un échantillon de 1 000 adultes sinistrés et non sinistrés réparti en trois groupes d'âge : les jeunes adultes (de 18 à 39 ans), le milieu de la vie (de 40 à 59 ans) et les personnes âgées (de 60 ans et plus), les résultats indiquent que parmi les groupes d'adultes ayant été exposés à plusieurs événements stressants dont l'ouragan Hugo, les



personnes âgées sont moins nombreuses à rencontrer l'ensemble des critères de l'état de stress post-traumatique, de même qu'elles ne sont pas plus à risque d'être exposées à des événements stressants. À partir du même échantillon, Thompson, Norris et Hanecek (1993) ont observé, un an après le désastre, que les sinistrés au mitan de la vie sont les plus affectés au plan de l'état de stress post-traumatique et de la détresse psychologique se traduisant par la manifestation d'anxiété, de dépression et de somatisation. Cependant, lors d'une analyse exploratoire subséquente portant sur les mêmes variables dépendantes, Thompson *et al.* (1993) ont constaté, après avoir réparti l'échantillon en quatre groupes d'âge (18-34, 35-49, 50-64 et 65 ans et plus), que le groupe des 50 à 64 ans est celui le plus affecté.

#### *Études obtenant des résultats mitigés*

Miller, Turner et Kimball (1981) ont réalisé, un an après des inondations, une recherche visant à identifier la présence de symptômes psychophysiologiques auprès de 97 unités familiales dont les membres sont âgés entre vingt et soixante-cinq ans, et de soixante-cinq personnes âgées de cinquante ans et plus. D'après leurs résultats, les personnes âgées sont plus nombreuses à rapporter de l'insomnie, de la fatigue, des cauchemars et des troubles de concentration, tandis que les familles rapporteraient plus de nervosité, d'irritabilité, d'anxiété, de culpabilité, de solitude, de peurs irrationnelles et de dévalorisation. Il est à noter que les symptômes rapportés se retrouvent dans les deux catégories (familles et personnes âgées), mais en proportions différentes, et que ces résultats proviennent de statistiques descriptives ne permettant pas de vérifier si ces différences sont significatives ou non. De plus, selon Goenjian *et al.* (1994), les personnes âgées victimes d'un tremblement de terre obtiennent des scores plus élevés aux symptômes liés à l'activation neurovégétative et plus bas aux symptômes liés à l'évitement et aux intrusions.

*Études ne rapportant aucune différence entre les groupes d'âge*

À la suite d'une étude comparative effectuée auprès de 124 victimes d'inondations, Ollendick et Hoffmann (1982) ont démontré que les personnes âgées de soixante ans et plus et les adultes âgés de vingt-quatre à cinquante-neuf ans ont obtenu des résultats comparables aux mesures de dépression et de stress. Cela signifie que la majorité des victimes, indépendamment de leur âge, se percevaient comme étant plus dépressives et stressées huit mois après le passage des inondations. Pour leur part, Burger, Staden et Nieuwoudt (1989) ont observé, à la suite d'une inondation, que les femmes vivent plus d'expériences de stress post-traumatique que les hommes, mais ils n'ont trouvé aucun lien entre l'âge et les manifestations de cet état. Il est toutefois probable que l'absence de différences significatives entre les différents groupes d'âge pour les manifestations de l'état de stress post-traumatique soit attribuable à la taille restreinte de l'échantillon (N=20). Dans une étude plus vaste, Shore, Tatum et Volmer (1986) n'ont décelé aucune différence entre les groupes d'âge (18-34, 35-44, 45-59 et 60-79 ans) quant à la dépression, l'anxiété et l'état de stress post-traumatique un an après l'éruption du mont St. Helens, et ce, malgré qu'ils aient interviewé 1 025 participants. Leurs résultats indiquent toutefois que les femmes ont été plus affectées que les hommes à la suite du désastre.

**CONCLUSION**

En somme, certaines recherches supportent l'hypothèse que les personnes âgées sont plus vulnérables aux effets d'un désastre que les adultes plus jeunes (Carr *et al.*, 1995, 1997, 1997 ; Freedy, *et al.*, 1994 ; Lewin *et al.*, 1998 ; Goenjian *et al.*, 1994 ; Hansson *et al.*, 1982 ; Kato *et al.*, 1996 ; Madakasira et O'Brien, 1987 ; Ticehurst *et al.*, 1996). Leurs résultats indiquent que les aînés sont particulièrement vulnérables à la suite d'un désastre pour les variables comme les manifestations de l'état de stress post-traumatique, l'état de santé général, la détresse psychologique, les symptômes dépressifs, la peur et le désespoir. D'autres études soutiennent plutôt que les aînés sont moins affectés ou récupèrent mieux que les groupes d'adultes plus jeunes à la suite d'une catastrophe (Bolin et Klenow, 1983, 1988 ; Green *et al.*, 1996 ; Huerta et Horton,

1978 ; Norris, 1982 ; Price, 1978 ; Thompson *et al.*, 1993). Selon ces auteurs, les personnes âgées réagissent mieux aux plans émotionnel et psychosocial, de même qu'au plan des symptômes psychologiques, dont les manifestations de l'état de stress post-traumatique et les symptômes dépressifs, anxieux, somatiques et hostiles. Seulement trois recherches n'ont pas observé de différence entre les groupes d'âge pour les variables telles les manifestations de l'état de stress post-traumatique, la dépression et l'anxiété (Burger *et al.*, 1989 ; Ollendick et Hoffmann, 1982 ; Shore *et al.*, 1986).

## BIBLIOGRAPHIE

- BECK, A.T. (1967), *Depression : Cause and Treatment*, Philadelphia, University of Pennsylvania Press.
- BOLIN, R. et D.J. KLENOW (1982-1983). « Response of the Elderly to Disaster : an Age-stratified Analysis », *Aging and Human Development*, vol. 16, n° 4, p. 283-296.
- BOLIN, R. et D.J. KLENOW (1988). « Older People in Disaster : a Comparison of Black and White Victims », *Aging and Human Development*, vol. 26, n° 1, p. 29-43.
- BURGER, L., F. STADEN et J. NIEUWOULDT (1989). « The Free State Floods : a Case Study », *South African Journal of Psychology*, vol. 19, n° 4, p. 205-209.
- CARR, V.J., T.J. LEWIN, R.A. WEBSTER, P.L. HAZELL, J.A. KENARDY et G.L. CARTER (1995). « Psychosocial Sequelae of the Newcastle Earthquake : I. Community Disaster Experiences and Psychological Morbidity 6 Months Post-disaster », *Psychosomatic Medicine*, vol. 25, p. 539-555.
- CARR, V.J., T.J. LEWIN, R.A. WEBSTER et J.A. KENARDY (1997). « A Synthesis of Findings from the Quake Impact Study : a Two-year Investigation of the Psychosocial Sequelae of the 1989 Newcastle Earthquake », *Social Psychiatry Psychiatrist Epidemiology*, vol. 32, p. 123-136.
- CRABBS, M.A. et E. HEFFRON (1981). « Loss Associated with a Natural Disaster », *The Personnel and Guidance Journal*, vol. 59, n° 6, p. 378-382.

- FAUPEL, C.E. et S.P. STYLES (1993). « Disaster Education, Household Preparedness, and Stress Responses following Hurricane Hugo », *Environnement and Behavior*, vol. 7, n° 2, p. 228-249.
- FIELDS, R.B. (1996). « Severe Stress and the Elderly », in P.E. Ruskin et J.A. Talbot (sous la direction de), *Aging and Posttraumatic Stress Disorder*, Washington, DC, American Psychiatric Press, Inc., p. 101-125.
- FREEDY, J.R., SALADIN, M.E., KILPATRICK, D.S., RESNICK, H.S. et SAUNDERS, B.E. (1994). « Understanding Acute Psychological Distress following Natural Disaster », *Journal of Traumatic Stress*, vol. 7, n° 2, p. 257-273.
- FRY, P.S. (1986). *Depression, Stress and Adaptations in the Elderly*, Calgary, Aspen Publishers, Inc.
- GAITZ, C.M. et J. SCOTT (1972). Age and the Measurement of Mental Health, *Journal of Health et Social Behavior*, vol. 13, mars, p. 55-67.
- GIBBS, M.S. (1989). « Factors in the Victim that Mediate between Disaster and Psychopathology : a Review », *Journal of Traumatic Stress*, vol. 2, n° 4, p. 489-514.
- GOENJIAN, A.K., NAJARIAN, L.M., PYNOOS, R.S., STEINBERG, A.M., MANOUKIAN, G., TAVOSIAN, A. et L.A. FAIRBANKS (1994). « Post-traumatic Stress Disorder in Elderly and Younger Adults after the 1988 Earthquake in Armenia », *American Journal of Psychiatry*, vol. 151, n° 6, p. 895-901.
- GOLDBERG, D.P. (1972). *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire*, London, Oxford University Press.
- GREEN, B.L., GLESER, J.C., LINDY, J.D., GRACE, M.C. et LEONARD A.C. (1996). « Age Related Reactions to the Buffalo Creek Dam Collapse », in P.E. Ruskin et J.A. Talbot (sous la direction de), *Aging and Posttraumatic Stress Disorder*, Washington, DC, American Psychiatric Press, Inc., p. 101-125.
- HANSSON, R.O., D. NOULLES et S.J. BELLOVICH (1982). « Knowledge, Warning and Stress », *Environment and Behavior*, vol. 14, p. 171-185.
- HOROWITZ, M., N. WILNER et W. ALVAREZ (1979). « Impact of Event Scale : a Measure of Subjective Stress », *Psychosomatic Medicine*, vol. 41, n° 3, p. 209-218.

- HUERTA, F. et R. HORTON (1978). « Coping Behavior of Elderly Flood Victims », *The Gerontologist*, vol. 18, n° 6, p. 541-546.
- KANIASTY, K., F. NORRIS et S.A. MURELLE (1990). « Received and Perceived Social Support following Natural Disaster », *Journal of Applied Social Psychology*, vol. 20, p. 85-114.
- KATO, H., N. ASUKAI, Y. MIYAKE, K. MINAKAWA et A. NISHAYAMA (1996). « Post-traumatic Symptoms among Younger and Elderly Evacuees in Early Stages following the 1995 Hanshin-Awaji Earthquake in Japan », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 93, p. 477-481.
- KILIJANEK, T.S. et T.E. DRABEK (1979). Assessing Long Term Impacts of Natural Disaster : a Focus on Elderly », *Gerontologist*, vol. 19, p. 555-566.
- KRAUSE, N. (1987). Exploring the Impact of a Natural Disaster on the Health and Psychological Well-being of Older Adults, *Journal of Human Stress*, vol. 13, n° 2, p. 61-69.
- LEWIN, T.J., V.J. CARR et R.A. WEBSTER (1998). « Recovery from Post-earthquake Psychological Morbidity : who Suffers and Who Recovers ? », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 32, p. 15-20.
- MADAKASIRA, S. et K.F. O'BRIEN (1987). « Acute Posttraumatic Stress Disorder in Victims of a Natural Disaster », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 175, p. 286-290.
- MALTAIS, D., S. ROBICHAUD et A. SIMARD (2001). « Conséquences des inondations de juillet 1996 sur la conception du chez-soi et la santé biopsychosociale des préretraités et retraités », *Revue canadienne du vieillissement*, vol. 20, n° 3, p. 407-426.
- MALTAIS, D., L. LACHANCE et A. BRASSARD (2002). « Les conséquences d'un sinistre sur la santé des personnes âgées de 50 ans et plus : étude comparative entre sinistrés et non-sinistrés », *Revue francophone du stress et du trauma*, article qui sera publié en septembre 2002.
- MEICHENBAUM, D. (1994). *A Clinical Handbook : Practical Therapist Manual*, Waterloo, Institute Press.

- MELLICK, M.E. et J.N. LOGUE (1985-1986). The Effect of Disaster on Health and Well-being of Older Women », *International Journal of Aging Human Development*, vol. 21, p. 27-38.
- MILLER, J.A., J.G. TURNER et E. KIMBALL (1981). « Big Thompson Flood Victims : One Year Later », *Family Relations*, vol. 30, p. 111-116.
- NORTH, C.S., E.M. SMITH, R.E. MCCOOL et P.E. LIGHTCAP (1989). « Acute Postdisaster Coping Adjustment », *Journal of Traumatic Stress*, vol. 2, n° 3, p. 353-360.
- NORRIS, F.H. (1982). « Epidemiology of Trauma : Frequency and Impact of Different Potentially Traumatic Events on Different Demographic Groups », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 60, n° 3, p. 409-418.
- NORRIS F.H. et S.A. MURRELL (1988). « Prior Experience as a Moderator of Disaster Impact on Anxiety Symptoms in Older Adults », *Journal of Community Psychology*, vol. 16, n° 5, p. 665-683.
- NORRIS, F.H., F. PHIFER et K. KANIASTY (1990). « Individual and Community Reactions to the Kentucky Floods : Findings from a Longitudinal Study of Older Adults », in R.J. Ursano, B.G. McCaughey et C.S. Fullerton (sous la direction de), *Individual and Community Responses to Trauma and Disaster : the Structure of Human Chaos*, Cambridge University Press, p. 378-400.
- OLLENDICK, D.G. et S.M. HOFFMANN (1982). « Assessment of Psychological Reactions in Disaster Victims », *Journal of Community Psychology*, vol. 10, p. 157-167.
- OLSON, L. (1993). « After the Flood : the Dripping Faucet Syndrome », *Journal of the Iowa Medical Society*, vol. 83, n° 9, p. 324-328.
- PHIFER, J.F. (1990). « Psychological Distress and Somatic Symptoms in Older Adults », *Psychology and Aging*, vol. 5, n° 3, p. 412-420.
- PHIFER, J. et F. NORRIS (1989). « Psychological Symptoms in Older Adults following Natural Disaster : Nature, Timing, Duration, and Course », *Journal of Gerontology*, vol. 44, p. 207-217.
- POULSHOCK, S.W. et E.S. COHEN (1975). « The Elderly in Aftermath of Disaster », *Gerontologist*, vol. 15, p. 357-361.

- PRICE, J. (1978). « Some Age-related Effects of the 1974 Brisbane Floods », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 12, n° 55, p. 55-58.
- RAPHAEL, B. (1986). *When Disaster Strikes : How Individuals and Communities Cope with Catastrophe*, New York, Basic Books.
- RUSKIN, P.E. et S.A. TALBOT (sous la direction de) (1996). *Aging and Posttraumatic Stress Disorder*, Washington, DC, American Psychiatric Press. Inc.
- SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL DU CANADA (1992). *Services personnels, planification psychosociale en cas de sinistres*, Ministère des Approvisionnements et Services Canada.
- SHORE, J.H., E. TATUM et W. VOLLMER (1986). « Psychiatric Reactions to Disaster : the Mt. St. Helens Experience » *American Journal of Psychiatry*, vol. 143, p. 590-595.
- SPURELL, M.T. et A.C. MCFARLANE (1993). « Post-traumatic Stress Disorder and Coping after a Natural Disaster », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 48, n° 4, p. 194-200.
- THOMPSON, M.P., F.H. NORRIS et B. HANACEK (1993). « Age Differences in the Psychological Consequences of Hurricane Hugo », *Psychology and Aging*, vol. 8, n° 4, p. 606-616.
- TICEHURST, S., A. WEBSTER, J. CARR et T.J. LEWIN (1996). « The Psychosocial Impact of an Earthquake on the Elderly », *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 11, p. 943-951.

## ANNEXE 1

Tableau 1

### Sommaire des études portant sur les conséquences des catastrophes sur la santé psychologique des personnes âgées

Études	Événements	Méthodes	Conclusions
1.1 Études portant uniquement sur les personnes âgées			
Phifer & Norris (1989)	2 inondations Kentucky, 1981 et 1984	<ul style="list-style-type: none"><li>• Étude longitudinale</li><li>• 2 phases (1 an et 5 ans après la première inondation, soit 2 ans avant et 2 ans après la deuxième inondation)</li><li>• N=222</li><li>• 3 groupes d'âge (55-64, 64-74, 75 et plus)</li><li>• 3 degrés d'exposition</li><li>• Dépression, anxiété, bien-être, santé générale, fonctionnement social</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• La destruction de la communauté et les pertes personnelles contribuent significativement à une augmentation de la dépression et à une diminution du bien-être.</li><li>• L'exposition aux inondations n'a pas d'impact à long terme (20-24 mois) sur les symptômes d'anxiété.</li><li>• La présence ou non de réactions psychologiques peut dépendre de la gravité du désastre, de l'intervalle entre le désastre et l'interview, ainsi que du moment de l'interview (saison, événements).</li></ul>



Études	Événements	Méthodes	Conclusions
Phifer (1990)	Idem	Idem	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'exposition aux inondations augmente les symptômes dépressifs, anxieux et somatiques, 18 mois après.</li> <li>• Les personnes âgées de 55 à 64 ans, particulièrement les hommes et les personnes à revenu modeste, sont plus susceptibles de voir leurs symptômes psychologiques augmenter.</li> </ul>
Norris, Phifer, & Kaniasty (1990)	Idem	Idem	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'augmentation de l'affect négatif (tristesse, anxiété, découragement, colère et agitation) est encore apparente après 2 ans.</li> <li>• La diminution de l'affect positif (optimisme, enthousiasme, intérêt face à la vie et énergie) en fonction de la destruction de la communauté persiste même après 2 ans.</li> <li>• La fatigue persiste au bout de 2 ans et son niveau est associé au déclin de l'affect positif.</li> <li>• Les personnes âgées de 55 à 64 ans ont plus de difficulté à s'adapter, et ce groupe d'âge est plus fortement associé à une augmentation des symptômes dépressifs.</li> </ul>

Études	Événements	Méthodes	Conclusions
Melick & Logue (1985-86)	Inondations Pennsylvanie, 1977	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Étude longitudinale</li> <li>• 3 phases (2, 3, 5 ans)</li> <li>• N = 167</li> <li>• Femmes de 65 ans et plus</li> <li>• Sinistrés et non-sinistrés</li> <li>• Santé, bien-être, dépression et anxiété</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les femmes âgées de 65 ans et plus se perçoivent comme étant à plus haut risque d'éprouver de la détresse reliée au désastre, particulièrement la détresse physique.</li> <li>• À la suite des inondations, les femmes sinistrées se perçoivent comme ayant une moins bonne qualité de vie, des pensées plus fréquentes à propos des inondations et une perception plus négative de leurs états d'âme que le groupe contrôle.</li> <li>• Après 5 ans, les femmes sinistrées se portent aussi bien, sinon mieux, que celles qui n'ont pas été inondées aux mesure de l'anxiété, de la dépression et autres symptômes, à l'exception de l'obsession de compulsion.</li> </ul>
Poulshock & Cohen (1975)	Inondations à la suite de l'ouragan Agnès Pennsylvanie, 1972	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recherche descriptive</li> <li>• 1 an après</li> <li>• N = 250</li> <li>• Adultes de 60 ans et plus</li> <li>• Gravement exposés</li> <li>• Enquête sur leurs perceptions de leurs besoins et sur les effets des inondations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 24 % des personnes âgées rapportent des expériences de nervosité, peurs, cauchemars, pleurs, bouleversements, changements, tristesse, dépression, isolement et solitude.</li> <li>• 6 % des personnes âgées expriment de l'incertitude, de l'insécurité, de la colère, de la désorientation et de l'instabilité.</li> <li>• 4 % des personnes âgées mettent en évidence leur sentiment de perte.</li> </ul>

Études	Événements	Méthodes	Conclusions
Maltais, Robichaud, & Simard (2001)	Inondations Saguenay, 1996	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Études de cas</li> <li>• N = 31</li> <li>• Préretraités âgés de 50 à 59 ans</li> <li>• Retraités âgés de 60 ans et plus</li> <li>• Enquête sur les difficultés rencontrées lors du processus de relocalisation, sur l'état de santé biopsychosociale et sur le concept du chez-soi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les répondants, indépendamment de leur âge, ont fait part de problèmes de santé physique et psychologique importants les empêchant de poursuivre leurs activités habituelles.</li> <li>• Plusieurs préretraités et retraités ont souligné la présence de malaises et maux chroniques, pertes de poids et de sommeil ainsi que d'une perte d'enthousiasme et de changements dans leurs comportements.</li> </ul>
Krause (1987)	Ouragan Alicia Texas, 1983	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cohorte synthétique</li> <li>• Mesures prises à divers intervalles de temps (9, 12, 14 et 16 mois)</li> <li>• N = 351</li> <li>• Adultes de 65 ans et plus</li> <li>• Dépression</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les effets principaux sur la dépression des personnes âgées à la suite du désastre ont diminué après 16 mois.</li> <li>• Initialement les femmes sont plus vulnérables, mais s'adaptent au bout de 16 mois.</li> </ul>

Études	Événements	Méthodes	Conclusions
1.2 Études comparatives entre les adultes et les personnes âgées			
Green, Gleser, Lindy, Grace, & Leonard (1996)	Inondations Buffalo Creek, 1972	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Étude longitudinale</li> <li>• 3 phases (18 mois, 26 mois et 14 ans)</li> <li>• N=198</li> <li>• 4 groupes d'âge (16-23, 24-38, 39-49, 50 et plus)</li> <li>• Évaluation psychiatrique</li> <li>• Détresse subjective : les symptômes somatiques, dépressifs, anxieux et hostiles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comparativement aux autres groupes, les personnes âgées sont moins affectées et risquent moins de développer des problèmes psychologiques à long terme, à la suite d'un désastre.</li> </ul>
Huerta & Horton (1978)	Inondations Teton, 1976	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Étude transversale</li> <li>• 6 mois après</li> <li>• N = 387</li> <li>• 2 groupes d'âge (adultes de moins de 65 ans et de 65 et plus)</li> <li>• Entrevues téléphoniques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les personnes âgées réagissent mieux au plan émotionnel que les adultes plus jeunes.</li> <li>• Les personnes âgées rencontrent plus de difficultés pour le ramassage, le ménage et les réparations à effectuer.</li> <li>• Elles sous-utilisent l'aide.</li> </ul>

Études	Événements	Méthodes	Conclusions
Miller, Turner, & Kimball (1981)	Inondations Thompson, 1976	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recherche descriptive</li> <li>• 1 an après</li> <li>• Familles (n = 97)</li> <li>• 2 groupes d'âge (20-40, 41-64)</li> <li>• Personnes âgées (n = 65)</li> <li>• 2 groupes d'âge (50-65, 66-93)</li> <li>• Interviews visant à identifier la présence de symptômes psychophysiologiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les personnes âgées sont plus nombreuses à rapporter les symptômes suivants : insomnie, fatigue, cauchemars, troubles de concentration et distractions.</li> <li>• Tandis que les familles rapportent plus de symptômes comme la nervosité, l'irritabilité, l'anxiété, la solitude, la culpabilité, les peurs irrationnelles, le manque d'intérêt pour le sexe et la dévalorisation.</li> </ul>
Ollendick & Hoffmann (1982)	Inondations 1978	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Étude transversale</li> <li>• 8 mois après</li> <li>• N = 124</li> <li>• 2 groupe d'âge (24-59, 60 et plus)</li> <li>• Dépression et stress</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La majorité des victimes se perçoivent comme étant plus dépressives et plus stressées qu'avant les inondations.</li> <li>• Il n'y a pas de différences entre les groupes d'âge ; les deux groupes obtiennent des résultats comparables.</li> </ul>

Études	Événements	Méthodes	Conclusions
Hansson, Noulles, & Bellovich (1982)	Inondations Oklahoma	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Étude transversale</li> <li>• Plusieurs mois après la saison des inondations</li> <li>• N = 166</li> <li>• Adultes sinistrés et non-sinistrés</li> <li>• Peur, désespoir, dépression, action, santé et stress</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'augmentation d'âge est associée à l'augmentation de la vulnérabilité au trauma dont la peur, le désespoir et la dépression.</li> </ul>
Price (1978)	Inondations Brisbane, 1974	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Étude longitudinale 12 et 24 mois après</li> <li>• N = 440 familles (1202 répondants)</li> <li>• 4 groupes d'âge (15-34, 35-64, 65-74, 75 et plus)</li> <li>• Sinistrés et non-sinistrés</li> <li>• Santé physique et mentale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La présence de symptômes psychologiques est plus importante en milieu de vie (35-64 ans).</li> <li>• Les femmes de moins de 65 ans ont plus de symptômes psychologiques que les hommes, toutefois cette différence s'estompe après 65 ans.</li> <li>• Les aînés de plus de 75 ans sont moins touchés par l'impact des inondations que le groupe de 35 à 65 ans ; en fait, les personnes âgées de 75 ans étaient affectées défavorablement par les inondations qu'elles aient été inondées ou non.</li> </ul>
Burger, Staden, & Nieuwoudt (1989)	Inondations Afrique du Sud, 1988	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Étude transversale</li> <li>• N = 20</li> <li>• Sinistrés âgés de 30 à 76 ans</li> <li>• Symptômes de l'état de stress post-traumatique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les femmes rapportent de plus hauts niveaux de stress que les hommes.</li> <li>• Il n'y a pas de différences significatives pour l'âge.</li> </ul>

Études	Événements	Méthodes	Conclusions
Madakasira & O'Brien (1987)	Tornade Caroline du Nord, 1984	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Étude transversale</li> <li>• 5 mois après</li> <li>• N = 1116</li> <li>• 4 groupes d'âge (18-24, 25-44, 45-64, 65 et plus)</li> <li>• État de stress post-traumatique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les symptômes les plus fréquemment rapportés par les répondants, indépendamment de leur âge, sont les pensées intrusives, l'activation neuro-végétative et les problèmes d'ordre cognitif dont une diminution de la mémoire et de la concentration.</li> <li>• Le facteur de dépression et la combinaison de la dépression et de la somatisation sont fortement associés à l'état de stress post-traumatique.</li> <li>• L'association entre le système de soutien social inadéquat et la gravité de l'état de stress post-traumatique.</li> <li>• Après 5 mois, la fréquence la plus élevée de l'état de stress post-traumatique se trouvait chez les personnes de 65 ans et plus ou les personnes à la retraite.</li> </ul>

Études	Événements	Méthodes	Conclusions
Bolin & Klenow (1988)	Tornade Texas, 1982	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Étude transversale</li> <li>• 8 mois après</li> <li>• N = 431 familles</li> <li>• 2 groupes d'âge (adultes de moins de 65 ans et de 65 et plus)</li> <li>• Rétablissement au plan psychosocial (émotionnel) et économique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les effets négatifs des changements résidentiels fréquents sont plus marqués chez les personnes âgées ; elles sont plus vulnérables pour cette forme de stress post-désastre.</li> <li>• Une aide gouvernementale adéquate est significativement associée au rétablissement psychosocial des personnes âgées.</li> <li>• Les personnes âgées se rétablissent mieux sur le plan psychosocial que les jeunes adultes ; elle sont moins vulnérables aux perturbations psychosociales du désastre.</li> </ul>
Bolin & Klenow (1983)	Tornade Texas, 1979	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Étude longitudinale</li> <li>• 2 phases : 2 semaines et 1 an</li> <li>• N = 302</li> <li>• 2 groupes d'âge (adultes de moins de 60 ans et de 60 et plus)</li> <li>• Utilisation des ressources</li> <li>• Impact et récupération au plan émotif et psychosocial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les personnes âgées perçoivent leurs pertes comme plus importantes que les victimes plus jeunes.</li> <li>• Les personnes âgées sous-utilisent l'aide provenant des amis, des voisins et de la parenté.</li> <li>• Elles récupèrent moins bien au plan économique, mais au plan émotionnel, elles font mieux face aux situations stressantes du désastre que les adultes plus jeunes.</li> <li>• Le désastre aurait eu un effet moins traumatique pour les personnes âgées.</li> </ul>



Études	Événements	Méthodes	Conclusions
Norris (1992)	Ouragan Hugo Caroline du Sud, Caroline du Nord, Georgie, 1989	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Étude longitudinale</li> <li>• 3 phases (12, 18 et 24 mois)</li> <li>• N = 1000</li> <li>• 3 groupes d'âge (18-39, 40-59, 60 et plus)</li> <li>• Sinistrés et non-sinistrés</li> <li>• État de stress post-traumatique</li> <li>• Événements traumatisants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les résultats indiquent que, parmi les groupes d'adultes ayant été exposés à plusieurs événements stressants, dont l'ouragan Hugo, les personnes âgées sont moins nombreuses à rencontrer l'ensemble des critères de l'état de stress post-traumatique, 1 an après.</li> <li>• Les personnes âgées ne sont pas plus à risque d'avoir une fréquence élevée d'événements stressants.</li> </ul>
Thompson, Norris, & Hanecek (1993)	Idem	<p>Idem</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• N = 1000</li> <li>• État de stress post-traumatique</li> <li>• Détresse psychologique : anxiété, dépression et somatisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les personnes âgées sont moins affectées que les adultes plus jeunes, 1 an après.</li> <li>• Lors d'exposition grave, le groupe des 40-59 ans est le plus affecté.</li> <li>• Une analyse exploratoire (4 groupes d'âge : 18-34, 35-49, 50-64, 65 et plus) indique que ce sont les personnes de 50-64 ans qui sont les plus affectées.</li> <li>• Les personnes âgées reçoivent et demandent moins d'aide.</li> </ul>

Études	Événements	Méthodes	Conclusions
Shore, Tatum, & Vollmer (1986)	Éruption volcanique Mont St. Helens, 1980	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Étude transversale</li> <li>• 1 an après</li> <li>• N = 1025</li> <li>• 3 degrés d'exposition</li> <li>• 4 groupes d'âge (18-34, 35-44, 45-59, 60-79)</li> <li>• Réactions psychiatriques : dépression, anxiété généralisée et état de stress post-traumatique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ils n'ont pas trouvé de différence dans la prévalence des symptômes liés à la dépression, à l'anxiété et à l'état de stress post-traumatiques en fonction de l'âge des participants.</li> <li>• Les femmes sont plus affectées que les hommes.</li> </ul>
Freedy, Saladin, Kilpatrick, Resnick, & Saunders (1994)	Tremblement de terre Los Angeles, 1991	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Étude transversale</li> <li>• De 4 à 7 mois après</li> <li>• N = 229</li> <li>• Adultes âgés de 18 à 84 ans</li> <li>• Conservation des ressources et détresse psychologique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les variables sexe, âge et revenus familiaux sont significativement reliées à la détresse psychologique.</li> <li>• Les femmes, les personnes âgées de même que les familles ayant un revenu modeste, sont plus à risque de souffrir de détresse psychologique cinq mois après un désastre.</li> </ul>

Études	Événements	Méthodes	Conclusions
Ticehurst, Webster, Carr, & Lewin (1996)	Tremblement de terre Australie, 1989	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Étude longitudinale 4 phases (27, 50, 86 et 114 semaines)</li> <li>• N=3007</li> <li>• 2 groupes d'âge (adultes de moins de 65 ans et de 65 et plus)</li> <li>• Sinistrés et non-sinistrés</li> <li>• État de stress post-traumatique, morbidité générale, stratégies d'adaptation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les personnes âgées rapportent un plus haut niveau de symptômes d'état de stress post-traumatique et un effet plus marqué à l'échelle de santé générale que les jeunes adultes.</li> <li>• Parmi les personnes âgées, ce sont les femmes, ainsi que les victimes plus gravement touchées et les personnes qui utilisent des stratégies d'évitement qui sont plus affectées.</li> <li>• Les personnes âgées utilisent moins les services de support.</li> </ul>
Carr, Lewin, Webster, Hazell, Kenardy, & Carter (1995)	Idem	Idem	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliser des stratégies comme l'évitement, le fait d'être de sexe féminin, d'avoir un faible support social et d'être âgé, sont des caractéristiques associées à une haute détresse psychologique, après le désastre.</li> <li>• Les personnes âgées sont plus vulnérables aux symptômes post-traumatiques qu'à la détresse psychologique.</li> <li>• Les expériences traumatiques sont particulièrement difficiles pour les personnes âgées.</li> </ul>

Études	Événements	Méthodes	Conclusions
Carr, Lewin, Webster, & Kenardy (1997)	Idem	Idem	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les effets d'exposition sont plus marqués chez les personnes âgées ; celles qui sont hautement exposées continuent à rapporter des niveaux élevés de perturbation, après 2 ans.</li> <li>• Même si les personnes âgées semblent avoir moins de risque de souffrir de morbidité psychologique, elles sont plus portées à vivre seules et probablement isolées socialement.</li> <li>• Les personnes âgées sont aussi plus à risque de souffrir d'état de stress post-traumatique et sous-utilisent les services d'aide.</li> </ul>
Lewin, Carr, & Webster (1998)	Idem	<p>Idem</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• N = 515</li> <li>• Participants avec de hauts niveaux de perturbation et de menace liées à l'exposition</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les personnes âgées font partie des groupes dont la morbidité psychologique persiste le plus longtemps.</li> <li>• Les personnes âgées tendent à être particulièrement vulnérables aux symptômes post-traumatiques persistants.</li> </ul>

Études	Événements	Méthodes	Conclusions
Goenjian, Najarian, Pynoos, Steinberg, Manoukian, Tavosian, & Fairbanks (1994)	Tremblement de terre Arménie, 1988	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Étude transversale 18 mois après</li> <li>• 2 groupe d'âge (jeunes adultes et adultes âgés)</li> <li>• N = 179</li> <li>• État de stress post-traumatique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les personnes âgées obtiennent des scores plus élevés aux symptômes liés à l'activation neuro-végétative et plus bas aux symptômes liés à l'évitement et aux intrusions.</li> <li>• Une proportion substantielle de la population adulte touchée peut avoir des réactions chroniques et graves d'état de stress post-traumatique après 18 mois.</li> </ul>
Kato, Asukai, Miyake, Minakawa, & Nishayama (1996)	Tremblement de terre Japon, 1995	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Étude longitudinale</li> <li>• 2 phases (3 et 8 semaines)</li> <li>• N = 142</li> <li>• 2 groupes d'âge (adultes de moins de 60 ans et de 60 et plus)</li> <li>• Symptômes post-traumatiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Après 3 semaines, les personnes âgées obtiennent des taux plus élevés que les jeunes adultes, aux symptômes dépressifs et autres symptômes comme les difficultés de sommeil, les cauchemars, les sautes d'humeur et la culpabilité.</li> <li>• Par contre, seules les personnes âgées voient leurs symptômes diminuer significativement au bout de 8 semaines.</li> </ul>



# LES CONSÉQUENCES DE LA TEMPÊTE DE VERGLAS CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES EN FONCTION DES STRATÉGIES D'ACCOMMODATION

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

## INTRODUCTION

**E**n janvier 1998, le sud du Québec, l'Ontario et le Nouveau-Brunswick ont été paralysés par une tempête de verglas. Des milliers d'individus ont été privés d'électricité en raison de l'effondrement graduel de plusieurs kilomètres de fils de transport d'énergie. Les individus ont alors été exposés au froid, à la noirceur et à de majeures difficultés de circulation pour des périodes variant de quelques heures à plusieurs jours.

Les intervenants de la santé et des services sociaux ainsi que ceux des municipalités ont appliqué alors les mesures d'urgence en mettant sur pied des centres de dépannage et en assurant des visites à domicile pour les sinistrés ayant décidé de demeurer dans leur maison.

Un sinistre d'une telle ampleur occasionne un ensemble de difficultés et peut mettre en péril la santé biopsychosociale des individus. Dans le but de connaître les impacts qu'a eus la tempête de verglas sur les habitudes de vie et la santé des personnes âgées de soixante ans et plus, une étude qualitative a été réalisée, seize mois après la tempête, auprès de vingt-huit personnes âgées vivant en milieu urbain ou rural. Sur ce nombre, huit sont demeurées à leur domicile pendant toute la durée de la panne d'électricité, huit ont été hébergées chez des proches et dix ont dû se rendre dans un centre de dépannage.

## RECENSION DES ÉCRITS

Les recherches sur les effets des désastres sur la santé biopsychosociale des personnes âgées mentionnent que les aînés, tout comme les individus d'âge moins avancé, risquent de développer des problèmes de santé biopsychosociale après leur exposition à une catastrophe (Goenjian, Pynoos *et al.*, 1994 ; Livingston, Livingston, Brooks et Mckenlay, 1992 ; Livingston, Livingston et Fell, 1994 ; Maltais, Robichaud, Simard, 2001a, 2001b). Les problèmes peuvent être d'ordre psychologique, comme l'état de stress post-traumatique, l'anxiété et la dépression (Livingston *et al.*, 1992 ; Phifer, 1990 ; Thompson, Norris et Hanacek, 1993 ; Ticehurst, Webster, Carr et Lewin, 1996) ou d'ordre physique, comme la présence de traumatisme ou l'augmentation de l'hypertension (Krause, 1987 ; Santé Canada, 1994).

Maltais, Lachance et Brassard (2002) ont d'ailleurs démontré que deux ans après les inondations de juillet 1996, les personnes âgées de cinquante ans et plus victimes de ce sinistre considèrent que leur état de santé physique est plus précaire que des non-sinistrés du même groupe d'âge. Les données de cette recherche permettent aussi de constater que l'état de santé psychologique des sinistrés est différent des non-sinistrés. Les personnes exposées aux inondations présentaient plus de manifestations de stress post-traumatique, de dépression, de dysfonctionnement social, de symptômes somatiques et d'anxiété-insomnie.

Selon Bolin et Klenow (1982-1983), les aînés, comparativement aux plus jeunes, souffriraient davantage des dommages générés par un sinistre et accorderaient une plus grande importance à la perte de leurs souvenirs. Les personnes âgées de soixante-cinq ans et plus, aux prises avec des problèmes de perte d'autonomie, éprouveraient plus de problèmes lors de l'évacuation de leur domicile et seraient plus susceptibles d'être victimes de blessures (Bolin et Klenow, 1982-1983). Eldar (1992) et Thompson *et al.* (1993) ont aussi remarqué que les aînés seraient moins réceptifs aux ordres d'évacuation de leur domicile. Certains chercheurs ont également souligné que les aînés auraient tendance à sous-utiliser les ressources formelles d'aide (Bolin et Klenou, 1982-1983 ; Kaniasty, Norris et Murrel, 1990). Le temps interviendrait toutefois, car Krause (1987)



a démontré que seize mois après leur exposition à un ouragan, les personnes âgées rapportaient moins de symptômes somatiques et décrivaient leur état de santé en termes moins négatifs que les adultes de moins de soixante-cinq ans.

En ce qui concerne les effets des sinistres sur la vie sociale des aînés, Hutchins et Norris (1989) ont démontré que les aînés exposés à un désastre ont davantage de probabilités de cesser leurs activités récréatives et de constater l'émergence de conflits familiaux que des personnes non sinistrées.

### **MÉTHODOLOGIE ET OBJECTIFS DE LA RECHERCHE**

Cette recherche de type qualitatif visait à recueillir le témoignage de personnes âgées exposées aux inconvénients de la tempête de verglas en fonction des stratégies d'accommodation utilisées. Concrètement, cette étude visait à documenter les difficultés et problèmes vécus par les aînés et à identifier les répercussions qu'a eues la tempête de verglas sur la santé biopsychosociale des personnes âgées de soixante ans et plus.

Les sinistrés ont été choisis au hasard à partir d'une liste de personnes fournie par la Direction de la santé publique de la Montérégie. Ces personnes avaient, six mois après la tempête, répondu à un sondage téléphonique et avaient consenti que leur nom soit conservé pour d'éventuelles recherches sur les conséquences de la tempête de verglas. Les candidats étaient rejoints par téléphone et un intervieweur convenait d'un moment opportun pour aller les rencontrer à leur propre domicile. Pour être incluses dans l'étude, les personnes devaient avoir été privées d'électricité pendant au moins vingt-et-un jours. Lorsque le chef de ménage contacté vivait en couple, le conjoint pouvait, s'il le désirait, participer à l'entrevue.

Deux outils de cueillette des données ont été utilisés. Le premier, le guide d'entrevue, permettait de recueillir le témoignage des personnes âgées à partir de vingt-cinq questions ouvertes abordant différents thèmes comme la situation des sinistrés lors de la tempête de verglas, les sentiments et difficultés vécus, les stratégies d'accommodation utilisées, l'aide reçue, les problèmes de santé pendant et

après la tempête de verglas, les répercussions de la tempête sur les conditions de vie, etc. Le second, la fiche signalétique, rendait possible le regroupement des données sociodémographiques des répondants (âge, sexe, niveau de scolarité, conditions de logement).

### **CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES RÉPONDANTS**

La majorité des répondants est de sexe féminin (81,8 %) et est peu scolarisée (83,0 % ont un secondaire V ou moins). L'âge des participants varie de 60 ans à 85 ans et la moyenne se situe à 76,6 ans. Un sinistré sur deux (50 %) est âgé de 75 ans et plus, tandis que pour 40,9 % des participants, l'âge varie de 65 à 74 ans. Un nombre égal de répondants (50 %) vit dans une municipalité urbaine ou rurale, tandis que la majorité des sinistrés sont propriétaires (58 %) de leur demeure. Plus d'un sinistré sur deux (66,0 %) habite dans une maison unifamiliale et le quart (25,0 %) occupe un logement dans un immeuble à logements multiples. La majorité des répondants (54 %) ont l'électricité comme seule source de chauffage, tandis que le tiers (33,0 %) utilise l'eau chaude pour se réchauffer.

### **SITUATION DES PERSONNES ÂGÉES DEMEURÉES DANS LEUR PROPRE DOMICILE LORS DE LA TEMPÊTE DE VERGLAS**

Les personnes âgées ayant demeuré dans leur propre domicile tout au long de la panne d'électricité avaient à leur disposition un système de chauffage d'appoint ainsi que divers objets nécessaires à leur survie : chandelles, nourriture, génératrice, lampes à l'huile, etc. Le fait de demeurer à proximité d'un de leurs enfants a aussi permis à la plupart de ces répondants de recevoir l'aide et le réconfort nécessaires pour leur assurer une certaine sécurité.

Au début de la tempête, ces répondants s'inquiétaient peu de la situation, croyant que la panne d'électricité allait être de courte durée. Plus les heures et les jours passaient, plus certaines personnes âgées s'inquiétaient de l'aggravation de la situation et éprouvaient des

craintes face à d'éventuels incendies et au manque d'approvisionnement en eau.

*J'étais très inquiète car il y avait quatre pouces de verglas sur le toit. Il y avait de plus des transformateurs qui tombaient en face de ma demeure. J'avais peur pour l'eau et le feu. (Personne âgée vivant en milieu rural)*

*J'étais très inquiète, je pleurais souvent. (Personne âgée vivant en milieu rural)*

Malgré des conditions difficiles, plus de la moitié des sinistrés étant demeurés dans leur propre domicile voulaient absolument rester chez eux soit parce qu'ils s'y sentaient en sécurité ou parce qu'il n'était pas du tout question d'aller vivre ailleurs. Quatre des huit répondants ont aussi hébergé d'autres sinistrés (enfants ou voisins).

Les principales difficultés rencontrées par les aînés sont la présence d'inquiétude pour leurs enfants, les craintes des incendies et des intoxications et les risques de se blesser lors des déplacements. Les variations de la température ambiante, l'humidité ainsi que les chutes de branches et de fils électriques ont aussi constitué des obstacles à leur bien-être.

*Je m'inquiétais pour mes enfants qui demeuraient à Saint-Hyacinthe, mais moi je n'ai pas eu de problème. (Un sinistré vivant en milieu rural)*

*La fumée des chandelles et du poêle m'inquiétait, car cela peut être nocif pour la santé. (Un sinistré vivant en milieu rural)*

Malgré la présence d'embûches, plusieurs personnes ont mentionné qu'elles se débrouillaient très bien et qu'elles associaient cette expérience à leur enfance : une vie sans électricité, des soirées éclairées par des lampes à l'huile ou à la chandelle. Plusieurs considèrent aussi que l'atmosphère était en général assez détendue malgré les changements occasionnés dans la poursuite des activités de la vie quotidienne. Le tableau 1 présente les principaux sentiments éprouvés par les aînés ayant décidé de demeurer dans leur propre domicile lors de la tempête de verglas, que ceux-ci vivent en milieu urbain ou rural.

**Tableau 1**  
**Principaux sentiments mentionnés par les répondants**  
**étant demeurés dans leur domicile**  
**pendant la tempête de verglas**

SENTIMENTS POSITIFS	SENTIMENTS NÉGATIFS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Détente</li> <li>• Optimisme</li> <li>• Autonomie</li> <li>• Absence de stress</li> <li>• Appréciation de pouvoir demeurer chez soi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inquiétudes pour ses proches</li> <li>• Inquiétudes pour sa propre santé et celle de son conjoint</li> <li>• Menace face à sa sécurité</li> <li>• Confinement au domicile</li> <li>• Craintes pour les dégâts matériels</li> </ul>

Source : Maltais, D., Robichaud, S., Simard, A. (2001), *Les conséquences de la tempête du verglas sur la santé biopsychosociale des familles, personnes âgées et agriculteurs sinistrés en fonction du mode d'habitat*, GRIR, UQAC.

#### **SITUATION DES PERSONNES ÂGÉES HÉBERGÉES CHEZ DES PROCHES**

Tout comme pour les familles avec jeunes enfants (Maltais, Robichaud et Simard, 2001a, 2001b), les aînés qui sont allés vivre chez des proches (enfants et membres de la parenté) ont quitté leur domicile à la suite d'invitations. La majorité des personnes interviewées sont allées vivre à plus d'un endroit en raison de la survenue de pannes d'électricité chez leurs hôtes ou à cause du surpeuplement. Certains aînés sont toutefois demeurés à un seul endroit malgré la promiscuité.

Dans l'ensemble, les personnes âgées ont été satisfaites de l'accueil reçu et ont apprécié leur séjour malgré la présence de certains problèmes comme la présence d'inquiétudes pour leur logement, l'impatience des hôtes ainsi que le sentiment d'attente interminable.

Plusieurs des répondants ont fait part de leur haut niveau de satisfaction face aux conditions matérielles offertes par leurs enfants ou par les membres de leur parenté ainsi que de leur grande disponibilité. Malgré des difficultés pour l'organisation du quotidien (se nourrir, se laver), les personnes âgées demeurées chez des proches ne semblent pas avoir vécu de grands stress. Tous à l'exception d'une personne ont mentionné que leurs proches ont bien pris soin d'eux et que, dans l'ensemble, ils ont bien dormi et ont eu accès à des repas copieux.

*Il y avait un climat de solidarité, d'entraide. Les repas étaient copieux et délicieux. Je n'avais pas d'inquiétude, car mon gendre allait chauffer ma maison tous les jours. (Sinistrée vivant en milieu urbain)*

*Nous sommes demeurés chez un neveu habitant à Montréal. Chacun faisait sa part, car nous étions onze. (Sinistrée vivant en milieu rural)*

*On a bien pris soin de moi... On était bien, chacun faisait sa part, on jouait aux cartes. C'était tranquille même si nous étions plusieurs. Je m'inquiétais toutefois de ma maison. (Sinistrée vivant en milieu rural)*

## **SENTIMENTS DES AÎNÉS AYANT VÉCU EN CENTRES D'HÉBERGEMENT**

Les informations recueillies auprès des aînés démontrent clairement que les personnes ayant vécu le plus de difficultés sont celles ayant séjourné en centres d'accueil. Les difficultés vécues ont été diverses et nombreuses, et peuvent être regroupées dans quatre grandes catégories : difficultés relationnelles, difficultés organisationnelles, difficultés environnementales et problèmes d'ordre psychosocial.

En ce qui concerne les **difficultés relationnelles**, certains aînés ont fait part du manque de discernement de certains bénévoles et de leur exposition à l'énerverment et à la vulgarité de sinistrés. C'est en ces termes qu'ils ont exprimé leur vécu.

*Il y a eu de la négligence, car certains bénévoles manquaient de discernement.* (Sinistrés vivant en milieu urbain)

*Les responsables des centres n'aiment pas beaucoup les personnes.* (Sinistrée vivant en milieu rural)

*Au début, j'étais sous le choc. Tout le monde était découragé et ébranlé. J'avais l'impression d'être obligé de subir cela...*  
(Sinistré vivant en milieu urbain)

Au **plan organisationnel**, plusieurs répondants se sont plaints de la nourriture et des conditions des installations mises à la disposition des sinistrés. Le manque d'intimité, le nombre insuffisant de douches, le surpeuplement ainsi que la mise en place de règlements rigides ont nui à la qualité de vie des aînés. Le fait de dormir dans de grands gymnases avec des inconnus a représenté une source de stress importante, tout comme la promiscuité à longueur de journées. Le fait de vivre des problèmes de santé importants comme le diabète et d'être confrontées à des pertes d'autonomie n'a pas facilité l'adaptation des personnes âgées. Certaines ont craint de voir leur état de santé empirer ou considéraient ne pas recevoir des services adéquats. Dans les centres où les sinistrés étaient regroupés en fonction de leur âge (adultes sans enfant, adultes avec enfants, personnes âgées) ou de leur statut (être seul ou avec d'autres membres de la famille), la vie semblait plus agréable. Les répondants qui ont pu offrir leur aide aux intervenants ont également été plus satisfaits des conditions matérielles des centres de dépannage, comme en témoigne cette aînée.

*J'aimais bien mon activité de bénévolat, je n'avais pas le temps de m'ennuyer... J'aimais les policiers et les autres intervenants, je me levais la nuit pour jaser avec eux.* (Sinistrée vivant en milieu rural).

Au **plan environnemental**, la presque totalité des aînés ont mentionné avoir été confrontés à des problèmes de sommeil, à des craintes de vols et au surpeuplement. L'inconfort des lits ou des civières, les problèmes de ventilation ainsi que l'insalubrité de certains centres de dépannage étant les principaux facteurs ayant contribué à la présence de ces problèmes. Certains aînés ont

d'ailleurs dû être évacués plus d'une fois en raison des conditions pitoyables de certains centres de dépannage :

*Quand l'infirmière du CLSC est venue visiter le centre où j'étais, elle a avisé les autorités et ils ont fermé les lieux pour insalubrité... Ils ont alors ouvert l'école... (Sinistrée vivant en milieu rural)*

*Les sinistrés restaient couchés toute la journée et mangeaient dans les classes qui servaient de chambre... C'était bruyant, il n'y avait pas de ventilation et on était tous mélangés... C'était bruyant, vulgaire et les gens chialaient beaucoup. (Sinistrée vivant en milieu urbain)*

Le fait que certains répondants aient été contraints de se séparer de leur conjoint, en raison de problèmes de santé, a aussi représenté une difficulté majeure.

Au plan des **difficultés d'ordre psychosocial**, les aînés hébergés en centres de dépannage ont aussi fait mention du manque de soutien et de soins des intervenants ainsi que de leur sentiment d'attente interminable. Le fait que les répondants aient éprouvé des soucis pour leurs enfants et pour l'entretien de leur domicile démontre que leur moral était perturbé. Certains facteurs ont toutefois facilité la vie des sinistrés pendant leur relocalisation en centres d'hébergement. Pour les personnes âgées vivant en milieu urbain, les principaux éléments mentionnés ont été la présence d'intervenants chaleureux et dévoués, l'accessibilité à des soins de santé et à une nourriture adéquate ainsi que la présence de représentants de l'ordre (militaires). En milieu rural, les personnes âgées ont particulièrement apprécié l'attitude des bénévoles et des gestionnaires, la présence d'activités récréatives et de soins de santé ainsi que le regroupement des sinistrés en fonction de leur statut matrimonial. Le fait que des aînés aient reçu de la visite de leurs proches et qu'ils aient eu le soutien nécessaire pour se rendre à leur domicile a également facilité leur vie. C'est dans ces termes que les personnes âgées se sont exprimées :

*J'ai été très bien accueillie, j'aimais tous les gens sauf deux ou trois. Nous pouvions jouer aux cartes, écouter la télévision et*

*participer à un ensemble d'activités... En tant que bénévole, je me sentais utile.* (Personne âgée vivant en milieu rural)

*Les militaires, c'était rassurant.* (Personne âgée vivant en milieu rural)

*À l'école, c'était mieux parce que l'on pouvait être bénévole.* (Personne âgée vivant en milieu rural)

*J'ai apprécié la gentillesse des intervenants et des bénévoles ainsi que celle des responsables et de l'armée.* (Personne âgée vivant en milieu urbain)

### **PROBLÈMES DE SANTÉ PHYSIQUE OU PSYCHOLOGIQUE PENDANT OU PEU APRÈS LA CRISE**

Comme le démontre le tableau 2, seules les personnes âgées hébergées chez des proches n'ont fait mention d'aucun problème de santé pendant la crise. Pour leur part, les aînés étant demeurés dans leur propre domicile n'ont été confrontés qu'à des problèmes de santé physique, tandis que les aînés ayant séjourné en centres de dépannage ont développé autant de problèmes de santé physique que psychologique.

Au moment de l'entrevue, seuls deux répondants ont confirmé la persistance de l'un ou l'autre des problèmes développés ou aggravés pendant la tempête de verglas.

### **MODIFICATIONS DE LA VIE FAMILIALE ET SOCIALE**

Peu de répondants ont fait mention de changements négatifs de la vie familiale (5 sur 28) ou sociale (N=7) pendant la tempête de verglas. Les changements négatifs de la vie familiale s'inscrivent sous forme de difficultés relationnelles ou de grands changements dans leur vie matrimoniale : décès de son conjoint, maladie des membres de sa famille, absence de contacts téléphoniques avec ses enfants et conflits avec ces derniers.



**Tableau 2**  
**Problèmes de santé mentionnés par les répondants**  
**en fonction du mode d'accommodation**

	Mode d'accommodation		
	Dans son propre domicile	Chez des proches	En centre de dépannage
<b>Nouveaux problèmes</b>			
aucun		X	
• grippe	X		X
• gastroentérite			X
• blessures à la suite d'une chute			X
• angoisse			X
• fatigue	X		
• tension			X
• sentiments dépressifs			X
<b>Aggravation des problèmes de santé</b>			
aucun	X	X	
• hypertension			X
• arthrite			X
• manque de sommeil			X

Les modifications positives nommées par les répondants font, pour leur part, référence à des visites plus fréquentes de leurs enfants et de leurs petits-enfants et à une augmentation du nombre de sorties à l'extérieur. Certains ont aussi évoqué la présence de soutien et d'aide de leurs proches et la possibilité de se rendre utiles en effectuant des activités de gardiennage ou en hébergeant des proches. Les propos suivants témoignent du vécu des aînés :

*Je me suis rapprochée de mon fils, j'étais contente qu'il vienne vivre avec moi.* (Personne âgée ayant demeuré dans son propre domicile)

*Nous avons eu du plaisir à partager une situation collective. Cela nous a rapprochés.* (Personne hébergée chez un de ses enfants)

*Mon frère et mes nièces sont venus me voir tous les jours. Ce fut un vrai plaisir.* (Personne hébergée chez un de ses enfants)

Chez la majorité des répondants (25 sur 28), l'après-crise est associée à un retour à la vie familiale normale. Des aînés ont toutefois précisé que leurs relations de couple se sont améliorées et que leurs enfants ont maintenu leur soutien. L'aînée ayant vécu des problèmes avec l'un de ses enfants a aussi souligné avoir réussi à oublier son manque d'égard.

En ce qui concerne les changements négatifs ou positifs de la vie sociale, les aînés ont mentionné que pendant la crise, leur vie sociale s'est améliorée en raison de visites plus fréquentes des membres de leur entourage, par la pratique d'activités ludiques ou récréatives et par la naissance de nouvelles amitiés. Les modifications négatives de la vie sociale découlent pour leur part de l'isolement physique des aînés, de l'absence de moyens de communication ou de contacts avec des proches et de la diminution des activités de loisirs habituelles. La majorité des aînés (25 sur 28) ont mentionné, lors de l'entrevue, que leur vie sociale est revenue à la normale après la crise. Deux répondants ont ainsi souligné avoir continué à approfondir leurs liens avec leurs voisins, tandis qu'une autre sinistrée a mentionné vivre davantage dans l'isolement.

*Il y avait plus d'activités dans la maison. Les amis et les voisins venaient souvent à la maison.* (Sinistrée ayant demeuré dans son propre domicile)

*Je n'ai pas pu faire de couture et de sorties, mais une chance que j'ai pu être bénévole.* (Sinistrée ayant demeuré chez un de ses enfants)

*J'ai eu plus de loisirs. Socialement, j'étais plus active.* (Sinistrée ayant séjourné en centre de dépannage)

*À cause de la tempête, j'ai mieux connu les gens demeurant dans mon immeuble.* (Sinistrée ayant séjourné dans son propre domicile)

## CONCLUSION

La tempête de verglas de janvier 1998, en plus d'occasionner des dégâts matériels importants aux pylônes et aux fils de transport d'énergie, a forcé les aînés à s'adapter à une situation difficile. Certains ont pu demeurer dans leur propre domicile en utilisant de nouvelles sources d'énergie, d'autres ont dû, volontairement ou non, se réfugier chez des proches ou dans les centres de dépannage. Les informations et les témoignages recueillis auprès de cette population ont permis de constater que les répercussions de cette tempête sur la santé biopsychosociale et la vie sociale des aînés ont varié en fonction du mode d'accommodation choisi. Toutefois, indépendamment des difficultés et des problèmes rencontrés pendant la tempête ou peu après celle-ci, il y a peu de séquelles à long terme étant donné que, dans la majorité des cas, les répondants ont souligné que, dix-huit mois après la tempête, la vie est revenue à la normale. Il demeure important de souligner que les personnes âgées ayant séjourné en centre d'accueil ont vécu plusieurs difficultés tout au long de leur séjour, tandis que celles qui sont allées vivre chez des proches ont, dans l'ensemble, apprécié leur séjour et ont fait face à moins de problèmes de toutes sortes.

## BIBLIOGRAPHIE

- BOLIN, R. et D.J. KLENOW (1982-83). « Response of the Elderly to Disaster : an Age-stratified Analysis », *International Journal of Aging and Human Development*, vol. 16, n° 4, p. 283-296.
- ELDAR, R. (1992). « The Needs of Elderly Persons in Natural Disaster : Observations and Recommendations », *Disasters*, vol. 16, n° 4, p. 355-358.
- GOENJIAN, A.K., L.M. NAJARIAN, R.S. PYNOOS, A.M. STEINBERG, G. MANOUKIAN, A. TAVOSIAN et L.A. FAIRBANKS (1994). « Posttraumatic Stress Disorder in Elderly and Younger Adults after the 1988 Earthquake in Armenia », *American Journal of Psychiatry*, vol. 151, n° 6, p. 891-901.
- HUTCHINS, G.L. et F.H. NORRIS (1989). « Life Change in the Disaster Recovery Period », *Environment and Behavior*, vol. 21, n° 1, p. 33-56.

- KANIASTY, K.Z., F.H. NORRIS et S.A. MURRELL (1990). « Received and Perceived Social Support following Natural Disaster », *Journal of Applied Social Psychology*, vol. 20, n° 2, p. 85-114.
- KRAUSE, N. (1987). « Exploring the Impact of a Natural Disaster on the Health and Well-being of Older Adults », *Journal of Human Stress*, vol. 13, n° 2, p. 61-69.
- LIVINGSTON, H.M., M.G. LIVINGSTON, N. BROOKS et W.W. MCKINLAY (1992). « Elderly Survivors of the Lockerbie Air Disaster », *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 7, p. 725-729.
- LIVINGSTON, H.M., M.G. LIVINGSTON et S. FELL (1994). « Lockerbie Disaster : a 3 Year Follow-up of Elderly Victims », *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 9, p. 989-994.
- MALTAIS, D., L. LACHANCE et A. BRASSARD (soumis). « Les conséquences d'un sinistre sur la santé biopsychosociale des adultes de 50 ans et plus, étude comparative entre sinistrés et non-sinistrés », *Revue francophone du stress et du trauma*, France.
- MALTAIS, D., S. ROBICHAUD et A. SIMARD (2001a). « Conséquences des inondations de juillet 1996 sur la conception du chez-soi et la santé biopsychosociale des préretraités et retraités », *Revue canadienne du vieillissement*, vol. 20, n° 3, p. 407-426.
- MALTAIS, D., S. ROBICHAUD et A. SIMARD (2001b). *Désastres et Sinistrés*, Chicoutimi, Éditions JCL, collection Au cœur des catastrophes, 407 p.
- PHIFER, J.F. (1990). « Psychological Distress and Somatic Symptoms after Natural Disaster : Differential Vulnerability among Older Adults », *Psychology and Aging*, vol. 5, p. 412-420.
- SANTÉ CANADA (1994). *Services personnels. Planification psychosociale en cas de sinistres*. Ottawa.
- TICEHURST, S., R.A. WEBSTER, V.J. CARR, V.J. et T.J. LEWIN (1996). « The Psychological Impact of an Earthquake on the Elderly », *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 11, p. 943-951.
- THOMPSON, M.P., F.H. NORRIS et B. HANACEK (1993). « Age Differences in the Psychological Consequences of Hurricane Hugo », *Psychology and Aging*, vol. 8, n° 4, p. 606-616.

## LES EFFETS DES INONDATIONS DE JUILLET 1996 SUR LA SANTÉ PSYCHOLOGIQUE SELON L'ÂGE

Chantal HOVINGTON, M.A.  
Gilles LALANDE, Ph.D.  
Danielle MALTAIS, Ph.D

Les précipitations des 19 et 20 juillet ont amené les rivières à leur niveau de débordement et ont causé d'importants dommages. Des maisons ont été inondées, détruites ou emportées, des digues ont débordé ou ont été fortement endommagées, des réservoirs se sont vidés, des ponts et des routes ont été emportés, les berges et les plaines alluviales ont subi une importante érosion. Le fil des événements largement diffusé dans les médias, dont les images terrifiantes du désastre et l'annonce de la mort accablante de deux jeunes enfants ensevelis à la suite d'un glissement de terrain, restera longtemps gravé dans la mémoire des Québécois (Morency, 1998). Par contre, la couverture médiatique a eu un effet positif sur la communauté puisqu'elle a donné naissance à un immense courant de solidarité (Nicolet, 1998). Les services d'urgence gouvernementaux et municipaux ainsi que la Société canadienne de la Croix-Rouge, la Société Saint-Vincent-de-Paul et bien d'autres organismes communautaires ont mobilisé leurs ressources afin d'assurer le bien-être et la sécurité de la population touchée (Direction de l'assistance financière et du soutien administratif, 2000 ; Henri, Beauchemin, Alonso, Gélinas et Dion, 1997). De plus, un bilan effectué par la Sécurité civile du Québec (2000) indique que plus de 7 500 réclamations ont été reçues et qu'un montant de plus de 128 millions de dollars a été versé aux particuliers, aux entreprises, aux organismes, aux municipalités et à la Municipalité régionale de comté (MRC) du Fjord-du-Saguenay.

Même si les rivières ont retrouvé leur lit et malgré les efforts déployés pour venir en aide à la population, les inondations ont laissé d'importantes traces chez les individus sinistrés. D'ailleurs, une étude a démontré que quatre mois après les inondations de 1996, la prévalence de l'état de stress post-traumatique se situait à

20 % pour les sinistrés, comparativement à 4 % pour un groupe contrôle (Auger, Latour, Trudel et Fortin, 2000). Selon Auger *et al.* (2000), les victimes présentent également une plus grande détresse émotionnelle. Cinq études récentes ayant pour objectifs d'identifier les difficultés rencontrées par les sinistrés et d'évaluer leur état de santé psychologique et physique démontrent que les inondations du Saguenay ont laissé des séquelles importantes qui persistent après deux années (Lalande, Maltais et Robichaud, 2000 ; Maltais, Lachance, Fortin, Lalande, Robichaud, Fortin et Simard, 2000 ; Maltais, Robichaud et Simard, 1999, 2000, 2001). Mais qu'en est-il des personnes âgées ? Est-ce que ces dernières présentent des séquelles psychologiques plus grandes que les adultes plus jeunes ? Afin de répondre à ces deux questions, une étude comparative a été réalisée auprès de 294 participants (150 sinistrés et 144 non-sinistrés) âgés de 35 ans et plus, le plus vieux ayant 88 ans, deux ans après les inondations de juillet 1996. Les participants de moins de 35 ans ont dû être exclus parce que leur nombre était insuffisant pour former un groupe distinct. Cette recherche visait à vérifier la présence d'un effet différentiel entre les groupes d'adultes âgés de 55 ans et plus et ceux de moins de 55 ans pour trois variables retenues aux fins de cette étude : les symptômes manifestes d'état de stress post-traumatique, la dépression et l'anxiété situationnelle.

## POPULATION À L'ÉTUDE

La présente recherche s'inscrit dans le cadre d'une étude plus vaste portant sur les conséquences biopsychosociales de catastrophes naturelles et technologiques. La recherche originale a été effectuée auprès de 177 sinistrés et 168 non-sinistrés âgés de dix-huit ans ou plus, deux ans après les inondations de 1996 au Saguenay (Maltais *et al.*, 2000) . Elle avait pour but de comparer l'état de santé physique et psychologique de sinistrés à celui de personnes vivant dans des secteurs épargnés par les inondations. L'échantillon de cette étude a permis d'obtenir des sous-groupes répartis selon l'exposition ou non aux inondations (sinistrés et non-sinistrés) et selon l'âge (adultes de 35 à 54 ans et ceux de 55 ans et plus). Le tableau 1 présente les données sur le nombre et la proportion d'individus dans chacune des cellules, ainsi que la moyenne d'âge et l'écart type pour chacun des sous-groupes.

Tableau 1

**Proportion et moyenne d'âge des répondants  
selon leur exposition ou non aux inondations**

Âge		Sinistrés (n = 150)	Non-sinistrés (n = 144)	$\chi^2$
35 - 54 ans		62,00 %	72,20 %	3,47
	<i>M</i>	43,81	43,93	
	<i>ÉT</i>	5,48	5,34	
55 ans et plus		38,00 %	27,80 %	
	<i>M</i>	62,63	63,20	
	<i>ÉT</i>	7,72	6,37	

Le groupe de sinistrés a été choisi au hasard (à l'aide d'une table de nombres aléatoires) avec contrôle pour le sexe (presque autant d'hommes que de femmes) à partir de listes de sinistrés de trois municipalités urbaines et semi-urbaines du Saguenay. Les répondants du groupe de comparaison ont aussi été choisis au hasard dans des quartiers épargnés par les inondations, à partir de fiches d'évaluation municipale. Ces quartiers ont été choisis en raison de leurs caractéristiques sociodémographiques comparables à celles des secteurs touchés par les inondations. Les participants du groupe de comparaison devaient, pour leur part, être propriétaires occupants lors de la cueillette des données et être âgés de trente-cinq ans ou plus.

#### LES VARIABLES À L'ÉTUDE

Des données sociodémographiques ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire permettant d'identifier les caractéristiques individuelles des répondants (âge, sexe, revenu, niveau de scolarité, etc.) et de préciser le contexte des inondations (dommages matériels, état de santé, évacuation, situation financière, etc.). Dans le cadre de cette

recherche, trois tests psychométriques ont été utilisés afin de mesurer les variables dépendantes retenues : l'anxiété situationnelle, les manifestations de symptômes dépressifs et les manifestations d'état de stress post-traumatique.

### **L'anxiété situationnelle**

Le State-Trait Anxiety Inventory – forme Y (STAI-Y) (Spielberger, 1983), traduit en français par Gauthier et Bouchard (1993), a été utilisé afin de mesurer l'anxiété situationnelle. Cet instrument est composé de vingt items où l'intensité de l'anxiété est évaluée à l'aide d'une échelle de type Likert à quatre points variant de « pas du tout » à « beaucoup ». L'étude de Gauthier et Bouchard (1993) indique que les qualités psychométriques de l'adaptation canadienne-française du STAI-Y sont comparables à la version anglaise. D'après leurs résultats, la cohérence interne de l'échelle d'anxiété situationnelle est de 0,90 pour l'échantillon masculin et féminin. En ce qui a trait à la fidélité, les auteurs mentionnent, à partir des recommandations de nombreux chercheurs, que la nature de l'anxiété situationnelle ne permet pas d'évaluer celle-ci à l'aide de test-retest (Buros, 1978 ; Newmark, 1972 ; Spielberger, 1983). Ils utilisent plutôt des études de cohérence interne et d'homogénéité de variance. Ce test possède aussi d'excellentes propriétés pour évaluer l'anxiété des personnes âgées (Spielberger, 1988). Dans la présente recherche, les coefficients alpha pour ce test sont de 0,93 pour le groupe de sinistrés et de 0,87 pour le groupe contrôle. Pickens, Field, Prodomidis, Pelaez-Nogueras et Hossain (1995) et Phifer (1990) l'ont utilisé pour mesurer l'anxiété manifestée par les victimes de catastrophes naturelles.

### **Les manifestations de symptômes dépressifs**

La version française (Gauthier, Morin, Thériault et Lawson, 1982) du Beck Depression Inventory (BDI) (Beck, Ward, Mendelson, Mock et Erbaugh, 1961) a été choisie pour mesurer les symptômes manifestes de la dépression. Ce test comprend vingt-et-un items constitués d'énoncés de différentes intensités informant sur l'affect négatif envers soi, les difficultés physiologiques et les troubles de



l'humeur. Selon Gauthier *et al.* (1982) le coefficient alpha pour ce test est de 0,80 et celui de fidélité test-retest de 0,75, après trois mois. Dans le cadre de cette recherche, les coefficients calculés pour ce test ( $\alpha = 0,88$  pour les sinistrés et  $\alpha = 0,79$  pour les non-sinistrés) sont comparables aux résultats de Gauthier *et al.* (1982). La validité et la fidélité de l'instrument auprès d'une population canadienne francophone âgée ont été démontrées par Vézina, Landreville, Bourque et Blanchard (1991). Ces chercheurs recommandent l'utilisation de ce test pour dépister la dépression gériatrique, malgré certaines limites liées aux items somatiques qui pourraient être le résultat du développement normal de l'adulte vieillissant. Le BDI a aussi servi dans une étude qui avait comme objectif d'identifier la présence de symptômes dépressifs pouvant se manifester chez les personnes ayant vécu un sinistre (Hansson, *et al.*, 1982).

### **Les manifestations de l'état de stress post-traumatique**

L'Impact of Event Scale (IES) (Horowitz *et al.*, 1979) a été utilisé pour mesurer les manifestations d'état de stress post-traumatique. Ce test contient quinze items divisés en deux sous-échelles : une, évaluant les symptômes d'intrusion (7 items) et l'autre, les manifestations d'évitement (8 items). Horowitz, Wilner, Kaltreider et Alvorez (1980) ont observé une corrélation significative entre l'IES et d'autres troubles dont l'anxiété ( $p < 0,01$ ) et la dépression ( $p < 0,05$ ). Plusieurs auteurs ont utilisé l'IES pour évaluer les réactions de sinistrés (Burger *et al.*, 1989 ; Eriksson et Lundin, 1996 ; Ticehurst *et al.*, 1996). L'instrument a été traduit par un traducteur professionnel québécois, vérifié par les chercheurs de l'équipe et a fait objet d'une pré-expérimentation effectuée auprès de soixante-dix sinistrés. La cohérence interne de la traduction française utilisée dans le cadre de cette recherche est de 0,84 pour les sinistrés et de 0,87 pour les non-sinistrés, ce qui est comparable à la version originale (Horowitz *et al.*, 1979) dont les coefficients alpha égalent 0,78 et 0,82. La fidélité test-retest équivaut à 0,89 et 0,79 pour les sous-échelles d'intrusion et d'évitement. Pour les fins de la recherche, seul le score global de l'IES est utilisé étant donné qu'une analyse factorielle a permis d'observer un nombre important d'items saturés aux facteurs intrusion et évitement (Maltais *et al.*, 2000).

## RÉSULTATS

### Les caractéristiques sociodémographiques des répondants

Les résultats du tableau 1 démontraient que les groupes sont équivalents pour les variables âge et exposition. Ils le sont également pour ce qui est du sexe des répondants. Par contre, des différences significatives s'observent entre les groupes d'âge au plan de la scolarisation, de l'occupation et du revenu (tableau 2). C'est ainsi que, comparées aux adultes plus jeunes, les personnes de cinquante-cinq ans et plus sont moins scolarisées ( $p < 0,05$ ) et elles sont moins nombreuses à occuper un emploi rémunéré ( $p < 0,001$ ). De plus, un pourcentage plus élevé de répondants âgés de cinquante-cinq ans et plus que de répondants âgés de moins de cinquante-cinq ans a accès à un revenu familial brut inférieur à 45 000 \$ ( $p < 0,001$ ). Pour ce qui est de la scolarisation, une interaction entre les groupes et l'âge indique que parmi tous les groupes de participants, ce sont les sinistrés âgés qui détiennent le moins de diplômes d'études post-secondaires. Même si la plupart des répondants vivent en couple et ont au moins un enfant, la proportion de parents est plus grande chez les personnes non sinistrées ( $p < 0,05$ ).

### La situation des sinistrés lors des inondations

Au moment des inondations, la grande majorité des sinistrés, indépendamment de leur âge, étaient présents à leur maison et accompagnés d'au moins une personne. Un peu plus de la moitié des sinistrés (58 % des 35 à 54 ans et 54 % des 55 ans et plus) ont été évacués pour une période de plus de deux semaines, tandis que les autres (42 % et 46 %) ont pu retrouver leur logis en deçà de ce laps de temps. Plusieurs d'entre eux considèrent que leur maison et/ou leur terrain ont été sérieusement endommagés. C'est ainsi que pour ce qui est des dommages à la maison, 78 % des sinistrés âgés de 35 à 54 ans et 67 % des sinistrés de 55 ans et plus évaluent leurs pertes comme étant majeures ou totales. Même si la proportion d'individus considérant que leur demeure a subi des dommages importants est moindre chez les sinistrés âgés, cette différence n'atteint pas le seuil de signification.

**Tableau 2**

**Caractéristiques sociodémographiques des répondants  
en fonction de l'âge et du degré d'exposition**

Variables	35 - 54 ans		55 ans et plus		Rapport de vraisemblance		
	Sinistrés	Non-sinistrés	Sinistrés	Non-sinistrés			
	(n = 93)	(n = 104)	(n = 57)	(n = 40)	A X G	Âge	Groupe
Sexe							
Femme	54,8 %	52,9 %	42,1 %	50,0 %	0,62	1,77	0,05
Homme	45,2 %	47,1 %	57,9 %	50,0 %			
En couple							
Oui	88,2 %	93,3 %	89,5 %	95,0 %	0,04	0,18	2,51
Non	11,8 %	6,7 %	10,5 %	5,0 %			
Emploi rémunéré							
Oui	80,7 %	81,8 %	28,3 %	20,5 %	0,65	84,50 ***	0,13
Non	19,3 %	18,2 %	71,7 %	79,5 %			
Enfant(s)							
Oui	82,8 %	93,3 %	91,2 %	95,0 %	0,21	2,16	5,62 *
Non	17,2 %	6,7 %	8,8 %	5,0 %			

\* p < 0,05. \*\* p < 0,01. \*\*\* p < 0,001.

...suite

Tableau 2 (suite)

Variables	35 - 54 ans		55 ans et plus		Rapport de vraisemblance		
	Sinistrés	Non-sinistrés	Sinistrés	Non-sinistrés			
	(n = 93)	(n = 104)	(n = 57)	(n = 40)	A X G	Âge	Groupe
<b>Diplôme complété</b>							
Secondaire V ou moins	42,9 %	58,3 %	74,0 %	55,0 %	7,55 <sup>a</sup> **	5,59 *	0,61
Collégial/universitaire	57,1 %	41,7 %	26,0 %	45,0 %			
<b>Revenu familial brut (1998)</b>							
Moins de 25 000 \$	14,0 %	7,1 %	28,6 %	23,7 %	0,64	19,40 ***	3,05
de 25 000 \$ à 45 000 \$	21,5 %	17,3 %	30,6 %	31,6 %			
45 000 \$ et plus	64,5 %	75,5 %	40,8 %	44,7 %			

<sup>a</sup> En fait, ce sont les les sinistrés de 55 ans et plus qui ont un plus faible taux de diplômes post-secondaires que les sinistrés et non-sinistrés de 35-54 ans, ceux-là même ayant un plus faible taux de diplômes post-secondaires que les non-sinistrés de 55 ans et plus.

\* p < 0,05. \*\* p < 0,01. \*\*\* p < 0,001.

Plus du tiers des sinistrés interviewés (38 % et 37 %) estiment que leur terrain est une perte totale ou a subi des dommages majeurs. Quant au soutien reçu pour faire face aux difficultés rencontrées pendant et après les inondations (aide pour évacuer, se réfugier, nettoyer, entreprendre des démarches, réparer ou reconstruire la maison), les sinistrés âgés estiment avoir disposé de presque autant d'aide que les sinistrés plus jeunes, sauf pour les tâches reliées au nettoyage. En effet, les sinistrés âgés de 55 ans et plus ont été significativement moins nombreux (68 %) que les sinistrés de 35 à 54 ans (85 %) à bénéficier de l'aide pour nettoyer leur maison et/ou leur terrain.

### **La santé psychologique des répondants**

La vérification des hypothèses a été faite à l'aide d'une analyse de variance multivariée 2 (degrés d'exposition) par 2 (groupes d'âge). Un test de Cochran a été utilisé afin de vérifier l'homogénéité des variances. Les variances n'étant pas homogènes pour les trois variables, des transformations réciproques ont été effectuées pour le STAI-Y et le BDI, alors qu'une transformation logarithmique a été utilisée pour l'IES afin de respecter les postulats.

Les résultats obtenus à l'aide de l'analyse multivariée n'indiquent aucun effet significatif au niveau de la double interaction Âge X Exposition ( $F(1,288) = 0,015$ ,  $p > 0,05$ ). Toutefois, au plan des effets principaux, un effet d'exposition ( $F(1,288) = 0,17$ ,  $p < 0,05$ ) s'observe entre les groupes, mais aucun effet n'a été trouvé pour l'âge ( $F(1,288) = 0,007$ ,  $p > 0,05$ ). Cela signifie que deux ans après les inondations, les sinistrés sont significativement plus affectés que les groupes de non-sinistrés, peu importe leur âge.

Le tableau 3 expose les moyennes obtenues aux tests pour chacun des groupes et résume l'analyse de variance univariée. Ce tableau montre que les groupes de sinistrés, indépendamment de leur âge, obtiennent des scores significativement plus élevés au BDI ( $p < 0,01$ ) et à l'IES ( $p < 0,001$ ) que les groupes de non-sinistrés. Par contre, les scores obtenus au STAI-Y par les sinistrés et les non-sinistrés ne sont pas significativement différents.

**Tableau 3**

**Analyse de variance univariée en fonction de l'âge et de l'exposition au sinistre**

Variables	35 - 54 ans				55 ans et plus				F (1;288)		
	Sinistrés		Non-sinistrés		Sinistrés		Non-sinistrés				
	(n = 93)		(n = 104)		(n = 57)		(n = 40)				
	M	ET	M	ET	M	ET	M	ET	A X G	Âge	Groupe
Indice de dépression <sup>a</sup> (BDI)	6,22	6,93	3,17	3,65	6,96	6,53	3,18	3,37	0,02	0,07	7,15 **
Manifestations de stress post-traumatique <sup>a</sup> (IES)	16,66	16,88	3,35	5,74	14,61	15,12	5,33	7,03	3,96	0,01	54,09 ***
Anxiété situationnelle <sup>a</sup> (STAY-Y)	37,26	12,38	32,95	7,82	35,55	12,40	32,63	8,06	0,54	1,00	2,82

<sup>a</sup> Les données brutes sont présentées même si les scores ont subi une transformation algébrique pour obtenir l'homogénéité des variances.

\*\* p < 0,01. \*\*\* p < 0,001.

Deux ans après les inondations de 1996, qu'ils soient jeunes ou âgés, les sinistrés rapportent donc davantage de symptômes liés à la dépression et aux manifestations d'état de stress post-traumatique que les non-sinistrés, mais les sinistrés ne sont pas plus anxieux que les non-sinistrés. Les résultats au BDI et à l'IES expliquent respectivement 2 % et 15 %, pour un total de 17 % de la variance entre les groupes, deux années après le désastre. L'exposition aux inondations a donc affecté l'état de santé psychologique des victimes et cet effet est plus marqué pour les manifestations de stress post-traumatique que pour les symptômes dépressifs.

En somme, le fait d'être exposés à un sinistre, en l'occurrence les inondations de juillet 1996, amènerait les sinistrés à présenter davantage de manifestations d'état de stress post-traumatique et de symptômes dépressifs à moyen terme qu'une population non exposée à un sinistre. Puisqu'il n'y a pas de différence entre les différents groupes d'âge, ni d'interaction significative entre l'âge et l'exposition, les résultats obtenus permettent de conclure que les personnes âgées souffrent encore des effets des inondations après deux ans, mais elles ne sont pas plus ni moins affectées que les adultes plus jeunes.

## DISCUSSION

Les résultats indiquent clairement qu'après deux années, les manifestations de l'état de stress post-traumatique représentent les symptômes les plus susceptibles d'être rencontrés chez les victimes des inondations de 1996 au Saguenay, et ce, indépendamment de l'âge des sinistrés. En effet, les scores à l'IES expliquent respectivement 15 % de la variance entre les groupes deux ans après la catastrophe.

Ces résultats montrent que les inondations ont eu une forte incidence sur la manifestation et la persistance des symptômes d'évitement et de reviviscence de l'événement chez les sinistrés. L'état de stress post-traumatique représente donc une variable importante dans l'étude des conséquences des catastrophes. Cette conclusion conforte les résultats de nombreuses études soutenant que l'état de stress post-traumatique est un trouble spécifique souvent observé à la suite d'un désastre (Canino *et al.*, 1990 ; Carr *et al.*, 1995 ;

Côté, 1996 ; David *et al.*, 1996 ; Wilson *et al.*, 1985). Le fait que les sinistrés rapportent également plus de symptômes liés à la dépression que les non-sinistrés corrobore les résultats de nombreuses études qui ont démontré l'apparition de symptômes dépressifs chez les individus ayant vécu de grands bouleversements et subi des pertes importantes à la suite de désastres (Abrahams *et al.*, 1976 ; Canino *et al.*, 1990 ; Côté, 1996 ; David *et al.*, 1996 ; Mellick et Logue, 1985-1986 ; Ollendick et Hoffmann, 1982 ; Ruskin et Talbot, 1996). Green *et al.* (1994) ont démontré qu'une forte proportion (32 %) de victimes souffraient encore de symptômes dépressifs dix-sept ans après les inondations de Buffalo Creek. D'après Phifer et Norris (1989), la destruction de la communauté et les pertes personnelles contribuent significativement à une augmentation de la dépression et à une diminution du bien-être. Lorsqu'ils ont pu retrouver leur demeure et constater les dommages, plusieurs sinistrés ont été confrontés à des images et à des sentiments de désolation, de découragement et de tristesse. Rappelons que les deux tiers des sinistrés ont rapporté que leur maison a subi des pertes majeures ou totales, alors que plus du tiers considèrent que leur terrain a été aussi sérieusement endommagé. La manifestation de symptômes dépressifs pour ce groupe pourrait alors s'expliquer par l'importance des dommages causés par les inondations. Même si les analyses ne permettent pas d'évaluer le lien entre l'ampleur des dommages et la présence de symptômes dépressifs, les résultats disponibles et les appuis théoriques amènent à penser que l'exposition aux inondations, les pertes et les problèmes rencontrés par la suite ont pu avoir un effet négatif sur l'humeur des sinistrés.

Même si la présente étude dénote la présence de facteurs pouvant avoir un impact négatif sur le rétablissement des aînés — les répondants âgés sont moins nombreux à détenir un diplôme d'études post-secondaires, à occuper un emploi rémunéré et à accéder à un revenu familial supérieur à 45 000 \$ que les plus jeunes —, il n'en demeure pas moins que les sinistrés âgés n'en sont pas pour autant plus affectés que les sinistrés plus jeunes. Or, les aînés pourraient compenser les inconvénients qu'occasionnent ces difficultés par le fruit de leurs expériences passées qui favoriseraient leur capacité à s'adapter et à accepter les situations éprouvantes. Il ne faut donc pas sous-estimer leurs capacités d'adaptation ni nier les difficultés qu'ils peuvent rencontrer à la suite d'un désastre. Considérant que les



chercheurs s'entendent sur le fait que les personnes âgées demandent et reçoivent moins d'aide que les adultes plus jeunes (Huerta et Horton, 1978 ; Thompson *et al.* (1993) ; Ticehurst *et al.*, 1996) et que les résultats de la présente recherche indiquent que les effets du désastre, après deux ans, sont similaires pour les deux groupes d'âge, cette situation amène à se poser les questions suivantes : « Est-ce que les intervenants sont suffisamment conscientisés et préparés pour poser les actions nécessaires afin d'aider les aînés à faire face aux difficultés post-désastres et favoriser ainsi leur rétablissement ? Quels risques prenons-nous lorsqu'on choisit de se camper, plus ou moins objectivement, dans l'une ou l'autre des positions ? D'un côté, si l'on suppose que les personnes âgées sont plus affectées et que l'on ne considère pas leur capacité d'adaptation ni les ressources dont elles disposent, n'y a-t-il pas un risque de passer à côté de leurs besoins d'intégrité et d'indépendance ? D'un autre côté, si l'on prétend que les personnes âgées sont moins affectées, n'est-il pas dangereux de nier les difficultés qu'elles peuvent rencontrer et de fermer indûment les yeux sur leur besoin d'aide ? » Il est donc important de poursuivre la recherche dans ce domaine si l'on veut répondre adéquatement aux besoins des sinistrés, indépendamment de leur âge.

Si des efforts sont consentis afin de parvenir à une meilleure compréhension des effets d'une catastrophe sur les personnes âgées et à mieux identifier les facteurs de vulnérabilité et de de protection, le gouvernement et la communauté seront mieux outillés pour instaurer des services d'aide adaptés à leur besoin.

## BIBLIOGRAPHIE

- ABRAHAMS, M. J., J. PRINCE, F.A. WHITLOCK et G. WILLIAMS (1976). « The Brisbane Floods, 1974 : their Impact on Health », *Medical Journal of Australia*, vol. 2, p. 936-939.
- AUGER, C., S. LATOUR, M. TRUDEL et M. FORTIN (2000). « L'état de stress post-traumatique : l'après déluge au Saguenay », *Le Médecin de famille canadien*, vol. 46, décembre, p. 2420-2427.

- BECK, A.T., R.A. STEER et M.G. GARBIN, (1988). « Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory : Twenty-five Years of Evaluation », *Clinical Psychology Review*, vol. 8, p. 77-100.
- BECK, A.T., C.H. WARD, M. MENDELSON, J. MOCK, J. et J. ERBAUGH (1961). « An Inventory for Measuring Depression », *Archives General Psychiatry*, vol. 4, p. 561-571.
- BURGER, L., F. STADEN F. et J. NIEUWOULDT (1989). « The Free State Floods : a Case Study », *South African Journal of Psychology*, vol. 19, n° 4, p. 205-209.
- BUROS, O.K. (sous la direction de) (1978). *The Eight Mental Measurement Yearbook*, Hyde Park, Gryphon Press.
- CANINO, G., M. BRAVO, M. RUBIO-STIPEC et M. WOODBURY (1990). « The Impact of Disaster on Mental Health : Prospective and Retrospective Analyses », *International Journal of Mental Health*, vol. 19, n° 1, p. 51-56.
- CARR, V.J., T.J. LEWIN, R.A. WEBSTER, P.L. HAZELL, J.A. KENARDY et G.L. CARTER (1995). « Psychosocial Sequelae of the Newcastle Earthquake : I. Community Disaster Experiences and Psychological Morbidity 6 Months Post-disaster » *Psychosomatic Medicine*, vol. 25, p. 539-555.
- CÔTÉ, L. (1996). « Les facteurs de vulnérabilité et les enjeux psychodynamiques dans les réactions post-traumatiques » *Santé mentale au Québec*, vol. 21, n° 1, p. 209-228.
- DAVID, D., T.A. MELLMAN, L.M. MENDOZA, R. KULICK-BELL, G. IRONSON et N. SCHNEIDERMAN (1996). « Psychiatric Morbidity following Hurricane Andrew » *Journal of Traumatic Stress*, vol. 9, n° 3, p. 607-612.
- DIRECTION DE L'ASSISTANCE FINANCIÈRE ET DU SOUTIEN ADMINISTRATIF (2000). *Bilan de l'assistance financière sur les pluies diluviennes survenues les 19 et 20 juillet 1996 dans plusieurs régions du Québec*, Québec, Bibliothèque nationale du Québec.
- ERIKSSON, N. G. et T. LUNDIN (1996). « Early Traumatic Stress Reactions among Swedish Survivors of the m/s Estonia Disaster, *British Journal of Psychiatry*, vol. 169, p. 713-716.

- GAUTHIER, J. et S. BOUCHARD (1993). « Adaptation canadienne-française de la forme révisée du State-Trait Anxiety Inventory de Spielberger », *Revue canadienne des sciences du comportement*, vol. 25, n° 4, p. 559-578.
- GAUTHIER, J., C. MORIN, F. THÉRIAULT, F. et J.S. LAWSON (1982). « Adaptation française d'une mesure d'auto-évaluation de l'intensité de la dépression », *Revue québécoise de psychologie*, vol. 3, n° 2, p. 13-27.
- GREEN, B.L., M.C. GRACE, M.G. VARY, T.L. KRAMER, G.C. GLEESER et A.C. LEONARD (1994). « Children of Disaster in the Second Decade : a 17-Year Follow-up of Buffalo Creek Survivors », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 33, n° 1, p. 71-79.
- HANSSON, R.O., D. NOULLES et S.J. BELLOVICH (1982). « Knowledge, Warning and Stress », *Environment and Behavior*, vol. 14, p. 171-185.
- HANSENNE, M., G. CHARLES, P. PHOLIEN, M. PANZER, W. PITCHOT, A. GONZALEZ MORENO et M. ANSSEAU (1993). « Mesure subjective de l'impact d'un événement : traduction française et validation de l'échelle d'Horowitz », *Psychologie médicale*, vol. 25, n° 1, p. 86-88.
- HENRI, N., G. BEAUCHEMIN, M. ALONSO, M. GÉLINAS et G. DION (sous la direction de) (1997). *Les pluies diluviennes au Saguenay—Lac-Saint-Jean : bilan un an après*, Jonquière.
- HOROWITZ, M., N. WILNER et W. ALVAREZ (1979). « Impact of Event Scale : a Measure of Subjective Stress », *Psychosomatic Medicine*, vol. 41, n° 3, p. 209-218.
- HOROWITZ, M., N. WILNER, N. KALTREIDER et W. ALVAREZ (1980). « Signs and Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder », *Archives of General Psychiatry*, vol. 37, p. 85-93.
- HUERTA, F. et R. HORTON (1978). « Coping Behavior of Elderly Flood Victims » *The Gerontologist*, vol. 18, n° 6, p. 541-546.
- LALANDE, G., D. MALTAIS, D. et S. ROBICHAUD (2000). « Les sinistrés des inondations de 1996 au Saguenay : problèmes vécus et séquelles psychologiques », *Santé mentale au Québec*, vol. 15, n° 1, p. 95-115.
- MALTAIS, D., L. LACHANCE, M. FORTIN, G. LALANDE, S. ROBICHAUD, C. FORTIN et A. SIMARD (2000). « L'état de santé psychologique et physique des sinistrés des inondations de 1996 : étude comparative entre

sinistrés et non-sinistrés », *Santé mentale au Québec*, vol. 15, n° 1, p. 116-137.

MALTAIS, D., S. ROBICHAUD et A. SIMARD (2001). *Désastre et sinistrés*, Chicoutimi, Les éditions JCL.

MALTAIS, D., S. ROBICHAUD et A. SIMARD (2001). « Conséquences des inondations de juillet 1996 sur la conception du chez-soi et la santé biopsychosociale des préretraités et retraités », *Revue canadienne du vieillissement*, vol. 20, n° 3, p. 407-426.

MALTAIS, D., S. ROBICHAUD et A. SIMARD (2000). « Redéfinition de l'habitat et santé mentale des sinistrés suite à une inondation », dans *Santé mentale au Québec*, vol. XXV, n° 1, p. 74-95.

MALTAIS, D., S. ROBICHAUD et A. SIMARD (1999). *Le sinistre de juillet 1996 au Saguenay : conséquences sur la redéfinition de l'habitat*, Ottawa, Société canadienne d'hypothèques et de logement, 144 pages.

MELLIICK, M.E. et J.N. LOGUE (1985-1986). The Effect of Disaster on Health and Well-being of Older Women », *International Journal of Aging Human Development*, vol. 21, p. 27-38.

MORENCY, C. (1998). « La sécurité civile au lendemain des inondations », in M.-U. Proulx (sous la direction de), R. Nicolet et J. Dufour, *Une région dans la turbulence*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, p. 1-7.

NEWMARK, C.S. (1972). « Stability of the State and Trait Anxiety » *Psychological Reports*, vol. 30, p. 196-198.

NICOLET, R. (1998). « Quelques réflexions en marge de la commission », in M.-U. Proulx (sous la direction de), R. Nicolet et J. Dufour, *Une région dans la turbulence*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, p. 1-7.

OLLENDICK, D.G. et S.M. HOFFMANN (1982). « Assessment of Psychological Reactions in Disaster Victims », *Journal of Community Psychology*, vol. 10, p. 157-167.

PHIFER, J.F. (1990). « Psychological Distress and Somatic Symptoms in Older Adults », *Psychology and Aging*, vol. 5, n° 3, p. 412-420.

PHIFER, J. et F. NORRIS (1989). Psychological Symptoms in Older Adults following Natural Disaster : Nature, Timing, Duration, and Course », *Journal of Gerontology*, vol. 44, p. 207-217.

- PICKENS, J., T. FIELD, M. PRODOMIDIS, M. PELAEZ-NOGUERAS et Z. HOSSAIN (1995). « Post-traumatic Stress, Depression and Social Support among College Student after Hurrigan Andrew », *Journal of College Students Development*, vol. 13, n° 2, p. 152-161.
- RUSKIN, P.E. et S.A. TALBOT (sous la direction de) (1996). *Aging and Posttraumatic Stress Disorder*, Washington, DC, American Psychiatric Press. Inc.
- SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL DU CANADA (1992). *Services personnels, planification psychosociale en cas de sinistres*, Ministère des Approvisionnement et Services Canada.
- SÉCURITÉ CIVILE DU QUÉBEC (2000). *Bilan de l'assistance financière sur les pluies diluviennes survenues les 19 et 20 juillet 1996 dans plusieurs régions du Québec*, Québec, Gouvernement du Québec.
- SPIELBERGER, C.D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (form Y)*, Palo Alto, Consulting Psychologist Press.
- SPIELBERGER, C.D. (1988). « State-Trait Anxiety Inventory (form Y) », in M. Hersen et A.S. Bellack (sous la direction de), *Dictionary of Behavioral Assessment Techniques*, New York, Pergamon Press, p. 448-450.
- THOMPSON, M.P., F.H. NORRIS et B. HANACEK (1993). « Ages Differences in the Psychological Consequences of Hurricane Hugo », *Psychology and Aging*, vol. 8, n° 4, p. 606-616.
- TICEHURST, S., A. WEBSTER, J. CARR et T.J. LEWIN (1996). « The Psycho-social Impact of an Earthquake on the Elderly », *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 11, p. 943-951.
- VÉZINA, J., P. LANDREVILLE, P. BOURQUE et L. BLANCHARD (1991). « Questionnaire de dépression de Beck : étude psychométrique auprès d'une population âgée francophone », *Canadian Journal on Aging*, vol. 10, n° 1, p. 29-39.
- WILSON, J.P., W.K. SMITH et S.K. JOHNSON (1985). « A Comparative Analysis of PTSD among Various Survivor Groups », in C.R. Figley (sous la direction de), *Trauma and its Wake : the Study and Treatment of Post-traumatic Stress Disorder*, New York, Bruner/Mazel, p. 142-172.



**PARTIE 5**

**CATASTROPHES ET  
COMMUNAUTÉS RURALES**







**LA GESTION DES INONDATIONS DE JUILLET 1996  
PAR DEUX MUNICIPALITÉS RURALES :  
DIFFICULTÉS RENCONTRÉES ET IMPACTS SUR  
LE DYNAMISME COLLECTIF**

Danielle MALTAIS, Ph.D.  
Martin TRUCHON, M.Sc.

**E**n juillet 1996, des pluies diluviennes causent des dommages importants dans plusieurs municipalités du Saguenay—Lac-Saint-Jean. Deux communautés rurales, L'Anse-Saint-Jean et Ferland-et-Boilleau sont alors fortement perturbées. Des centaines de citoyens sont évacués dans des conditions périlleuses et des pâtés de maisons sont coupés de tout accès. Les réseaux d'aqueduc, d'électricité et de télécommunications sont détruits ainsi que des ponts et des tronçons de routes. Pendant plusieurs mois, la vie collective, celle des victimes et des intervenants a été fortement ébranlée.

Dans le but de documenter les difficultés que vivent les communautés rurales aux prises avec de telles catastrophes, une recherche qualitative a été réalisée à L'Anse-Saint-Jean et à Ferland-et-Boilleau trois ans après les inondations de juillet 1996, auprès des principaux acteurs impliqués dans la gestion de la crise, dans la reconstruction des infrastructures municipales et dans le soutien aux familles sinistrées. Cet article permettra, dans un premier temps, de présenter la méthodologie et les objectifs de la recherche ainsi que les caractéristiques des deux municipalités rurales qui ont fait l'objet d'investigations. Puis, dans les sections subséquentes, des informations sont fournies sur les conséquences des catastrophes chez les petites communautés, sur la gestion de la crise ainsi que sur les principaux problèmes qu'ont dû résoudre les intervenants impliqués dans la gestion de la crise et dans le rétablissement des communautés. La dernière section présente le point de vue des répondants sur les conséquences des inondations de juillet 1996 sur la santé des individus et sur le dynamisme des communautés.

## MÉTHODOLOGIE ET OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

Cette recherche de type qualitatif visait à recueillir le point de vue des principaux acteurs directement impliqués dans l'application des mesures d'urgence lors des inondations de juillet 1996. La recherche qualitative permet d'obtenir les opinions des répondants interrogés sans orienter les réponses. Deslauriers (1991) souligne que cette méthode de recherche est utile lorsque le phénomène étudié se rapporte aux interactions humaines. Les objectifs de la recherche, au nombre de deux étaient les suivants :

1. identifier les principaux obstacles rencontrés par les intervenants lors de l'application des mesures d'urgence et lors de la période de reconstruction ;
2. recueillir le point de vue des intervenants sur les conséquences des inondations de juillet 1996 sur le dynamisme des communautés.

La collecte des données a été réalisée au cours de l'été 1999 auprès d'une dizaine d'intervenants dans chacune des municipalités participant à la recherche. Le guide d'entrevue comprenait une quinzaine de questions ouvertes abordant divers thèmes comme la gestion de la crise, les acteurs impliqués pendant et après les inondations, les difficultés rencontrées au moment de l'application des mesures d'urgence et pendant la période de rétablissement, les impacts des inondations sur la santé des sinistrés, sur le fonctionnement social et sur l'organisation sociopolitique de la communauté. Pour faciliter la collecte des données, un ensemble de sous-thèmes accompagnait chacune des questions ouvertes afin que l'intervieweur recueille les informations désirées.

Dans chacune des municipalités, l'intervieweur a rencontré un ou des représentants des autorités municipales fortement impliqués dans la gestion de la crise, un ou des intervenants responsables de l'application des mesures d'urgence au sein du CLSC de la communauté, un ou des bénévoles œuvrant dans les organismes communautaires qui ont apporté du soutien et de l'aide matérielle ou technique aux familles sinistrées.

## CARACTÉRISTIQUES DES COMMUNAUTÉS

La première municipalité, L'Anse-Saint-Jean, couvre un territoire de 528 kilomètres carrés et compte sur une population de 1 250 personnes. Son principal cours d'eau, la rivière Saint-Jean, a une superficie d'environ 758 kilomètres carrés. Cette rivière se caractérise par des méandres et des débordements fréquents parce que son encaissement lui laisse peu de possibilités d'absorber les crues printanières. Les activités économiques de cette municipalité reposent principalement sur le tourisme, la villégiature et les activités de plein air. Située dans la région du Bas-Saguenay, L'Anse-Saint-Jean occupe une place privilégiée en plein cœur du parc du Saguenay et de sa zone périphérique.

Pour sa part, Ferland-et-Boilleau couvre un territoire de 419 kilomètres carrés occupé par 652 personnes. Situé au sud-est de la ville de La Baie et au sud de Saint-Félix-d'Otis, Ferland-et-Boilleau se caractérise par un relief accidenté formé de collines et de montagnes. Dominés par la forêt boréale, les paysages sont variés. Le lac Ha! Ha! et la rivière Ha! Ha! forment les principales composantes du drainage du territoire. Le noyau urbanisé de cette municipalité se retrouve le long de la route régionale (la route 381) dans le secteur de Ferland. Cette communauté se caractérise par l'absence d'une économie diversifiée et par une grande dépendance à la forêt. L'économie de Ferland-et-Boilleau repose sur les activités forestières, le tourisme, la villégiature et les activités de plein air. Les activités industrielles se concentrent dans des secteurs liés à la forêt et une partie non négligeable de la population est tributaire de l'usine de pâtes et papiers située à La Baie. La vocation récréotouristique de cette petite municipalité est centrée sur les lacs Ha! Ha!. Depuis les années quatre-vingt, les autorités municipales ont concentré leurs efforts sur la consolidation des équipements existants, sur le développement de la Pourvoirie du lac Ha! Ha!, du terrain de camping, des chalets locatifs ainsi que des sentiers pédestres. En 1989, une corporation sans but lucratif est formée (corporation du Domaine du lac Ha! Ha!) afin d'administrer toutes les opérations de la Pourvoirie ainsi que celles des deux terrains de camping et du camp d'accueil. À chaque saison estivale, une trentaine de personnes travaillent pour cet organisme sans but lucratif afin d'accueillir plus de 25 000 touristes.

## CONSÉQUENCES DES CATASTROPHES CHEZ LES PETITES MUNICIPALITÉS

Rosenberg, Fine et Robinson (1980), dans une étude auprès de 111 résidents vivant en milieu rural à la suite d'une tornade, ont mentionné que les liens sociaux entre les voisins ont contribué au rétablissement des individus. La disponibilité d'un soutien émotionnel et matériel a aussi été reconnue comme un facteur pouvant prévenir l'apparition de problèmes dans les communautés rurales. En ce qui a trait aux facteurs pouvant nuire au rétablissement des individus et de leur communauté, Rosenberg *et al.* (1980) soulignent que la vulnérabilité des résidents et la gravité du désastre sont des facteurs non négligeables. Sweet (1998) est aussi du même avis : lorsque les individus reçoivent un support social adéquat, les effets néfastes de l'exposition à un désastre sont amoindris. Les actions posées et les réponses des communautés sont aussi, aux dires de Gibson (1989), des éléments importants qui facilitent l'adaptation des individus et des collectivités. La présence de relations harmonieuses au sein des instances décisionnelles, l'absence de querelles entre les différents paliers du gouvernement et l'intégration horizontale des sous-systèmes communautaires sont aussi des caractéristiques sociopolitiques qui facilitent l'adaptation et la survie des petites communautés à la suite d'un désastre (Sundet et Mermelstein, 1996). Malheureusement, certaines caractéristiques sociodémographiques, culturelles et politiques peuvent nuire au bon fonctionnement des petites collectivités. À ce sujet, Sundet et Mermelstein (1996) soulignent que le niveau de pauvreté de la collectivité est un élément perturbateur au rétablissement collectif, tandis que Therney et Baisden (1979) ont mentionné que l'éloignement géographique, le manque de personnel qualifié, la présence de réticences à accepter les problèmes de santé mentale, la tendance à rejeter ce qui est non familier ainsi que des valeurs misant sur l'indépendance et l'auto-efficacité sont des situations qui sont peu facilitantes.

### BREF RAPPEL DE LA CATASTROPHE

Les 18, 19 et 20 juillet 1996, à la suite de pluies intensives de plus de cinquante heures, les niveaux d'eau des bassins hydrographiques du Saguenay sont substantiellement plus élevés qu'en temps normal.

La saturation des sols provoque également un ruissellement de surface plus marqué vers les cours d'eau. Les propriétaires demeurant près des rives constatent que leurs terrains sont graduellement envahis par les eaux.

Au sud-est de la région, du côté de Ferland-et-Boilleau, la poussée des eaux provoque la rupture de la digue du lac Ha! Ha!. La municipalité est alors inondée et lourdement endommagée. Les routes principales sont submergées par endroits. Les autorités municipales et les intervenants responsables d'appliquer les mesures d'urgence sont demeurés sur un pied d'alerte pendant plus de deux jours avant que les mesures d'urgence soient déclenchées. Pendant plus de vingt-quatre heures, des centaines de personnes sont évacuées par hélicoptère pendant que des terrains et des maisons s'affaissent sous la pression des eaux. C'est le maire de la municipalité qui a déclenché les mesures d'urgence, appuyé par les intervenants rémunérés et bénévoles de la communauté et par les employés du ministère de la Sécurité civile.

Lors de ce sinistre, la rivière Ha! Ha! quintuple de largeur, avalant de vastes territoires tout en se frayant un passage comme une immense tronçonneuse. La route principale est sectionnée à sept endroits et sept ponts sont détruits par les eaux. Selon le Bureau régional de la reconstruction et de la relance (1997), dix-sept maisons ont été détruites à Ferland-et-Boilleau, 116 autres ont subi des dommages moyens ou mineurs. Plusieurs entreprises (N=13) ont également subi des pertes et huit résidences secondaires ont fait l'objet de demandes d'indemnisation. Au plan des infrastructures collectives, la route 381 a été sectionnée à plusieurs endroits, isolant les secteurs de Ferland et de Boilleau. De nombreux ponts municipaux et privés ont été emportés par les eaux et des puits d'approvisionnement en eau potable ont été contaminés. Les réseaux de distribution hydro-électrique et de communications téléphoniques ont également été hors d'usage pendant plusieurs jours. Le Domaine du lac Ha! Ha! a subi d'importants dommages ainsi que les sentiers pédestres, de motoneige ou de véhicules tout-terrains. Le Grand Lac Ha! Ha! s'est vidé complètement à la suite de la destruction de la digue Cut-Away. Les berges des rivières sont également sérieusement endommagées sur plusieurs kilomètres.

À L'Anse-Saint-Jean, c'est pendant la soirée du 19 juillet que les premières manifestations du sinistre se produisent. La route 170 se rompt en de nombreux endroits et est obstruée par des arbres, des branches, de la roche et de la boue emportés par des glissements de terrain dans les montagnes et les falaises qui longent le chemin. Le gonflement anormal des ruisseaux détruit également les accotements de certaines routes et les eaux envahissent des terrains et des maisons. Plusieurs rues sont envahies par les eaux et des maisons sont emportées. Rapidement, les infrastructures commencent à subir de lourds dommages. La communauté, plongée dans le noir, sans moyen de communication, est isolée du reste du monde. Des sinistrés se réfugient à la polyvalente, tandis que d'autres vont être accueillis par des proches. Lors de ce sinistre, le village a été sectionné à plusieurs endroits, rendant impraticable la circulation en véhicule. Les intervenants ont souligné la présence constante d'un énorme vacarme produit par les inondations.

Les mesures d'urgence sont prises le 19 juillet et l'évacuation de la population en danger a lieu pendant la nuit. Plusieurs familles doivent être réveillées par les autorités civiles et ces dernières ont juste le temps de s'habiller et de quitter leur demeure avant que les eaux envahissent leur maison. Sans eaux, sans électricité ni téléphone, les intervenants doivent travailler dans des conditions périlleuses. En vingt minutes, une rue est complètement sinistrée. Les intervenants constatent que des maisons ont disparu et ils n'aperçoivent que des roches et des arbres.

Au total, dix-neuf maisons ont été détruites et 102 autres endommagées. Plusieurs résidences secondaires ont fait l'objet d'indemnisation (N=35), tandis que trente-cinq commerces et entreprises commerciales ou agricoles subissent des pertes majeures ou moyennes. Les dommages infligés aux infrastructures et services publics sont nombreux : route 170 endommagée à plusieurs endroits, réseau routier municipal sectionné, pont détruit et emporté par les eaux, réseaux d'aqueduc et de distribution d'électricité et de services téléphoniques endommagés, équipements récréotouristiques détruits, terrains de camping endommagés, etc.

## PRINCIPAUX PROBLÈMES RENCONTRÉS PENDANT LA GESTION DE LA CRISE

Dans les deux communautés, les intervenants ont souligné que l'une des principales difficultés rencontrées a été celle d'évacuer la population dans des conditions périlleuses alors que le niveau de l'eau montait sans arrêt. Le sol s'effondrait également par endroits. Plusieurs répondants ont mentionné avoir eu peur de ne pas pouvoir évacuer les sinistrés à temps. L'absence de moyens de communication (les téléphones cellulaires ne fonctionnaient pas) ainsi que l'interruption des services hydroélectriques ont aussi nui au travail des intervenants responsables d'appliquer les mesures d'urgence. À Ferland-et-Boilleau, les difficultés des intervenants ont été amplifiées par les rumeurs voulant que la municipalité était complètement détruite, tandis qu'à L'Anse-Saint-Jean, les problèmes de communication avec l'extérieur ont accentué le drame et l'inquiétude des individus qui étaient incapables d'entrer en contact avec leurs parents ou amis. À la merci des médias, les intervenants ont souligné que ces derniers ont contribué à l'augmentation de la panique de la population en amplifiant la gravité des événements. À leurs avis, les médias ont véhiculé de fausses informations en répandant la rumeur que les communautés du Bas-Saguenay n'existaient plus. Comme les deux communautés ont été sectionnées en plusieurs secteurs isolés les uns des autres, les déplacements ont été aussi très difficiles. Les témoignages suivants rendent compte des difficultés des intervenants.

*Les lignes électriques explosaient et c'était la noirceur totale. On a aussi perdu le téléphone, c'était très difficile.*  
(Intervenante de L'Anse-Saint-Jean)

*Il n'y avait même plus de route pour aller chez le médecin. On était vraiment coupé de tout.* (Intervenante de L'Anse-Saint-Jean)

*Ce qui m'a le plus marquée dans la tâche que j'avais à accomplir, c'était d'évacuer les gens. C'était des familles en détresse, en panique et en pleurs que je devais rassurer... Jamais une chose si difficile ne m'avait été demandée.* (Intervenante de Ferland-et-Boilleau)

Pendant la gestion de la crise, les répondants ont aussi été confrontés au désarroi et à la tristesse des sinistrés. Il leur a donc fallu intervenir rapidement pour les soutenir émotivement. Toutefois, plusieurs intervenants rémunérés et bénévoles n'étaient pas suffisamment formés, et avant que les professionnels des CLSC prennent la relève, le travail des bénévoles a donc été très éprouvant. Des répondants ont ainsi mentionné que la situation était devenue rapidement épuisante, car les intervenants accueillaien pendant plus de douze heures par jour la détresse, le désarroi, la souffrance, la colère et la rage des individus sinistrés.

### **PRINCIPAUX PROBLÈMES RENCONTRÉS PENDANT LA PÉRIODE DE RECONSTRUCTION DE LA COMMUNAUTÉ**

Après la période de la crise, les municipalités ont dû surmonter de nombreux obstacles occasionnés par la reconstruction des infrastructures locales et par le désarroi de la population. Les problèmes le plus souvent mentionnés sont l'endettement de la population et des municipalités, la hausse des taxes municipales, les réclamations des dépenses engagées, les problèmes de zonage ainsi que la sous-évaluation des propriétés privées et collectives. Le va-et-vient constant des gros camions et de l'équipement nécessaires à la reconstruction a également entraîné une détérioration de certains tronçons de route et des infrastructures épargnées par les inondations.

Malgré que les intervenants soulignent que les autorités municipales et les intervenants ont travaillé en étroite collaboration avec les gouvernements fédéral et provincial, la plupart des répondants se sont plaints du manque d'effectifs et de moyens concrets pour faire face à la situation. Ils ont aussi mentionné les nombreuses difficultés à obtenir des ressources supplémentaires des appareils de l'état (ministères, CLSC, Régie régionale de la santé et des services sociaux, etc.) et la lourdeur administrative entourant le règlement des dossiers de réclamation de la municipalité et des sinistrés.

Selon les commentaires émis par certains répondants, l'application du programme psychosocial de retour à la vie normale s'est avérée aussi une tâche difficile. Les intervenants se sont sentis insuffisam-



ment formés pour faire face aux nombreux problèmes sociaux qui émergeaient (endettement, conflits familiaux, consommation accrue de boissons alcoolisées, violence conjugale, etc.). Les intervenants ont dû improviser, prendre des décisions rapides dans un climat d'incertitude.

*On ne pouvait pas savoir comment organiser nos actions parce qu'on ne savait pas ce qui se passerait. On ne l'avait jamais appris, on ne l'avait jamais vécu. Le programme de retour à la vie normale n'était pas aussi bien élaboré qu'on aurait souhaité.*  
(Intervenante de Ferland-et-Boilleau)

*C'était difficile de planifier nos interventions. On a appris sur le tas et on a dû développer des stratégies d'intervention nouvelles.*  
(Intervenante de Ferland-et-Boilleau)

Les répondants des deux municipalités ont aussi fait part de leur difficulté à rejoindre les sinistrés en situation de détresse psychologique une fois qu'ils avaient réintégré leur domicile. Certains sinistrés ont eu tendance à s'isoler et à renoncer aux services de consultation et de soutien psychologique, a relaté une intervenante. À ce sujet, des répondants ont souligné que l'une de leur difficulté a été celle de l'empressement des autorités locales, régionales et provinciales à vouloir fermer le dossier de l'aide aux sinistrés.

## **CONSÉQUENCES DES INONDATIONS SUR LE DYNAMISME DE LA COMMUNAUTÉ**

Tous les intervenants sont unanimes : les inondations de juillet 1996 ont laissé des traces indélébiles sur la vie communautaire et le climat social. Les avis sont toutefois partagés, car certains insistent sur le resserrement du tissu social alors que d'autres ont observé une détérioration de l'esprit communautaire.

### **Resserrement du tissu social**

En dépit des traumatismes et des stress vécus par les sinistrés, des intervenants ont souligné que les inondations de juillet 1996 ont mis en évidence la capacité des gens à se prendre en main dans un

mouvement de solidarité et d'entraide. Par exemple, à Ferland-et-Boilleau, les répondants considèrent que la population a pris conscience de la nécessité de travailler en étroite collaboration. Certains ont remarqué que la vie communautaire est devenue plus intense à la suite de la réintégration de la population dans les jours ou les semaines qui ont suivi les inondations. Certains ont insisté sur le désir des citoyens de fraterniser et de participer aux activités sociales organisées par les organismes communautaires. Selon les intervenants, la solidarité communautaire s'est traduite par la mise en place d'un ensemble varié de comités et d'organismes locaux voués à la relance et au développement économique et social de la communauté.

À L'Anse-Saint-Jean, des répondants ont aussi souligné que le sinistre de juillet 1996 a fourni aux citoyens l'occasion de développer de nouveaux liens sociaux et un mouvement de solidarité et d'entraide qui s'est poursuivi pendant plusieurs mois après le sinistre. Certains ont insisté sur l'esprit de solidarité et d'entraide qui a permis de mettre fin à des conflits et à des querelles entre voisins qui duraient depuis longtemps. D'autres intervenants ont aussi insisté sur la fraternité qui a perduré tout au long des inondations et des semaines qui ont suivi. Plusieurs citoyens n'ont pas hésité à héberger les sinistrés qui n'avaient plus d'endroit où aller, d'autres ont prêté leur résidence secondaire.

### **Détérioration de l'esprit communautaire**

Une fois que les sinistrés ont constaté leurs pertes et qu'ils devaient effectuer les travaux de rénovation ou se reconstruire une nouvelle maison, des malaises se sont installés dans les deux communautés. Car, malgré la générosité sans précédent des programmes d'aide gouvernementaux ou charitables, les récriminations se font de plus en plus nombreuses de la part des sinistrés insatisfaits des subventions obtenues. La gestion des conflits représente alors une difficulté importante pour les intervenants. La distribution de l'aide se révèle aussi un processus ardu, compliqué et par-dessus tout très controversé. Trois ans plus tard, certains répondants ont remarqué que les tensions sont moins fréquentes mais qu'elles se manifesteraient toujours entre membres de mêmes familles élargies, entre amis et voisins. Le stress, le désarroi, l'amertume et la colère provoquent,

aux dires des intervenants, des conflits et des disputes entre conjoints et entre amis. Dans certains cas, ces difficultés se sont soldées par des séparations et des divorces. Dans une des municipalités, les intervenants ont comptabilisé quinze séparations. Les intervenants ont aussi remarqué que les inondations ont entraîné un sentiment d'insécurité chez plusieurs individus et ont provoqué le départ de plusieurs familles. Certains estiment que près de 10 % des citoyens de leur communauté sont allés vivre ailleurs dans l'année qui a suivi les inondations.

*Soixante personnes ont quitté le village après le déluge et trente-huit dans l'année qui a suivi. C'est le plus haut taux d'exode jamais vu dans l'histoire de la communauté. Plusieurs d'entre eux étaient des personnes âgées, c'était nos racines, notre histoire.* (Intervenante de Ferland-et-Boilleau)

Certains répondants font aussi remarquer que plusieurs personnes se sont découragées et sont tombées malades dans les mois qui ont suivi les inondations. Pour certains, les personnes âgées et les adolescents demeurent les personnes les plus fragilisées. Les intervenants ont d'ailleurs constaté que les adolescents ne parlaient pas beaucoup, s'exprimaient peu et étaient peu enclins à participer aux activités de la communauté. En ce qui a trait aux personnes âgées, certains répondants mentionnent qu'elles ont été plus malades et vulnérables et qu'elles ont eu recours à plus d'aide psychosociale.

La détérioration du climat social s'est également manifestée par l'apparition de sentiments de frustration et de colère au sein de la population contre les gestionnaires des ouvrages de rétention d'eau. Dans le cas de Ferland-et-Boilleau, le ressentiment de la population est palpable, car on considère que l'inondation du village est due à la négligence de la compagnie qui assumait l'entretien et la gestion du barrage du Grand Lac Ha! Ha! et de la digue Cut-Away. À L'Anse-Saint-Jean, les intervenants considèrent que les inondations demeureront à tout jamais gravées dans la mémoire collective de la communauté et dans celle de chaque citoyen.

*Le déluge ne s'oubliera jamais. On l'a toujours dans la tête. Une journée ou deux de pluie abondante et on a peur. On vit dans la peur. On est resté très inquiet [...].* (Intervenante de L'Anse-Saint-Jean)

D'ailleurs, dans les mois subséquents, à chaque pluie, les intervenants soulignent qu'à L'Anse-Saint-Jean, on assiste à une surveillance constante des rivières et des ruisseaux, car les travaux de sécurisation des lieux effectués par les autorités publiques ne suffisent pas à sécuriser la population. C'est d'ailleurs ce sentiment d'insécurité qui a forcé certaines familles à quitter le village.

## CONCLUSION

Les témoignages recueillis auprès d'intervenants impliqués dans le soutien aux sinistrés et la reconstruction d'une communauté ne laissent aucun doute : les inondations de juillet 1996 ont entraîné des impacts importants non seulement sur la santé des victimes, mais aussi sur le dynamisme des communautés. En subissant plusieurs chocs en l'espace de quelques mois, les citoyens des municipalités de Ferland-et-Boilleau et de L'Anse-Saint-Jean ont vu leurs habitudes de vie et leur vie communautaire profondément perturbées. Malgré de grands élans de solidarité, d'entraide, de collaboration et de concertation interorganismes, les communautés n'ont pas été épargnées par l'exode de leurs citoyens ni par l'émergence de tensions sociales. Pourtant, plusieurs répondants considèrent que les inondations de juillet 1996 ont fourni une occasion de tisser de nouveaux rapports sociaux reposant sur des valeurs d'entraide. Si plusieurs constatent, après trois ans, le retour à la vie normale, il n'en demeure pas moins que la conscience collective des deux municipalités est à tout jamais marquée par les chocs qu'a vécus la population au moment des inondations et tout au long de leur processus de rétablissement.

## BIBLIOGRAPHIE

- BUREAU DE LA RECONSTRUCTION ET DE LA RELANCE DU SAGUENAY—LAC-SAINTE-JEAN (1997). *Les pluies diluviennes au Saguenay—Lac-Saint-Jean : bilan un an après*, Jonquière.
- DESLAURIERS, J.-P. (1991). *Recherche qualitative. Guide pratique*, Montréal, Toronto, New York, McGraw-Hill.

- GIBSON, T. (1989). « Impacts on an Environmental Disaster on a Small Local Government : Alaska Oil Spell », *Government Finance Review*, June, p. 27-29.
- ROSENBERG, S.A., P.M. FINE et G.L. ROBERSON (1980). « Emotional Effects of the Omaha Tornado », *Nebraska Medical Journal*, vol. 65, n° 1, p. 24-26.
- SUNDET, P. et J. MERMELSTEIN (1996). « Predictors of Rural Community Survival after Natural Disaster : Implications for Social Work Practice », *Research on Social Work and Disasters*, vol. 22, n°s 1-2, p. 57-70.
- SWEET, S. (1998). « The Effect of a Natural Disaster on Social Cohesion : a Longitudinal Study », *International Journal of Mass Emergencies*, vol. 16, n° 3, p. 321-331.
- THERNEY, K.J. et B. BAISDEN (1979). *Crisis Intervention Programs for Disasters Victims : a Source Book and Manual for Smaller Communities*, DHEW, Publication n° 79-675, Washington, D.C., US Government Printing Office.



## **CONSÉQUENCES DES INONDATIONS DE JUILLET 1996 SUR LA SANTÉ BIOPSYCHOSOCIALE DES SINISTRÉS VIVANT EN MILIEU RURAL : RÉSULTAT D'UNE ÉTUDE QUALITATIVE**

Danielle MALTAIS, Ph.D.  
Anne SIMARD, M.Sc.  
Louis PICARD, Bac.

**L**es 17, 18 et 19 juillet 1996, des pluies torrentielles se sont abattues sur la région du Saguenay—Lac-Saint-Jean. Deux municipalités rurales, L'Anse-Saint-Jean et Ferland-et-Boilleau ont subi des dommages importants. Des routes ont été inondées, des ponts ont été détruits, des équipements récréotouristiques ont disparu dans les eaux, tout comme des dizaines de maisons. Le Bureau régional de la reconstruction et de la relance (1997) a fait d'ailleurs état de trente-six maisons détruites et 218 autres endommagées. De plus, quarante-trois propriétaires de résidences secondaires ont fait des réclamations tandis que quarante-six propriétaires d'entreprises et trois agriculteurs ont déclaré des dommages importants à leur propriété.

Pendant les inondations, des centaines d'individus ont été évacués par hélicoptère dans des conditions périlleuses. Plusieurs ont cru qu'ils allaient mourir ou ont craint pour la vie de l'un de leurs proches. Sans eau, sans électricité et sans moyen de communication, la population de ces deux municipalités a dû faire preuve d'un grand courage tout au long de l'application des mesures d'urgence et lors du processus de rétablissement. Étant donné que des catastrophes de ce genre perturbent les communautés et les individus (Maltais, Robichaud et Simard 2001), il est intéressant de recueillir le point de vue des sinistrés sur ce que ces derniers ont vécu comme difficultés et problèmes pendant et après les inondations. Pour ce faire, une recherche qualitative a été réalisée, trois ans après les événements, auprès de plusieurs sinistrés des deux municipalités rurales précédemment mentionnées. Les sections suivantes présentent les faits saillants de cette étude. Dans un premier temps, des informations

sont fournies sur les conséquences des désastres en milieu rural. Par la suite, des renseignements sont donnés sur la méthodologie utilisée, sur les caractéristiques sociodémographiques et sur l'état de santé des participants ainsi que sur la situation des sinistrés lors des inondations. Les dernières sections de ce texte traitent des difficultés et des changements vécus par les sinistrés pendant et après le sinistre ainsi que des répercussions qu'ont eues les inondations sur la santé biopsychosociale des sinistrés.

### **CONSÉQUENCES DES DÉASTRES SUR LA SANTÉ DES SINISTRÉS VIVANT EN MILIEU RURAL**

Les recherches, qu'elles soient effectuées auprès d'individus vivant en milieu urbain ou rural, démontrent que l'exposition à une catastrophe entraîne des conséquences négatives sur la santé biopsychosociale des individus (Côté, 1996 ; Green *et al.*, 1992 ; Maltais, Robichaud et Simard, 2001 ; MSSS 1994). Les problèmes peuvent être d'ordre psychologique, comme la présence de manifestations intrusives ou d'évitement, l'augmentation de la détresse émotionnelle et de l'anxiété, les troubles de mémoire et les pensées dérangeantes (Aptekar, 1994 ; Bolin, 1982 ; Bravo *et al.*, 1990 ; Maltais *et al.*, 2000 ; Shore, Vollmer et Tatum, 1989). Des problèmes de santé physique peuvent aussi apparaître, comme une perception plus négative de son état de santé, l'apparition ou l'aggravation de problèmes de santé ainsi que l'augmentation de la consommation de médicaments prescrits ou non prescrits (Maltais, Robichaud et Simard, 2001 ; Smith, Robins, Pryzbeck, Goldring et Solomon, 1986).

Dans une recension des écrits sur les conséquences des catastrophes en milieu rural, Farberow (1985) souligne d'ailleurs que les individus demeurant dans de petites communautés peuvent développer de nombreux problèmes de santé physique ou psychologique à la suite de leur exposition à une catastrophe en raison des caractéristiques particulières des communautés rurales (nombre élevé de personnes sous le seuil de faible revenu, vieillissement de la population, disponibilité restreinte des services de santé, éloignement géographique, etc.). Les victimes d'inondations, comme celles de juillet 1996, peuvent aussi manifester des problèmes de fonctionnement dans leur vie personnelle, conjugale, familiale, sociale et profes-



sionnelle (Canino *et al.*, 1990 ; Yates, 1992), comme la diminution du rendement scolaire, la perte d'entrain et de motivation au travail, la fréquence accrue des disputes entre conjoints et entre membres de la famille, etc. Les problèmes d'adaptation peuvent s'étendre sur plusieurs mois (Maltais, Robichaud et Simard, 2001). C'est d'ailleurs pour cette raison que des chercheurs comme Aptekar (1994), Car, Lewin, Carter et Webster (1992) ainsi que Powel et Rayner (1952) parlent de périodes, d'étapes ou de suite d'événements traumatisants lorsqu'ils analysent le processus de rétablissement des victimes.

### **OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE**

Cette recherche de type qualitatif vise deux grands objectifs. Le premier a pour objet de documenter les difficultés que les sinistrés ont vécues pendant l'application des mesures d'urgence et tout au long de leur processus de rétablissement. Le second vise à identifier les conséquences qu'a eues l'exposition aux inondations sur la santé biopsychosociale et les conditions de vie des sinistrés.

Pour atteindre ces objectifs, 83 sinistrés ont été rencontrés à leur domicile par un intervieweur trois ans après les inondations. Les sinistrés, sélectionnés au hasard, avaient à répondre à une vingtaine de questions ouvertes abordant différents thèmes comme leur emplacement lors des inondations, les sentiments et difficultés vécus, la conception de l'ancien et du nouveau domicile, les changements dans les habitudes de vie, les répercussions des inondations sur la vie personnelle, conjugale, familiale, sociale et professionnelle ainsi que les conséquences sur la santé biopsychosociale. Pour être inclus dans l'étude, les sinistrés devaient être propriétaires occupants d'une demeure endommagée et être âgés de plus de dix-huit ans. Une fois l'entrevue complétée, les participants répondaient à un court questionnaire permettant d'obtenir des informations sur leurs caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, niveau de scolarité, revenu familial) et sur leur perception de leur état de santé actuel.

### **CARACTÉRISTIQUES DES COMMUNAUTÉS**

L'Anse-Saint-Jean et Ferland-et-Boilleau sont des communautés rurales non agricoles comprenant moins de 1 500 habitants (tableau 1). L'Anse-Saint-Jean couvre un territoire de 528 km carrés tandis que la superficie de Ferland-et-Boilleau est de 419 km carrés. Situées dans la région du Bas-Saguenay, ces municipalités sont très populaires lors des vacances estivales. De nombreux touristes provenant du Saguenay—Lac-Saint-Jean ou d'ailleurs viennent profiter de la beauté des paysages et des espaces aménagés pour la villégiature. Les principales activités économiques de ces communautés sont d'ailleurs le tourisme et la villégiature. Ferland-et-Boilleau compte toutefois sur la présence d'activités forestières (abattage, sylviculture, fabrication de bois de plancher). Les activités récréotouristiques sont centrées sur les principaux cours d'eau des municipalités où l'on retrouve à proximité des chalets locatifs et des terrains de camping. Les deux municipalités sont très impliquées dans le développement et l'entretien des infrastructures récréotouristiques.

### **CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET ÉTAT DE SANTÉ DES RÉPONDANTS**

Il y a presque autant de femmes que d'hommes sinistrés qui ont participé aux entrevues semi-dirigées et un peu plus d'un sinistré sur deux (53,0 %) est âgé entre 40 et 64 ans. La moyenne d'âge des participants se situe à 48 ans (ET=13,04). La presque totalité des sinistrés vivent en couple (90,4 %) et ont au moins un enfant (92,8 %). Un sinistré sur deux (51,8 %) occupe un emploi rémunéré et le revenu familial annuel s'établit entre 25 000 \$ et 40 000 \$ pour la majorité des sinistrés (53,7 %). Près du quart des répondants (23,5 %) vit en deçà du seuil de faible revenu.

Au moment de l'entrevue, la majorité des sinistrés (61,4 %) considèrent que leur état de santé est bon ou excellent. Depuis juillet 1996, 42 % estiment que leur état de santé a diminué et 74,7 % ont remarqué l'apparition de nouveaux problèmes de santé. La majorité des sinistrés déclarent également que depuis leur exposition aux inondations, des problèmes de santé se sont exacerbés (80,7 %) et qu'une nouvelle maladie est apparue chez un membre de leur famille

(85,5 %). Près du quart des répondants constatent également avoir augmenté leur consommation de médicaments prescrits (22,9 %) ou non prescrits (20,5 %).

**Tableau 1**  
**Caractéristiques des communautés**

	<b>Ferland-et-Boilleau</b>	<b>L'Anse-Saint-Jean</b>
Date de fondation	1978	1859
Population (1996)	652	1250
Superficie (km <sup>2</sup> )	418	528
Situation	Sud-est de la ville de La Baie et au sud de Saint-Félix d'Otis	Coté sud du Saguenay à mi-chemin entre La Baie et l'embouchure du Saguenay à Tadoussac
Principaux cours d'eau	Grand lac Ha! Ha! et Petit lac Ha! Ha!	La rivière Saint-Jean
Principales activités économiques	Activités forestières Tourisme Villégiature Récréation en milieu naturel	Tourisme villégiature Récréation en milieu naturel

#### **SITUATION ET RÉACTIONS DES SINISTRÉS LORS DES INONDATIONS DE JUILLET 1996**

Les localités de L'Anse-Saint-Jean et de Ferland-et-Boilleau connaissent une effervescence peu commune en saison estivale. Il n'est donc pas surprenant qu'à la mi-juillet, la quasi totalité des répondants (90,8 %) étaient à la maison en compagnie d'autres personnes

(92,8 %). La majorité des sinistrés estiment que les dommages à leur maison (53,7 %) ou à leur terrain (63,6 %) sont très importants, tandis que 75,6 % ont été évacués de leur domicile plus de deux semaines. Dans les heures précédant les inondations, les sinistrés sentaient que la situation n'était pas normale. Certains avaient remarqué que les ruisseaux étaient déchaînés ou qu'ils se gonflaient anormalement, tandis que d'autres constataient d'importants bris sur des tronçons de routes. À la suite de petits éboulis, des sinistrés ont alerté les autorités ou des membres de leur entourage. Avec l'arrivée de l'obscurité, des citoyens se sont inquiétés. Certains se sont mis au lit sans vraiment dormir, d'autres surveillaient le débit des eaux. Lorsque les eaux ont envahi les terrains, puis les sous-sols et les rez-de-chaussée, des sentiments de panique, de peur et d'angoisse ont été ressentis. L'interruption des services téléphoniques et d'électricité ainsi que la destruction des routes et des ponts ont alors confronté les sinistrés à l'irréversible : l'évacuation en laissant tout derrière soi. Certains ont trouvé refuge dans les montagnes avoisinantes, d'autres ont dû être évacués par hélicoptère dans des centres d'hébergement mis à la disposition des sinistrés. Des familles sont alors séparées ; certains sinistrés préfèrent demeurer dans des zones moins dévastées de leur village. Au dire des répondants, l'évacuation par hélicoptère demeure un événement traumatisant.

Pendant les inondations, les préoccupations et les pensées dominantes tournaient autour de la volonté de survivre ou de sauver la vie des membres de sa famille ou de ses animaux. Les témoignages suivants sont d'ailleurs très évocateurs :

*Ce qui était le plus important à nos yeux, c'était de sauver nos vies et celles de nos animaux.*

*J'avais peur de ne pas partir à temps et de mourir noyé.*

*J'avais peur d'y rester, de ne pas pouvoir m'en sortir.*

*À ce moment-là, ce qui nous préoccupait le plus, c'était de sauver nos vies et celles de nos enfants, nous ne pensions pas encore à nos biens.*

Sans nouvelle de leurs proches, certains sinistrés ont craint qu'ils soient décédés. Avec l'annonce de la disparition de leurs villages dans différents postes de radio, les préoccupations étaient surtout axées sur la famille afin d'apaiser leur inquiétude. Malheureusement, les communications étaient coupées. Le tableau 2 présente les principaux dommages encourus aux sinistrés ainsi qu'aux infrastructures publiques.

**Tableau 2**  
**Dommages encourus**

<b>Principaux dommages</b>	<b>Ferland-et-Boilleau</b>	<b>L'Anse-Saint-Jean</b>
Biens des résidants		
• Maisons détruites	17	19
• Maisons endommagées	116	102
• Maisons secondaires endommagées ou détruites	8	35
• Entreprises endommagées	13	33
• Exploitations agricoles inondées	1	2

...suite

Tableau 2 (suite)

Principaux dommages	Ferland-et-Boilleau	L'Anse-Saint-Jean
Infrastructures et services publics	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Route 381 sectionnée à plusieurs endroits</li> <li>• Plusieurs ponts municipaux et privés emportés par les eaux</li> <li>• Puits d'approvisionnement en eau potable contaminés</li> <li>• Réseaux de distribution hydroélectrique et de services téléphoniques endommagés</li> <li>• Équipements récréotouristiques endommagés ou détruits</li> <li>• Digue détruite</li> <li>• Grand lac des Ha! Ha! vidé</li> <li>• Berges de la rivière Ha! Ha! gravement endommagées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Route 170 endommagée à plusieurs endroits</li> <li>• Ponts détruits</li> <li>• Réseau d'aqueduc sectionné à plusieurs endroits</li> <li>• Réseaux de distribution hydroélectrique et de services téléphoniques endommagés</li> <li>• Équipements récréotouristiques endommagés ou détruits</li> <li>• Berges de la rivière Saint-Jean gravement endommagées</li> </ul>
Coûts des dommages	7 543 000 \$	18 822 000 \$
Programme de compensation aux particuliers	<p>Remboursement de 100 % de la valeur foncière de la résidence (pour le premier 100 000 \$)</p> <p>15 000 \$ pour l'ameublement plus 1 000 \$ supplémentaires pour chaque personne demeurant dans la maison détruite lors des inondations</p>	<p>Remboursement de 100 % de la valeur foncière de la résidence (pour le premier 100 000 \$)</p> <p>15 000 \$ pour l'ameublement plus 1 000 \$ supplémentaires pour chaque personne demeurant dans la maison détruite lors des inondations</p>

## DIFFICULTÉS VÉCUES À LA SUITE DES INONDATIONS

À la suite de leur exposition aux inondations, les sinistrés ainsi que les membres de leur famille ont dû s'adapter à des situations difficiles et faire face à des changements dans leurs habitudes de vie, dans leurs conditions personnelles, familiales et sociales ainsi que dans leur état de santé physique et psychologique. Lors de leur relocalisation, les difficultés et les conséquences diffèrent selon : 1) l'importance des pertes et des dommages subis ; 2) la durée de la relocalisation ; 3) la disponibilité et l'accessibilité aux divers services d'aide gouvernementale, sociale, communautaire ou familiale.

C'est ainsi que, pour obtenir de l'information sur les modalités de soutien financier, plusieurs sinistrés ont éprouvé des difficultés à identifier les personnes-ressources des organismes humanitaires et des instances gouvernementales. Selon les témoignages recueillis, il était difficile d'entrer en communication avec les intervenants. Les commentaires suivants permettent de comprendre l'ampleur des difficultés :

*Nous manquions d'aide et de support, tous les intervenants et les représentants du gouvernement étaient dans une autre localité, nous ne savions même pas quand la Croix-Rouge viendrait dans notre municipalité. Nous manquions de support, l'information ne circulait pas auprès des sinistrés.*

*Nous avons de la difficulté à obtenir les renseignements, les numéros de téléphone dont nous avons besoin, nous ne savions pas trop à qui nous adresser.*

*Nous avons très peu d'informations, nous étions isolés de l'autre secteur du village.*

Pour les sinistrés qui ont pu réintégrer leur ancien domicile, les difficultés rencontrées relèvent surtout de la prise de conscience de l'ampleur des dommages, laquelle a suscité un état de choc ou de stupéfaction auquel les sinistrés ont dû faire face. Plusieurs répondants se sont sentis dépassés par l'ampleur des travaux de nettoyage et de désinfection à réaliser et se sont épuisés à la tâche. Les odeurs nauséabondes et l'humidité persistante ainsi que la présence de vermine ont également été difficiles à supporter. La présence d'in-

quiétudes quant à la contamination des lieux a aussi été un autre aspect qui a dérangé plus d'un sinistré. Dans les jours qui ont suivi la réintégration de leur ancien domicile, des sinistrés ont souligné que l'absence d'eau courante, d'électricité et de service téléphonique a été très contraignante. Les propos suivants sont d'ailleurs très révélateurs de l'ampleur des difficultés vécues :

*C'était sale dans le sous-sol et ça sentait mauvais. Nous avons été obligés de tout désinfecter.*

*Nous avons eu un choc de voir tous les dégâts que nous avons subis ; le travail occasionné pour tout nettoyer et réparer a été très fatigant. Cela a été difficile de réaménager notre maison à notre goût. Au début, la saleté et la senteur nauséabonde nous rendaient malades.*

*Nous ne nous attendions pas à de tels dégâts, ça sentait mauvais, le solage était fissuré. Nous avons été obligés de déplacer notre maison.*

Chez les sinistrés ayant vécu un changement de milieu de vie (déplacement de la maison sur un autre terrain, construction d'une nouvelle demeure), les difficultés vécues ont été exprimées en termes de dépaysement, de contraintes financières et d'éloignement. C'est ainsi que bon nombre de répondants ont déclaré s'être sentis des étrangers et ont été obligés de déployer des efforts pour s'adapter à un nouvel environnement ou à un nouveau voisinage. Des sinistrés relatent également avoir éprouvé des difficultés à aménager leur nouvelle résidence selon leurs goûts en raison de contraintes financières. Pour d'autres, la relocalisation a correspondu à un éloignement de leurs enfants et amis et à une adaptation forcée à la vie en ville. L'intégration à un nouveau domicile s'est aussi faite dans un contexte de deuil de l'ancienne résidence. Plusieurs sinistrés ont d'ailleurs relaté être toujours en processus d'adaptation à leur nouvel environnement, intérieur comme extérieur. Finalement, des sinistrés ont constaté que les changements dans leurs habitudes de vie occasionnés par l'achat ou la location d'une nouvelle demeure ont détérioré leur qualité de vie.



Les propos suivants résument les principales difficultés des sinistrés qui ont été dans l'obligation de s'adapter à un nouveau milieu de vie :

*Je demeure maintenant dans une maison plus petite qu'avant. J'ai dû faire beaucoup de travaux de rénovation pour la mettre à mon goût, mais j'ai manqué d'argent pour faire ce que j'aurais souhaité.*

*L'adaptation à la ville a été très difficile. Nous ne sommes pas habitués d'avoir des voisins tout autour de nous, nous avons beaucoup de difficulté à nous adapter.*

*Nous nous sentions comme des étrangers. Nous avons de la difficulté à dormir, nous n'avions plus le même environnement.*

*Le plus difficile a été d'accepter la démolition de mon ancienne maison et d'être obligé de vivre dans une nouvelle demeure.*

*Ce n'est plus la même chose, il n'y a plus d'arbres, c'est froid et austère. Il n'y a pas de vie. On dirait que tout est mort. Nous sommes beaucoup moins attachés à notre nouvelle maison.*

Le tableau 3 présente les principales difficultés vécues par les sinistrés dans les semaines et les mois qui ont suivi les inondations. Parmi les problèmes mentionnés, il appert que ceux qui ont été les plus éprouvants ont été la détérioration de la situation financière, les travaux de nettoyage et de reconstruction, la conciliation des activités rémunérées avec les obligations générées par les inondations (travaux de rénovation, démarches administratives, achat, relocalisation, etc.), les nombreux changements de milieu de vie et la perte de son chez-soi et de ses souvenirs.

À long terme, les sinistrés mentionnent aussi bon nombre de difficultés (tableau 3). C'est ainsi qu'au plan des conditions de vie, plusieurs répondants ont mentionné que l'augmentation des taxes, l'endettement et l'obligation d'effectuer des achats de façon régulière représentaient les principales difficultés rencontrées.

En ce qui a trait à la vie sociale, les sinistrés ont dû faire face à la diminution de leurs activités sociales et récréatives ainsi qu'à l'incapacité de s'adapter à un nouvel environnement.

Tableau 3

**Les principales difficultés à court et  
à long terme mentionnés par les sinistrés**

Nature des difficultés	Difficultés à court terme
Économiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les procédures d'emprunt</li> <li>• L'obligation d'utiliser toutes ses économies personnelles pour la reconstruction</li> <li>• La perte du commerce</li> <li>• La perte de revenus d'emploi</li> </ul>
Sociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'impossibilité de maintenir les contacts avec les amis</li> <li>• L'absence de loisirs</li> <li>• La détérioration des relations à la suite de jugements de valeurs ou d'envie portés à son endroit par des concitoyens</li> </ul>
Contextuelles ou instrumentales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les relocalisations multiples</li> <li>• L'inadéquation de l'aide versus les besoins (on aurait préféré pouvoir acheter davantage de matériaux que de meubles)</li> <li>• La difficulté à trouver un logement temporaire</li> <li>• Le surcroît de travail et de responsabilités pendant la reconstruction (procédures bureaucratiques, achats, etc.)</li> <li>• L'obligation de prendre des décisions rapidement</li> <li>• L'absence d'intimité</li> <li>• Le manque de nourriture ou de services (ceux qui ont décidé de ne pas évacuer le village)</li> <li>• L'obligation de détruire le domicile</li> </ul>

...suite

Tableau 3 (suite)

Nature des difficultés	Difficultés à court terme
Contextuelles ou instrumentales (suite)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La perte du chez-soi</li> <li>• La réintégration dans l'ancien domicile (odeurs, saleté, moisissures, etc.)</li> <li>• Le non-respect des engagements des entrepreneurs</li> <li>• Le manque d'information</li> <li>• Les difficultés de communication</li> <li>• L'identification ou l'embauche d'un entrepreneur compétent</li> <li>• Le temps et l'énergie à consentir aux réparations ou à la reconstruction</li> <li>• La lourdeur des démarches</li> <li>• La lenteur du traitement des réclamations</li> <li>• L'obligation de détruire le domicile en raison de la contamination après l'avoir réintégré</li> <li>• Les inondations et leurs suites qui prennent toute la place dans les discussions</li> <li>• Le désintéressement des industriels face à la situation</li> <li>• L'abus par certains sinistrés</li> <li>• Le voyeurisme des touristes et des médias</li> <li>• La décision du nouveau lieu de résidence</li> <li>• Les négociations avec les représentants des autorités</li> </ul>
Familiales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La manifestation de comportements d'agressivité et d'impatience (faire preuve ou subir)</li> <li>• Les conflits conjugaux</li> </ul>

...suite

Tableau 3 (suite)

Nature des difficultés	Difficultés à court terme
Professionnelles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La réorientation de carrière à la suite de la perte du commerce ou de la perte de l'emploi en forêt</li> <li>• Le changement de statut (passer d'employeur à employé)</li> <li>• L'obligation de continuer à travailler tout en voyant aux travaux de reconstruction</li> <li>• Le fait de devoir s'absenter à l'extérieur du village pour travailler</li> <li>• Le manque d'attention ou de compréhension de l'employeur</li> <li>• L'augmentation des distances à parcourir pour se rendre au travail</li> </ul>
Personnelles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le sentiment d'insécurité et d'incertitude</li> <li>• La désolation de se retrouver devant rien</li> <li>• Le fait de se retrouver seule pour voir aux travaux en l'absence du conjoint</li> <li>• Être exposée continuellement à la dévastation et aux inconvénients des travaux de reconstruction (conjointe demeurant à domicile)</li> <li>• L'inquiétude pour le conjoint demeuré au domicile pendant la reconstruction</li> <li>• L'inquiétude pour les proches, les amis et les voisins davantage exposés</li> <li>• Le sentiment d'avoir été traité injustement ou que l'on a sous-estimé les pertes encourues</li> <li>• La lutte constante contre le découragement</li> <li>• L'acceptation des pertes</li> <li>• La peur de la pluie</li> </ul>

...suite

Tableau 3 (suite)

Nature des difficultés	Difficultés à long terme
Économiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Endettement</li> <li>• Obligation d'effectuer de nombreuses dépenses</li> <li>• Augmentation des taxes municipales</li> </ul>
Sociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fréquentation moindre des amis</li> <li>• Diminution des activités sociales et récréatives</li> <li>• Problème d'adaptation à son nouveau milieu</li> </ul>
Professionnelles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perte d'emploi</li> <li>• Difficulté à se retrouver du travail à la suite de la perte du commerce</li> <li>• Augmentation des heures de travail pour compenser les pertes encourues</li> </ul>
Personnelles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modification de projets d'avenir</li> <li>• Regret d'avoir quitté le village</li> </ul>

### CONSÉQUENCES DES INONDATIONS DE JUILLET 1996 SUR LA SANTÉ BIOPSYCHOSOCIALE ET LES CONDITIONS DE VIE DES RÉPONDANTS

La santé physique et psychologique est une importante ressource des individus. L'organisme humain est fortement sollicité en période de crise. Il n'est donc pas rare que la santé physique et psychologique subisse des altérations en raison des efforts d'adaptation déployés par les victimes. Le tableau 4 fait état des principaux symptômes ou problèmes de santé rapportés par les répondants. Ce tableau permet de constater que les problèmes de sommeil, le stress, la nervosité, la fatigue, les maux de tête et l'hypertension ont été les problèmes de santé les plus souvent rapportés par les sinistrés. Outre ces problèmes, des répondants ont également fait part de perte d'appétit

et de poids, de gripes répétitives, d'asthme, de bronchite et d'angoisse. Des sinistrés ont aussi évoqué que la fatigue morale ainsi que la diminution de la capacité à affronter les événements négatifs de la vie ont également constitué des inconvénients majeurs. Au moment de l'enquête, plus de la moitié des sinistrés (51,8 %) estiment qu'au moins un des problèmes de santé apparus à la suite des inondations persistait toujours.

**Tableau 4**

**Les problèmes de santé physique  
et psychologique rapportés par les sinistrés (N=83)**

	Nombre	%*
Problèmes de sommeil (insomnie, cauchemars)	49	59,0
Stress	46	55,4
Nervosité	44	53,0
Fatigue ou épuisement	21	25,3
Maux de tête	20	24,0
Hypertension	12	14,4
Sentiments dépressifs ou dépression	7	8,4
Allergies	6	7,2
Angoisse	5	6,0
Problèmes digestifs (maux d'estomac, nausées, problèmes intestinaux)	5	6,0
Problèmes cardiovasculaires	4	4,8
Problèmes respiratoires	2	2,4
Problèmes cutanés	2	2,4
Maux de dos	2	2,4
Agressivité	2	2,4

\* Les pourcentages excèdent 100 % étant donné que les répondants pouvaient mentionner la présence de plusieurs problèmes de santé.

Pour plusieurs sinistrés, les changements dans leurs loisirs (diminution de la fréquence), dans leurs projets de vie (retraite retardée, par exemple) ont aussi constitué des changements importants dans leurs conditions de vie. De plus, beaucoup de sinistrés ont dû s'endetter et utiliser toutes leurs économies pour se reloger. Des changements ont également eu lieu au plan de la vie familiale. Par exemple, les relations conjugales de plusieurs répondants ont été souvent mises à l'épreuve en raison de l'épuisement, du stress et du découragement provoqués par les inondations de juillet 1996. Plusieurs ont parlé d'impatience, d'agressivité, de colère, de conflits, de disputes ou de tensions. Ces problèmes se sont toutefois résorbés avec le temps et ont laissé place à un resserrement des liens entre conjoints, comme en font foi ces témoignages :

*Mon mari était un peu moins patient pendant que j'ai été malade. Nous avons eu des petites disputes, mais sans gravité. Cela n'a pas duré, maintenant mon mari est plus près de moi, il est plus attentif.*

*La lourdeur et la complexité des dossiers à régler ont amené des sentiments d'injustice et d'impatience. Nous sommes devenus très fatigués et moins tolérants l'un envers l'autre. Par contre, nous nous sommes quand même rapprochés pendant cette période. Par la suite, nos relations conjugales se sont améliorées.*

*Cela a été plus difficile au plan conjugal pendant deux ans. Nous avons moins de communication entre nous. Nous nous renfermions chacun de notre côté.*

Les relations avec les enfants ont également subi des changements pendant la période de rétablissement des sinistrés, tout comme la vie professionnelle des répondants. En ce qui a trait aux relations avec les enfants demeurant à la maison, des sinistrés ont fait part de leurs manifestations d'impatience, de leur moins grande disponibilité et de leur sévérité accrue. Les répondants ont attribué ces changements à leur état d'esprit, à leur fatigue physique et morale et à leurs préoccupations à s'acquitter des tâches liées à la relocalisation ou à la reconstruction de leur nouveau domicile. Il semble toutefois que les relations avec les enfants d'âge plus élevé (les adultes) ont été soumises à des changements différents car, dans l'ensemble, les sinistrés ont apprécié leur grande disponibilité, leur soutien moral

ainsi que leurs marques d'attention. Ils ont aussi remarqué que les inondations ont été une occasion de rapprochement et de consolidation des liens parentaux.

## CONCLUSION

L'analyse du discours des répondants a permis de constater que les sinistrés de Ferland-et-Boilleau et de L'Anse-Saint-Jean ont dû surmonter de nombreux problèmes en juillet 1996 et tout au long de leur processus de rétablissement. Il n'est donc pas surprenant de constater que la majorité des répondants ont fait mention de perturbations à leur santé physique et psychologique, tout comme à leurs conditions de vie.

La fatigue, l'épuisement physique, le découragement, l'insomnie ont donc été le lot de plusieurs sinistrés dans les mois et les années qui ont suivi les inondations. Plusieurs sinistrés ont également contracté des prêts, diminué leurs sorties à l'extérieur et ont dû surmonter des disputes conjugales et familiales à la suite de leur exposition aux inondations de juillet 1996.

Les résultats de la présente recherche sont donc conformes aux études antérieures effectuées auprès d'autres sinistrés vivant en milieu rural ou en milieu urbain (Bolin, 1982 ; Shore, Vollmer et Tatum, 1989 ; Smith, Robins, Pryzbeck, Goldring et Solomon, 1986) ou en milieu urbain (Maltais, Robichaud, Simard, 2001 ; Maltais, Robichaud, Simard, 1999 ; Maltais, Lachance, Fortin, Lalande, Robichaud *et al.*, 2000).

Un sinistre, d'une telle envergure, semble donc avoir modifié plusieurs sphères de la vie des victimes et, trois ans après leur exposition, plusieurs sinistrés doivent faire face à de nombreux problèmes. Green (1994) considère toutefois que les impacts d'une catastrophe naturelle ne sont généralement plus détectables après deux ans. La présence de séquelles physiques et psychologique chez certains répondants peut probablement s'expliquer par l'ampleur du désastre et par les peurs qu'ont vécues les sinistrés lors de ces inondations (peur de mourir, peur que des proches soient disparus, etc.). La perte de sa demeure dans un contexte involontaire et sou-



dain est un événement traumatique important. Il faut aussi souligner que les modifications environnementales qu'ont subies les deux communautés ont miné le moral de plusieurs sinistrés. La catastrophe de juillet 1996 doit donc être considérée comme une suite d'événements traumatisants débutant à la mi-juillet et s'étendant sur plusieurs mois. L'aide aux sinistrés se doit donc d'être disponible lors de l'application des mesures d'urgence, mais aussi tout au long du rétablissement des individus et de leur communauté.

## BIBLIOGRAPHIE

- APTEKAR, L. (1994). « The Psychology of Disaster Victims », in L. Aptekar (Ed.) *Environmental Disasters in global perspectives*, New York, G.K. Hall & Co., p. 79-126.
- BRAVO, M., M. RUBIO-STIPEC, G.J. CANINO, M.A. WOODBURY et J.C. RIBERA (1990). « The Psychological Sequale of Disaster Stress Prospectively and Retrospectively Evaluated », *American Journal of Community Psychology*, vol. 18, p. 661-680.
- BOLIN, R. (1982). *Long-term Family Recovery from Disaster*, Colorado, Library of Congress.
- BUREAU DE LA RECONSTRUCTION ET DE LA RELANCE DU SAGUENAY—LAC-SAINT-JEAN (1997). *Les pluies diluviennes au Saguenay—Lac-Saint-Jean*, Jonquière, Gouvernement du Québec.
- CANINO, G., M. BRAVO, M. RUBIO-STIPEC, et M. WOOBURY (1990). « The Impact of Disaster on Mental Health : Prospective and Retrospective Analyses », *International Journal of Mental Health*, vol. 19, n° 1, p. 51-69.
- CARR, V.J., T.J. LEWIN, G.L. CARTER et R.A. WEBSTER (1992). « Patterns of Service Utilisation following the 1989 Newcastle Earthquake : Findings from Phase I of the Quake Impact Study », *Australian Journal of Public Health*, vol. 16, n° 4, p. 360-369.
- CÔTÉ, L. (1996). « Les facteurs de vulnérabilité et les enjeux psychodynamiques dans les réactions post-traumatiques », *Santé mentale au Québec*, vol. XXI, n° 1, p. 209-228.

- FARBEROW, N.L. (1985). « Mental Health Aspects of Disaster in Smaller Communities », *The American Journal of Social Psychiatry*, vol. 4, p. 43-55.
- GREEN, B.L. (1994). « Traumatic Stress and Disaster : Mental Health Effects and Factors Influencing Adaptation », in F. Liehmac et C. Nadelson (eds), *International Review of Psychiatry*, vol. 11, Washington, DC, American Psychiatric Press.
- GREEN, B.L., J.D. LINDY, M.C. GRACE et A.C. LEONARD (1992). « Chronic Posttraumatic Stress Disorder and Diagnostic Comorbidity in a Disaster Sample », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 180, n° 12, p. 760-766.
- MALTAIS, D., L. LACHANCE, M. FORTIN, G. LALANDE, S. ROBICHAUD, C. FORTIN et A. SIMARD (2000). « L'état de santé psychologique et physique des sinistrés des inondations de juillet 1996 : étude comparative entre sinistrés et non-sinistrés », *Santé mentale au Québec*, vol. XXV, n° 1, p. 116-138.
- MALTAIS, D., S. ROBICHAUD et A. SIMARD (2001). *Désastres et sinistrés*. Chicoutimi, Éditions JCL, coll. Au cœur des catastrophes.
- MALTAIS, D., S. ROBICHAUD et A. SIMARD (1999). *Le sinistre de juillet 1996 au Saguenay : conséquences sur la redéfinition de l'habitat*, rapport de recherche, Ottawa, Société d'hypothèques et de logement.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1994). *Comment intervenir auprès des personnes sinistrées*, Québec, Gouvernement du Québec, Direction générale de la coordination générale.
- POWELL, J.W. et J. RAYNER (1952). *Progress Notes : Disaster Investigation July, 1, 1951, June 30, 1952*, Englewood, Maryland, Army Chemical Center, Chemical corps Medical Laboratories.
- SHORE, J.H., W.M. VOLLMER et E.L. TATUM (1989). « Community Pattern of Posttraumatic Stress Disorders », *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 177, n° 11, p. 681-685.
- SMITH, E.M., L.N. ROBINS, E. PRYZBECK, E. GOLDRING et S.D. SOLOMON (1986). « Psychological Consequences of a Disaster », in J. Shore (Éd), *Disaster Stress Studies : New Methods and Finding*, Washington, DC, American Psychiatric Press, p. 49-76.
- YATES, S. (1992). « Lay Attribution about Distress after a Natural Disaster », *Personality and Social Psychology Bulletin*, vol. 18, n° 2, p. 217-222.

## **FACTEURS LIÉS À LA PRÉSENCE DE SÉQUELLES PSYCHOLOGIQUES CHEZ DES SINISTRÉS D'INONDATIONS VIVANT EN MILIEU RURAL**

Louis PICARD, B.A.  
Danielle MALTAIS, Ph.D.  
Lise LACHANCE, Ph.D.

**L**es inondations de juillet 1996 ont amené diverses perturbations dans la vie des habitants du Saguenay. Les conséquences ont été non seulement écologiques et économiques, mais aussi biologiques, psychologiques et sociales. Certaines communautés ont été fortement affectées. C'est le cas des deux municipalités rurales de L'Anse-Saint-Jean et de Ferland-et-Boilleau où des réseaux d'aqueduc, des ponts, la distribution d'électricité et le réseau téléphonique ont été gravement endommagés, laissant les citoyens dans l'incertitude et dans l'impossibilité de rejoindre leurs proches et même de répondre à leurs besoins de première nécessité pendant plusieurs jours. Plusieurs citoyens rapportent avoir été traumatisés par l'événement. Certains ont vécu des moments intenses de panique et ont craint pour leur vie ou celle de l'un de leurs proches. De nombreux sinistrés rapportent d'ailleurs avoir eu peur de mourir (voir l'autre texte de Maltais, Simard et Picard dans ce volume).

De nombreuses séquelles sont souvent répertoriées après l'exposition à une telle catastrophe : problèmes de santé physique ou psychologique, d'adaptation et conflits familiaux (Maltais, Robichaud et Simard, 2001). Le bien-être et le moral des victimes se retrouvent également diminués (Palmer, 1980 ; Rangell, 1976). D'ailleurs, Lima, Santacruz, Losano, Luna et Pai (1987) rapportent que les principaux diagnostics posés à la suite d'un désastre tel que celui des inondations de juillet 1996 sont l'état de stress post-traumatique, la dépression majeure, les troubles d'anxiété généralisée, l'abus d'alcool et les phobies. L'état de stress post-traumatique, le diagnostic le plus souvent relevé, se définit comme un ensemble de symptômes pouvant se manifester chez un individu ayant été confronté à un événement traumatisant (Maltais, Robichaud et

Simard, 2001). Green, Grace, Lindy, Gleser, Leonard et Kramer (1990) suggèrent que cet état peut persister plus d'un an après l'événement. Certaines études établissent la prévalence de ce trouble dans la population générale entre 1 % et 3 % (Auger, Martin, Latour et Trudel, 1997 ; Helzer, Robins et McEvoy, 1987). Six mois après les inondations de 1996 au Saguenay—Lac-Saint-Jean, Auger, Latour, Trudel et Martin (2000) rapportent que 19,4 % des sinistrés répondaient aux critères diagnostiques de l'état de stress post-traumatique, comparativement à 3,8 % chez les non-sinistrés.

Afin d'identifier les facteurs associés à la présence de séquelles psychologiques trois ans après l'exposition aux inondations du Saguenay—Lac-Saint-Jean, une étude a été réalisée auprès de sinistrés et de non-sinistrés vivant en milieu rural. Celle-ci s'appuie sur le modèle d'adaptation des sinistrés aux désastres naturels (Freedy, Shaw, Jarrell et Masters, 1992) et sur les idées maîtresses de Kaniasty et Norris (1995). Le modèle de Freedy et de ses collaborateurs, développé à partir de celui de la conservation des ressources de Hobfoll (1988), tente d'identifier les facteurs associés à l'ajustement de victimes de catastrophes, dont les caractéristiques personnelles, la perte de ressources et les stratégies d'adaptation. Kaniasty et Norris (1995) démontrent pour leur part l'importance de tenir compte du soutien social dans l'étude des conséquences post-désastre.

#### **CARACTÉRISTIQUES PERSONNELLES ASSOCIÉES À L'ÉTAT DE SANTÉ PSYCHOLOGIQUE POST-DÉSASTRE**

Dans les diverses études traitant des conséquences des désastres sur la santé psychologique des victimes, les chercheurs ont mis en évidence plusieurs facteurs de risque. C'est ainsi que Meichenbaum (1995) répertorie huit facteurs liés au développement de psychopathologies chez des personnes ayant été exposées : la marginalisation, l'isolement géographique, la présence de problèmes de santé mentale ou physique prédésastre, la fragilité, l'âge avancé, le fait d'être sans abri et le manque de ressources financières ou sociales. Pour sa part, Olson (1993) considère que les enfants et les aînés sont les individus les plus à risque de développer des troubles psychiatriques à la suite d'un désastre. D'autres recherches indi-

quent que les personnes sans emploi, les membres de groupes socio-économiques défavorisés, les individus vivant dans des familles nombreuses, les personnes divorcées, les femmes, les aînés ayant des réticences à accepter de l'aide et les gens exposés à des scènes horribles ou à la mort sont particulièrement susceptibles de présenter des séquelles psychologiques (Alexander, 1990 ; Bolin, 1982 ; Crabbs et Heffron, 1981 ; Lystad, 1988 ; Tobin et Ollenburger, 1996 ; Warheit, 1985). Ces mêmes auteurs soulignent aussi que les personnes ressentant de la culpabilité face au fait d'avoir survécu ainsi que celles n'ayant jamais été confrontées à une expérience similaire ou croyant avoir perdu ou n'avoir jamais possédé les ressources personnelles, interpersonnelles, sociales ou matérielles pour affronter les conséquences d'un sinistre sont aussi considérées comme ayant plus de risques de présenter de telles séquelles. Les célibataires sont aussi perçus comme des personnes à risque parce que souvent, ils ne peuvent pas bénéficier d'un soutien social suffisant (Kaniasty et Norris, 1995).

#### **CONTEXTE DU SINISTRE ET PERTE DES RESSOURCES ASSOCIÉES À L'ÉTAT DE SANTÉ PSYCHOLOGIQUE POST-DÉSASTRE**

En plus des caractéristiques personnelles, d'autres facteurs sont associés à l'apparition ou à l'aggravation de problèmes de santé psychologique. Il semble que les caractéristiques objectives et subjectives associées au désastre comme l'ampleur des pertes et l'évaluation cognitive que font les sinistrés du désastre soient des facteurs de vulnérabilité au développement de séquelles psychologiques (Meichenbaum, 1995). D'ailleurs, des auteurs rapportent que les personnes directement touchées par le sinistre (Bromet et Dew, 1995) et subissant de lourdes pertes (Olson, 1993 ; Tobin et Ollenburger, 1996) sont davantage susceptibles de présenter des problèmes de santé psychologique post-désastre. D'autre part, McFarlane et De Girolamo (1996) affirment que l'ampleur des pertes matérielles explique un plus grand pourcentage de la variance de la détresse psychologique à long terme que l'intensité de l'exposition à l'événement traumatisant. L'évaluation subjective que font les sinistrés est également à considérer dans l'étude des conséquences des désastres sur la santé des individus. D'ailleurs, Houston (1987)

indique que l'évaluation cognitive des personnes exposées à un sinistre est un élément associé à la présence de problèmes psychologiques. Tobin et Ollenburger (1996) soulignent que la tendance à interpréter négativement l'événement influence l'apparition de l'état de stress post-traumatique, alors que le fait d'identifier les aspects plus positifs de la situation semble atténuer cet état.

### **STRATÉGIES D'ADAPTATION, RÉSEAU, SOUTIEN SOCIAL ET ÉTAT DE SANTÉ PSYCHOLOGIQUE POST-DÉSASTRE**

La façon dont les individus réagissent aux événements et la disponibilité du réseau social pour soutenir les victimes sont également des facteurs à prendre en considération dans l'étude des conséquences des catastrophes (Kaniasty et Norris, 1995 ; Lazarus et Folkman, 1984). Selon Smith (1996), le fait d'avoir fait appel à la résolution de problèmes comme stratégie d'adaptation est relié à moins de détresse psychologique chez des sinistrés que le fait d'utiliser l'évitement. De plus, Charlton et Thompson (1996) soulignent que les victimes réévaluant positivement le problème souffrent moins de détresse psychologique que celles utilisant la recherche de soutien social ou l'évitement. Les conclusions de Billings et Moos (1984) indiquent que, comparativement aux autres types de stratégies d'adaptation, les stratégies d'évitement sont reliées positivement à un plus haut niveau de manifestations dépressives. Enfin, les stratégies de recherche de soutien social sont souvent associées à moins de détresse psychologique et à plus d'affects positifs (Smith, 1996). D'autre part, un niveau de détresse psychologique plus élevé a été observé chez les personnes bénéficiant de peu de soutien social (Carr, Lewin, Webster, Hazell, Kenardy et Carter, 1995). De plus, Madakasira et O'Brien (1987) soulignent qu'un lien peut être établi entre la manifestation de l'état de stress post-traumatique et un soutien social inadéquat.

### **OBJECTIF DE L'ÉTUDE**

Les écrits soulignent l'importance de tenir compte de l'ensemble des facteurs relevés auprès des populations touchées directement par un désastre. Cette étude vise donc à identifier et à déterminer la contri-

bution de certains facteurs personnels et contextuels d'adaptation et de soutien social associés à la présence de séquelles psychologiques chez des sinistrés vivant en milieu rural trois ans après l'exposition à des inondations.

## MÉTHODE

### Déroulement de la recherche et participants

La collecte de données a été effectuée au cours de l'été et de l'automne 1999 auprès d'un échantillon de 122 personnes sinistrées provenant de deux communautés rurales de moins de 1 500 habitants : L'Anse-Saint-Jean et Ferland-et-Boilleau. Les répondants devaient, au moment des inondations, être âgés de dix-huit ans et plus et être propriétaires occupants d'une résidence principale ayant subi des dommages. Les personnes répondant à ces critères ont été sélectionnées aléatoirement à partir de la liste des sinistrés des deux municipalités rurales. Le taux de participation à cette étude est de 81,9 %.

L'échantillon comporte autant d'hommes (48,4 %) que de femmes (51,6 %). La moyenne d'âge des participants est de 51,4 ans (ÉT= 14,7). La majorité de ces derniers vivent en couple (89,3 %) et ont des enfants (95,1 %). Un peu plus de huit sinistrés sur dix (84,3 %) disposent d'un revenu familial annuel inférieur à 45 000 \$ et n'ont pas poursuivi leurs études au-delà d'un secondaire V (88,4 %).

### Instruments

Le questionnaire, d'une durée de soixante minutes, était composé principalement de questions fermées. Les instruments de mesure retenus dans la présente étude possèdent de bonnes qualités psychométriques et ont déjà été utilisés auprès de sinistrés vivant en milieu semi-urbain (Maltais, Lachance, Fortin, Robichaud, Fortin et Simard, 2000).

### Détresse psychologique

Quatre échelles ont servi à évaluer le niveau de détresse psychologique des répondants. La première, l'*Impact of Event Scale* (IES ; Horowitz, Wilner et Alvarez, 1979), permet de détecter la présence de manifestations intrusives ou d'évitement suivant l'exposition à un événement traumatisant. Pour chacun des quinze items, les participants indiquent la fréquence des symptômes au cours de la dernière semaine. L'IES est souvent utilisé dans les études évaluant la présence de manifestations post-traumatique à la suite d'un sinistre (Benight et Harper, 1997 ; Chung, Werret, Farmer, Easthope et Chung, 2000 ; Kaltreider, Gracie et Le Breck, 1992 ; Steinglass et Gerrity, 1990). Ticehurst, Webster, Carr et Lewin (1996) soulignent qu'un score supérieur à 25 à cette échelle dénote un niveau élevé de manifestations post-traumatiques. Une analyse factorielle en composantes principales suivie d'une rotation varimax a été effectuée sur la version française de l'IES auprès d'une population de sinistrés vivant en milieu urbain ; les résultats suggèrent la pertinence de ne se référer qu'à un seul facteur (Maltais *et al.*, 2000). Le coefficient alpha calculé auprès du présent échantillon est de 0,93.

La seconde est la version de vingt-huit items du *General Health Questionnaire* (GHQ ; Goldberg, 1972), outil fréquemment utilisé auprès de personnes sinistrées (Chung *et al.*, 2000 ; Livingston, Livingston, Brooks et McKinlay, 1992 ; Livingston, Livingston et Fell, 1994). Des recherches effectuées par McDowell et Newell (1996) indiquent que la sensibilité de l'instrument varie de 85,6 % à 90,0 % et sa spécificité de 85,8 % à 94,4 %. Goldberg et ses collaborateurs (1997) ont fixé à 24 le point de coupure du GHQ-28 lorsqu'il est coté à partir d'une échelle Likert (0, 1, 2 et 3). Un résultat supérieur à ce seuil permettrait l'hypothèse d'un trouble psychiatrique. Sa version française a fait l'objet d'une validation (Paquette, Lachance et Maltais, 2001). Le coefficient alpha calculé auprès du présent échantillon est de 0,88.

La version française du *Beck Depression Inventory* (BDI ; Beck, Ward, Mendelson, Moch et Erbaugh, 1961 ; Gauthier, Morin, Thériault et Lawson, 1982) a permis d'évaluer l'intensité des manifestations dépressives des répondants à partir de vingt-et-une



propositions graduées. Beck, Steer et Garbin (1988) ont établi des points de coupure reflétant quatre niveaux d'intensité de manifestations dépressives : absence de dépression (de 0 à 9), dépression légère (de 10 à 18), dépression modérée à importante (de 19 à 29) et dépression grave (de 30 à 63). Le coefficient alpha obtenu auprès des participants de cette étude est de 0,84.

L'*Affect Balance Scale* (ABS ; Bradburn, 1969) a été utilisée pour mesurer le bien-être psychologique des participants. Cette échelle est composée de dix items couvrant des dimensions positives et négatives de l'affect. Le résultat global varie entre -10 et 10, un score inférieur à zéro reflétant la présence de dimensions négatives de l'affect. Dans sa version originale, des coefficients test-retest supérieurs à 0,90 ont été rapportés pour neuf des dix items après un intervalle de trois jours (Bradburn, 1969). L'instrument démontre un coefficient alpha de 0,57 auprès du présent échantillon.

### **Caractéristiques personnelles**

Des questions fermées portant sur le sexe, l'âge, le statut matrimonial, le niveau de scolarité et le revenu familial annuel ont servi à obtenir des informations sur les caractéristiques personnelles des participants.

### **Contexte du désastre et perte des ressources**

Le questionnaire a permis de recueillir des informations au sujet de quatre facteurs susceptibles d'être en relation avec le phénomène de la détresse psychologique. Ces items sont : l'emplacement lors du désastre, le fait de connaître une personne chère sinistrée ainsi que l'ampleur des dommages subis à la maison, au terrain ou aux meubles. De plus, une adaptation canadienne-française de l'Évaluation cognitive (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis et Gruen, 1986) a été utilisée. Cet outil relève la perception qu'ont les sinistrés de l'ampleur d'une situation à l'aide de cinq questions évaluées par le biais d'une échelle Likert. Une analyse factorielle en composantes principales réalisée auprès de sinistrés urbains permet d'en appuyer

la structure unidimensionnelle (Lachance et Fortin, 2002). Le coefficient alpha calculé auprès du présent échantillon est de 0,78.

### **Stratégies d'adaptation, réseau et soutien social**

Les stratégies d'adaptation ont été évaluées à l'aide de la version brève du *Ways of Coping* de Bouchard, Sabourin, Lessieur, Richer et Wright (1995). Cet outil de vingt items considère trois types de stratégies d'adaptation : résolution de problèmes-réévaluation positive, distanciation-évitement et recherche de soutien social. Bouchard *et al.* (1995) confirment cette structure tridimensionnelle par le biais d'une analyse factorielle confirmatoire. Les coefficients alpha sont respectivement de 0,64 pour la première échelle, 0,60 pour la seconde et 0,73 pour la troisième.

La carte des relations de Corin, Sherif et Bergeron (1983) a été utilisée pour générer des informations sur le nombre de personnes composant quatre types de réseau social (actuel, intense, significatif et potentiel) des sinistrés. Le réseau actuel est formé des personnes contactées par le répondant au moins une fois par mois. Les personnes côtoyées au moins une fois par semaine font partie du réseau intense. Le réseau significatif est formé des personnes sur qui les répondants peuvent compter et à qui ils peuvent demander conseil ou se confier. Le réseau potentiel réunit l'ensemble des personnes composant ces réseaux. Enfin, la satisfaction face à l'aide reçue a été évaluée par la question suivante : « Considérez-vous que vous avez reçu suffisamment d'aide concrète ou morale pour faire face à l'ensemble des stress que vous avez vécu à la suite des inondations de juillet 1996 ? »

### **RÉSULTATS**

Afin d'identifier les facteurs associés à la présence de séquelles psychologiques et leur contribution, deux groupes ont été formés. Le premier groupe est composé des participants rapportant des séquelles psychologiques (N=36). Le score de ces sinistrés est supérieur au point de coupure de l'IES (>25) qui correspond à plus de trois écarts-types de la moyenne des non-sinistrés vivant dans les

deux communautés rurales. Les participants du second groupe, constitué des sinistrés ne rapportant pas de séquelles psychologiques (N=56), obtiennent tous des scores inférieurs ou égaux au point de coupure de l'IES ( $\leq 25$ ), du BDI ( $\leq 10$ ), du GHQ-28 ( $\leq 24$ ) et supérieurs à celui de l'ABS ( $> 0$ ) afin de s'assurer qu'ils ne rapportent aucune séquelle dans les différentes dimensions de leur santé psychologique.

Une matrice de corrélations a d'abord été effectuée entre les facteurs pouvant expliquer le maintien des séquelles psychologiques post-désastre afin d'identifier ceux qui étaient hautement corrélés. Le tableau 1 montre que l'ampleur des dommages et le score à l'évaluation cognitive sont fortement associés ( $r=0,59$ ,  $p<0,001$ ). L'évaluation cognitive a été conservée dans l'analyse, car cet outil fait partie du modèle de Lazarus et Folkman (1984) et est souvent utilisé de concert avec le *Ways of Coping*.

En ce qui a trait au réseau et au soutien sociaux, la satisfaction au regard de l'aide reçue et le nombre de personnes composant les réseaux intense et significatif ont été retenus, ces deux types de réseau n'étant pas corrélés de façon significative. De plus, les membres de ces deux réseaux demeurent les individus les plus susceptibles d'apporter du soutien social aux répondants. Étant donné que les trois types de stratégies d'adaptation sont fortement reliées, la procédure statistique pas-à-pas (*stepwise*) a été choisie pour l'introduction des variables dans l'équation de régression afin de déterminer statistiquement les variables contribuant le plus à expliquer la présence de séquelles psychologiques après que les caractéristiques sociodémographiques aient été contrôlées.

Une analyse de régression logistique hiérarchique a servi à identifier et à déterminer la contribution des différents facteurs : les caractéristiques personnelles (sexe, âge, statut matrimonial, niveau de scolarité et revenu), le contexte des inondations et la perte de ressources (emplacement lors des inondations, connaissance d'une personne chère sinistrée et évaluation cognitive) ainsi que les stratégies d'adaptation, le réseau et le soutien sociaux (trois stratégies du *Ways of Coping*, la taille du réseau significatif et intense ainsi que la satisfaction en rapport à l'aide reçue). Les variables des deux premiers blocs (caractéristiques personnelles ainsi que contexte

des inondations et perte de ressources) ont été introduites dans l'équation selon la méthode entrée (*enter*) et celles du troisième bloc (stratégies d'adaptation, réseau et soutien sociaux) par le biais de la méthode pas-à-pas.

Globalement, ce modèle significatif ( $\chi^2(9)=52,19$ ;  $p<0,001$ ) parvient à expliquer, à l'aide du  $R^2$  de Nagelkerke, 61,6 % de la variance associée à la présence de séquelles psychologiques trois ans après l'exposition aux inondations de juillet 1996. Le premier bloc, les caractéristiques personnelles, explique 22,0 % de la variance. Le second bloc, le contexte des inondations et la perte de ressources, y ajoute 29,6 %. Enfin, l'apport du dernier bloc, les stratégies d'adaptation, le réseau et le soutien sociaux, est de 10,0 %. Comme le suggère le tableau 2, trois facteurs sont associés significativement à la présence de séquelles psychologiques trois ans après les inondations.

Parmi le bloc des caractéristiques personnelles ( $\chi^2(5)= 15,24$  ;  $p<0,01$ ), une seule variable est significative. En effet, le fait de disposer d'un revenu familial annuel plus élevé ( $b(1)=2,21$  ;  $p<0,001$ ) suppose neuf fois moins de risques ( $\text{Exp}(b)=9,08$ ) de présenter des séquelles psychologiques.

En ce qui concerne le contexte des inondations et la perte de ressources ( $\chi^2(3)=26,03$  ;  $p<0,001$ ), les personnes obtenant un score élevé à l'échelle d'évaluation cognitive ( $b(1)=1,29$  ;  $p<0,01$ ) sont quatre fois plus susceptibles ( $\text{Exp}(b)=4,42$ ) de présenter des séquelles psychologiques trois ans après l'exposition aux inondations de 1996. Dans le dernier bloc des stratégies d'adaptation, du réseau et du soutien sociaux ( $\chi^2(1)=10,92$  ;  $p<0,001$ ), une seule variable est significative. Ainsi, le fait d'utiliser la résolution de problèmes-réévaluation positive comme stratégie d'adaptation ( $b(1)=2,08$  ;  $p<0,01$ ) augmente de huit fois les chances ( $\text{Exp}(b)=8,00$ ) de présenter des séquelles psychologiques trois ans après le désastre.

**Tableau 1**  
**Corrélations bivariées de Pearson des facteurs associés**  
**à la présence de détresse psychologique chez des sinistrés**

<b>Variabiles</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
<b>A) Caractéristiques personnelles</b>								
1. Sexe (1 = femme)	—							
2. Âge (1 = 55 et plus)	-0,07	—						
3. État civil (1 = célib.)	0,00	-0,16	—					
4. Niveau scol. (1 = supér. sec. V)	0,00	-0,06	-0,02	—				
5. Revenu familial annuel	-0,06	-0,34***	0,31**	0,28**	—			
<b>B) Contexte des inondations et perte de ressources</b>								
6. Emplacement (1 = accompagné)	-0,08	-0,16	-0,17	0,01	0,08	—		
7. Connaît personne chère sinistrée (1 = oui)	-0,03	0,08	0,14	0,13	0,07	-0,02	—	
8. Ampleur des dommages (1 = dommages majeurs)	-0,03	0,31**	0,09	-0,13	-0,43***	-0,08	-0,02	—
9. Évaluation cognitive	0,08	0,14	0,04	-0,12	-0,10	-0,07	-0,05	0,59***
<b>C) Stratégies d'adaptation, réseau et soutien social</b>								
10. Réévaluation positive-résolution de problèmes	0,00	0,05	0,17	0,04	0,21*	-0,18	0,03	0,12
11. Distanciation-évitement	0,03	0,18	-0,11	-0,15	-0,20	-0,11	0,11	0,30**
12. Recherche de soutien social	0,11	0,09	-0,03	-0,08	-0,03	-0,11	0,04	0,28*
13. Réseau potentiel	0,16	0,19	0,01	-0,12	-0,23*	-0,34**	-0,09	0,13
14. Réseau intense	0,19	0,10	0,02	-0,14	-0,14	-0,30**	-0,36***	0,08
15. Réseau significatif	0,14	0,14	0,03	-0,15	0,00	-0,14	0,07	0,03
16. Réseau actuel	0,16	0,20	-0,01	-0,15	-0,23*	-0,33**	-0,08	0,12
17. Satisfaction/aide (1 = satisfait)	-0,18	0,06	-0,12	-0,05	0,19	-0,05	-0,03	-0,11
<b>Détresse psychologique</b>	<b>0,05</b>	<b>0,20</b>	<b>0,01</b>	<b>-0,14</b>	<b>-0,33***</b>	<b>-0,01</b>	<b>0,008</b>	<b>0,45***</b>

\* p < 0,05    \*\* p < 0,01    \*\*\* p < 0,001

Tableau 1 (suite)

Variables	9	10	11	12	13	14	15	16	17
<b>A) Caractéristiques personnelles</b>									
1. Sexe (1 = femme)									
2. Âge (1 = 55 et plus)									
3. État civil (1 = cél.)									
4. Niveau scol. (1 = sup. au sec. V)									
5. Revenu familial									
<b>B) Contexte des inondations et perte de ressources</b>									
6. Emplacement (1 = accompagné)									
7. Personne chère sin.									
8. Ampleur dommages									
9. Évaluation cognit.	—								
<b>C) Stratégies d'adaptation, réseau et soutien social</b>									
10. Réévaluation positive-résolution de problèmes	0,31**	—							
11. Distanciation-évitement	0,38***	0,45***	—						
12. Recherche de soutien social	0,43***	0,51***	0,50***	—					
13. Réseau potentiel	0,03	-0,03	0,08	0,06	—				
14. Réseau intense	0,07	0,11	0,06	0,11	0,81***	—			
15. Réseau significatif	-0,11	0,02	-0,06	-0,05	0,28**	0,19	—		
16. Réseau actuel	0,06	0,00	0,11	0,08	0,99***	0,83***	0,29**	—	
17. Satisfaction /aide (1= satisfait)	-0,31**	0,14	-0,23*	-0,13	-0,10	0,00	0,17	-0,07	—
<b>Détresse psychol.</b>	<b>0,50***</b>	<b>0,29**</b>	<b>0,39***</b>	<b>0,30**</b>	<b>0,14</b>	<b>0,15</b>	<b>0,14</b>	<b>0,15</b>	<b>-0,33***</b>

\* p < 0,05    \*\* p < 0,01    \*\*\* p < 0,001

**Tableau 2**  
**Résultats de l'analyse de régression logistique hiérarchique**

Variables	ÉTAPE 1 ( méthode entrée )		ÉTAPE 2 ( méthode entrée )		ÉTAPE 3 ( méthode pas-à-pas )	
	$\beta$	Exp ( $\beta$ )	$\beta$	Exp ( $\beta$ )	$\beta$	Exp ( $\beta$ )
<b>1. Caractéristiques personnelles</b>						
Sexe	0,18	1,20	0,02	1,02	0,18	1,19
Âge	0,74	2,09	0,36	1,43	0,31	1,37
Statut matrimonial	-0,60	0,55	-1,22	0,29	-1,42	0,24
Niveau de scolarité	-0,45	0,64	-1,76	0,17	-2,54	0,08
Revenu	1,06 **	2,89	1,31 **	3,72	2,21 ***	9,08
<b>2. Contexte des inondations et perte de ressources</b>						
Emplacement lors des inondations			-4,12	0,02	-5,88	0,00
Connaissance d'une personne chère sinistrée			-0,27	0,77	-0,35	0,71
Évaluation cognitive			1,49 ***	4,45	1,49 ***	4,42
<b>3. Stratégies d'adaptation, réseau et soutien sociaux</b>						
Résolution de problèmes - réévaluation positive					2,08 **	8,00
Distanciation - évitement <sup>a</sup>						
Recherche de soutien social <sup>a</sup>						
Nombre de personnes - réseau intense <sup>a</sup>						
Nombre de personnes - réseau significatif <sup>a</sup>						
Satisfaction face à l'aide reçue <sup>a</sup>						
Constante	-3,05 ***	0,05	-4,48	0,01	-8,20 *	0,00
R <sup>2</sup> de Nagelkerke	0,220		0,516		0,616	

\* p < 0,05    \*\* p < 0,01    \*\*\* p < 0,001

<sup>a</sup> Ces variables n'ont pas été retenues dans l'analyse au cours de la procédure pas-à-pas.

## DISCUSSION

Les données recueillies dans la présente étude démontrant que les sinistrés bénéficiant d'un faible revenu familial et ayant un score élevé à l'échelle d'évaluation cognitive sont plus à risque de présenter des séquelles psychologiques trois ans après les inondations sont conformes à d'autres recherches réalisées auprès de victimes de désastres similaires (Alexander, 1990 ; Bolin et Stanford, 1998 ; Bromet et Dew, 1995). Toutefois, contrairement à d'autres études (Morgan, Matthews et Winton, 1995 ; Smith, 1996), les personnes ayant utilisé la résolution de problèmes ou la réévaluation positive comme stratégie d'adaptation ont plus de risques de présenter des séquelles psychologiques trois ans après les inondations de juillet 1996 au Saguenay.

En ce qui a trait au faible revenu, les résultats de la présente étude appuient l'hypothèse de McDonnell, Troiano, Barker, Noji, Hlady et Hopkins (1995) ainsi que de Tobin et Ollenburger (1996) suggérant que les personnes ayant un faible revenu soient plus à risque de démontrer une forte détresse psychologique que celles ayant accès à un revenu familial plus élevé. La reconstruction ou la rénovation d'une demeure endommagée par les eaux implique des coûts souvent plus élevés que le prix de l'évaluation municipale. Ainsi, les sinistrés à faible revenu doivent donc faire face à des obligations financières importantes qui vont au-delà de leurs capacités. Les sinistrés, en plus d'avoir perdu tous leurs biens, doivent souvent faire face à de nouvelles situations stressantes comme l'endettement ou l'abandon des activités récréatives ou ludiques par manque d'argent (Maltais, Robichaud et Simard, 1999). De plus, les personnes à faible revenu ont aussi peut-être dû acquérir une résidence et des biens de valeur moindre et vivre ainsi en contact constant avec les pertes subies. Ces situations peuvent toutes favoriser le maintien de la détresse psychologique pendant une très longue période, comme le soulignent les résultats de Price (1978).

Le fait que l'évaluation subjective que font des sinistrés de la situation puisse avoir des conséquences au plan psychologique à la suite d'une catastrophe concorde avec les conclusions de Houston (1987). Ainsi, les sinistrés considérant les inondations comme stressantes et à l'origine de pertes importantes sont encore marqués par



les effets néfastes de l'exposition aux inondations trois ans après cet événement. L'évaluation subjective des pertes étant fortement liée à l'ampleur des dommages encourus, il est possible que les sinistrés ayant un haut score à l'échelle d'évaluation cognitive soient ceux ayant eu de lourds dommages à leurs propriétés. Cette situation a souvent été reliée à la manifestation de symptômes de détresse psychologique chez des sinistrés (Freedy, Saladin, Kilpatrick, Resnick et Saunders, 1994 ; McFarlane et De Girolamo, 1996 ; Pickens, Field, Prodromidis, Paleaz-Nogueras et Hossain, 1995). L'évaluation subjective de la situation a aussi pu être influencée par le fait que ces personnes aient eu peur de mourir (Maltais, Lachance, Simard, Brassard et Picard, 2002 ; Maltais, Simard et Picard, 2002). Différentes études soulignent que cette peur est l'un des sentiments les plus intensément ressentis lors d'inondations (Dunal, Gavira, Flaherty et Birz, 1985) et que cette sensation risque de les perturber pendant une longue période (Hagstrom, 1995 ; Lifton et Olson, 1976).

Contrairement aux résultats d'autres études (Folkman *et al.*, 1986 ; Morgan, Matthews et Winton, 1995 ; Smith, 1996), les personnes ayant utilisé la réévaluation positive et la résolution de problèmes comme stratégies d'adaptation ont plus de risques de présenter des séquelles psychologiques trois ans après le désastre. Différentes avenues sont possibles dans l'explication de ces résultats. D'abord, Simard (2000) indique que la réévaluation positive est relative à la dimension émotionnelle, alors que la résolution de problèmes est liée à une dimension cognitive. Elle souligne que, comme ces deux échelles sont calculées conjointement dans la version abrégée du *Ways of Coping* de Bouchard et de ses collaborateurs (1995), la combinaison des propriétés différentes ont pu aider à l'établissement d'un lien significatif entre cette stratégie d'adaptation et le maintien de séquelles psychologiques. Il est aussi possible que ces résultats soient reliés au fait que les sinistrés ont peut-être dû ne s'appuyer que sur leurs ressources personnelles et se sont centrés sur un problème considéré comme insoluble ou difficilement surmontable. Cette stratégie a donc pu leur demander beaucoup d'énergie tout en apportant peu de résultats, favorisant ainsi l'apparition et le maintien de symptômes de détresse psychologique chez des sinistrés. Enfin, des auteurs indiquent que l'utilisation d'une forme quelconque de stratégie d'adaptation est liée à la présence de symptômes post-

traumatiques plutôt qu'à leur absence (Spurrell et McFarlane, 1993). Ainsi, les corrélations significatives entre la détresse psychologique et les trois types de stratégies d'adaptation corroboreraient l'hypothèse que les participants de cette étude présentent en effet des séquelles au plan de leur santé psychologique.

Les résultats soulignent donc l'importance d'offrir une aide particulière aux sinistrés vivant en milieu rural et bénéficiant d'un faible revenu, ayant une forte préoccupation en lien à leur situation et paraissant particulièrement centrés sur les solutions à envisager et les émotions soulevées par le désastre. Le caractère imprévisible d'un tel événement traumatisant rend toutefois difficile l'évaluation de l'état de santé psychologique pré-désastre des individus touchés qui, selon certains auteurs (Aptekar, 1994 ; Lima, Chavez, Samaniego, Pompei, Santacruz et Lozano, 1989 ; Tobin et Ollenburger, 1996), joue un rôle dans la présence de séquelles psychologiques post-désastre. L'évaluation de l'état de santé physique et psychologique antérieur au sinistre et d'autres facteurs pertinents relevés dans les écrits auraient probablement permis l'identification d'un nombre plus élevé de facteurs associés à la présence de séquelles psychologiques. Malgré ces limites, la particularité de cette étude réside dans le fait qu'elle s'intéresse aux facteurs associés à la présence de séquelles psychologiques par la comparaison de deux groupes de sinistrés provenant de deux communautés rurales. L'étude de ces facteurs est d'une importance capitale afin d'améliorer l'efficacité des programmes d'aide aux sinistrés de désastres naturels, particulièrement dans les milieux plus éloignés des services spécialisés de santé.

## BIBLIOGRAPHIE

- ALEXANDER, D.A. (1990). « Psychological Intervention for Victims and Helpers after Disasters », *British Journal of General Practice*, vol. 40, p. 345-348.
- APTEKAR, L. (1994). « The Psychology of Disaster Victims », in L. Aptekar (sous la direction de), *Environmental Disasters in Global Perspective*, New York, G. K., Hall and Co., p. 79-126.

- AUGER, C., S. LATOUR, M. TRUDEL et M. MARTIN (2000). « L'état de stress post-traumatique : l'après-déluge au Saguenay », *Le médecin de famille canadien*, vol. 46, p. 2420-2427.
- AUGER, C., M. MARTIN, S. LATOUR et M. TRUDEL (1997). *L'état de stress post-traumatique : l'après-déluge au Saguenay*, Unité de Médecine familiale de Chicoutimi, mars, pagination variée.
- BECK, A.T., R.A. STEER et M.G. GARBIN (1988). « Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory : Twenty-five Years of Evaluation », *Clinical Psychology Review*, vol. 8, p. 77-100.
- BECK, A.T., C.H. WARD, M. MENDELSON, J. MOCH et J. ERBAUGH (1961). « An Inventory for Measuring Depression », *Archives of General Psychiatry*, vol. 4, p. 53-63.
- BENIGHT, C.C. et M.L. HARPER (1997). *Buffalo Creek Fire and Flood Report*, Quick Response Report n° 96, Natural Hazards Center, 7 p.
- BILLINGS, A.G. et R.H. MOOS (1984). « Coping, Stress and Social Resources among Adults with Unipolar Depression », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 46, n° 4, p. 877-891.
- BOLIN, R. (1982). *Long-term Family Recovery from Disaster*, Colorado, Library of Congress.
- BOLIN, R. et L. STANFORD (1998). « The Northridge Earthquake : Community-based Approaches to Unmet Recovery Needs », *Disasters*, vol. 22, n° 1, p. 21-38.
- BOUCHARD, G., S. SABOURIN, Y. LUSSIEUR, C. RICHER et J. WRIGHT (1995). « Nature des stratégies d'adaptation au sein des relations conjugales : présentation d'une version abrégée du *Ways of Coping Questionnaire* », *Revue canadienne des sciences du comportement*, vol. 27, n° 3, p. 371-377.
- BRADBURN, N.M. (1969). *The Structure of Psychological Well-Being*, Chicago, Aldine Publishing Company.
- BROMET, E. et M.A. DEW (1995). « Review of Psychiatric Epidemiologic Research on Disasters », *Epidemiologic Reviews*, vol. 17, n° 1, p. 113-119.
- CARR, V.J., T.J. LEWIN, R.A. WEBSTER, P.L. HAZELL, J.A. KENARDY et G.L. CARTER (1995). « Psychosocial Sequela of the 1989 Newcastle Earthquake : I. Community Disaster Experience and Psychological

- Morbidity 6 Months Post-Disaster », *Psychological Medicine*, vol. 25, p. 539-555.
- CHARLTON, P.F.C. et J.A. THOMPSON (1996). « Ways of Coping with Psychological Distress after Trauma », *British Journal of Clinical Psychology*, vol. 35, p. 517-530.
- CHUNG, M.C., J. WERRET, S. FARMER, Y. EASTHOPE et C. CHUNG (2000). « Response to Traumatic Stress among Community Residents Exposed to a Train Collision », *Stress Medicine*, vol. 16, p. 17-25.
- CORIN, E., F. SHERIF et L. BERGERON (1983). *Le fonctionnement des systèmes de support naturel des personnes âgées*, Laboratoire de gérontologie sociale, Université Laval, vol. 1 et 3.
- CRABBS, M.A. et E. HEFFRON (1981). « Loss Associated with Natural Disaster », *The Personal and Guidance Journal*, vol. 59, n° 6, p. 378-382.
- DUNAL, C., M. GAVIRA, J. FLAHERTY et S. BIRZ (1985). « Perceived Disruption and Psychological Distress among Flood Victims », *Journal of Operational Psychiatry*, vol. 16, n° 2, p. 9-16.
- FOLKMAN, S., R.S. LAZARUS, C. DUNKEL-SCHETTER, A. DELONGIS et R.J. GRUEN (1986). « Dynamics of a Stressful Encounter : Cognitive Appraisal, Coping and Encounter Outcomes », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 50, n° 5, p. 992-1003.
- FREEDY, J.R., D.L. SHAW, M.P. JARRELL et C.R. MASTERS (1992). « Toward an Understanding of the Psychological Impact of Natural Disasters : an Application of the Conservation of Resources Stress Model », *Journal of Traumatic Stress*, vol. 5, n° 3, p. 441-454.
- FREEDY, J.R., M.E. SALADIN, D.G. KILPATRICK, H.S. RESNICK et B.E. SAUNDERS (1994). « Understanding Acute Psychological Distress following Natural Disaster », *Journal of Traumatic Stress*, vol. 7, n° 2, p. 257-273.
- GAUTHIER, J.G., C. MORIN, F. THÉRIAULT et J.S. LAWSON (1982). « Adaptation française d'une mesure d'autoévaluation de l'intensité de la dépression », *Revue québécoise de psychologie*, vol. 3, n° 2, p. 13-27.
- GOLDBERG, D.P. (1972). *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire*, London, Oxford University Press.

- GOLDBERG, D.P., R. GATER, N. SARTORIUS, T.B. USTUN, M. PICCINELLI, O. GUREJEET et C. RUTTER (1997). « The Validity of Two Versions of the GHQ in the WHO Study of Mental Illness in General Health Care », *Psychological Medicine*, vol. 27, p. 191-198.
- GREEN, B.L., M.C. GRACE, J.D. LINDY G.C. GLENER, A.C. LEONARD et T.L. KRAMER (1990). « Buffalo Creek Survivors in the Second Decade : Comparaison with Non Exposed and Non Litigant Groups », *Journal of Applied Social Psychology*, vol. 20, p. 1033-1050.
- HAGSTROM, R. (1995). « The Acute Psychological Impact on Survivors following a Train Accident », *Journal of Traumatic Stress*, vol. 8, n° 3, p. 391-402.
- HELZER, J.E., L.N. ROBINS et L. MCEVOY (1987). « Post-traumatic Stress Disorder in the General Population », *The New England Journal of Medicine*, vol. 317, p. 1630-1634.
- HOBFOLL, S.E. (1988). *The Ecology of Stress*, New York, Hemisphere.
- HOROWITZ, M.J., N. WILNER et W. ALVAREZ (1979). « The Impact of Event Scale : a Mesure of Subjective Stress », *Psychosomatic Medicine*, vol. 41, n° 3, p. 209-218.
- HOUSTON, B.K. (1987). « Stress and Coping », in C.R. Snyder et C.E. Ford (sous la direction de), *Coping with Negative Life Events : Clinical and Social Psychological Perspectives*, New York, p. 373-399.
- KALTREIDER, N., C. GRACIE et D. Le BRECK (1992). « The Psychological Impact of the Bay Area Earthquake on Health Professionals », *Journal of the American Medical Women's Association*, vol. 47, n° 1, p. 21-24.
- KANIASTY, K. et F.H. NORRIS (1995). *Mobilisation and Deterioration of Social Support following Natural Disaster*, American Psychological Society, Cambridge University Press.
- LACHANCE, L. et C. FORTIN (2002). *Étude psychométrique de l'adaptation canadienne française de l'Évaluation cognitive de Folkman : résultats préliminaires*, document inédit, Université du Québec à Chicoutimi.
- LAZARUS, R.S. et S. FOLKMAN (1984). *Stress, Appraisal and Coping*, New York, Springer.
- LIFTON, R.J. et E. OLSON (1976). « The Human Meaning of Total Disaster, The Buffalo Creek Experience », *Psychiatry*, vol. 39, p. 1-18.

- LIMA, B.R., H. CHAVEZ, N. SAMANIEGO, M.S. POMPEI, H. SANTACRUZ et J. LOZANO (1989). « Disaster Severity and Emotional Disturbance : Implication for Primary Mental Health Care in Developing Countries », *Acta Psychiatry of Scandinavia*, vol. 79, p. 74-82.
- LIMA, B., H. SANTACRUZ, J. LOSANO, J. LUNA et S. PAI (1987). *Mental Health Problem of Disaster Victims*. The Psychological Consequences of Life-threatening Experiences Conference, New-Orleans, 18 au 22 octobre 1987, 21 p.
- LIVINGSTON, H.M., M.G. LIVINGSTON et S. FELL (1994). « Lockerbie Disaster : a 3 Year Follow-up of Elderly Victims », *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 9, p. 989-994.
- LIVINGSTON, H.M., M.G. LIVINGSTON, N. BROOKS et W.W. MCKINLAY (1992). « Elderly Survivors of the Lockerbie Air Disaster », *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 7, p. 725-729.
- LYSTAD, M. (1988). *Mental Health Response to Mass Emergencies : Theory and Practice*, New York, Brunner/Mazel Publishers.
- MADAKASIRA, S. et K.F. O'BRIEN (1987). « Acute Post-traumatic Stress Disorder in Victims of a Natural Disaster », *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 175, p. 286-290.
- MALTAIS, D., L. LACHANCE, A. SIMARD, A. BRASSARD et L. PICARD (soumis). « Sentiments, difficultés et effets à long terme d'une catastrophe en milieu rural : résultats d'une étude combinant les approches qualitative et quantitative », *Revue québécoise de psychologie*.
- MALTAIS, D., S. ROBICHAUD et A. SIMARD (1999). *Le sinistre de juillet 1996 au Saguenay : conséquences sur la redéfinition de l'habitat*, Ottawa, Canada, Société canadienne d'hypothèques et de logement.
- MALTAIS, D., S. ROBICHAUD et A. SIMARD (2001). *Désastres et sinistrés*, Chicoutimi, Éditions JCL, coll. Au cœur des catastrophes.
- MALTAIS, D., A. SIMARD et L. PICARD (2002). « Conséquences des inondations de juillet 1996 sur la santé biopsychosociale des sinistrés vivant en milieu rural : résultat d'une étude qualitative » in D. Maltais (sous la direction de), *Catastrophes et état de santé des individus, des intervenants et des communautés*, Chicoutimi, GRIR-UQAC.

- MALTAIS, D., L. LACHANCE, M. FORTIN, S. ROBICHAUD, C. FORTIN et A. SIMARD (2000). « L'état de santé psychologique et physique des sinistrés des inondations de juillet 1996 : étude comparative entre sinistrés et non-sinistrés », *Santé mentale au Québec*, vol. 25, n° 1, p. 116-138.
- MCDONNELL, S., R.P. TROIANO, N. BARKER, E. NOJI, G.W. HLADY et R. HOPKINS (1995). « Long-term Effects of Hurricane Andrew : Revisiting Mental Health Indicators », *Disasters : the Journal of Disasters Studies and Management*, vol. 19, n° 3, p. 235-246.
- MCDOWELL, I. et C. NEWELL (1996). *Measuring Health : a Guide to Rating Scales and Questionnaires*, 2<sup>nd</sup> ed., New York, Oxford University Press.
- MCFARLANE, A.C. et G. DE GIROLAMO (1996). « The Nature of Traumatic Stressors and the Epidemiology of Posttraumatic Reaction », in B.A. Van Der Kolk, A.C. McFarlane et L. Weisaeth (sous la direction de), *Traumatic Stress : the Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society*, New York, The Guilford Press, p. 129-154.
- MEICHENBAUM, D. (1995). « Disasters, Stress and Cognitions », in S.E. Hobfoll et M.W. de Vries (sous la direction de), *Extreme Stress and Communities : Impact and Intervention*, Dordrecht, The Netherlands, Kluwer Academic Publishers, p. 33-61.
- MORGAN, I.A., G. MATTHEWS et M. WINTON (1995). « Coping and Personality as Predictors of Post-traumatic Intrusions, Numbing, Avoidance and General Distress : a Study of the Perth Flood » *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, vol. 23, p. 251-264.
- OLSON, L. (1993). « After the Flood : the Dripping Faucet Syndrome », *Iowa Medecine : Journal of the Iowa Medical Association*, vol. 83, n° 9, p. 324-328.
- PALMER, E.L. (1980). « Students Reactions to Disaster », *American Journal of Nursing*, vol. 80, p. 680-682.
- PAQUETTE, L., L. LACHANCE et D. MALTAIS (2001). *Qualités psychométriques de la version québécoise du General Health Questionnaire (28 items) dans le contexte des inondations du Saguenay en juillet 1996*, affiche présentée lors du XXIV<sup>e</sup> Congrès annuel de la Société québécoise pour la recherche en psychologie, Chicoutimi.
- PICKENS, J., T. FIELD, M. PRODROMIDIS, M. PELAEZ-NOGUERAS et J. HOSSAIN (1995). « Posttraumatic Stress, Depression and Social Support among Students after Hurricane Andrew », *Journal of College Student Development*, vol. 36, n° 2, p. 152-161.

- PRICE, J. (1978). « Some Age-related Effects of the 1974 Brisbane Floods », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 12, p. 55-58.
- RANGELL, L. (1976). « Discussion of the Buffalo Creek Disaster : the Course of Psychic Trauma », *American Journal of Psychiatry*, vol. 133, p. 313-316.
- SIMARD, N. (2000). *Relations entre les stratégies d'adaptation et les manifestations post-traumatiques et dépressives des sinistrés des inondations de juillet 1996 au Saguenay*, mémoire de maîtrise inédit, Chicoutimi, Université du Québec à Chicoutimi.
- SMITH, B.W. (1996). « Coping as a Predictor of Outcomes following the 1993 Midwest Flood », *Journal of Social Behavior and Personality*, vol. 11, n° 2, p. 225-239.
- SPURREL, M.T. et A.C. MCFARLANE (1993). Post-traumatic Stress Disorder and Coping after a Natural Disaster », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 28, n° 4, p. 194-200.
- STEINGLASS, D. et E. GERRITY (1990). « Natural Disasters and Post-traumatic Stress Disorder : Short-term versus Long-Term Recovery in Two Disaster-affected Communities », *Journal of Applied Social Psychology*, vol. 20, p. 1746-1765.
- TICEHURST, S., R.A. WEBSTER, V.J. CARR et T.J. LEWIN (1996). « The Psychosocial Impact of an Earthquake on the Elderly », *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 11, n° 11, p. 943-951.
- TOBIN, G.A. et J.C. OLLENBURGER (1996). « Predicting Levels of Post-Disaster Stress on Adults following the 1993 Floods in Upper West », *Environment and Behavior*, vol. 28, n° 3, p. 340-357.
- WARHEIT, G.J. (1985). « A Propositional Paradigm for Estimating the Impact of Disasters on Mental Health », in B.J. Sowder (sous la direction de), *Disasters and Mental Health : Selected Contemporary Perspectives*, Washington D.C., p. 196-214.



## **PARTIE 6**

### **APPLICATION DES MESURES D'URGENCE ET SANTÉ DES INTERVENANTS**





## **L'IMPORTANCE DU BÉNÉVOLAT EN SÉCURITÉ CIVILE**

Donald HARVEY  
Claudie LABERGE

**C**omme partout dans le monde, quelle que soit l'envergure du sinistre ou de la catastrophe, la Croix-Rouge est présente pour aider les populations évacuées et victimes des pires tragédies. Les inondations du nord-est québécois, appelées communément par la population régionale « Le déluge du Saguenay », ne font pas exception. Il s'agit en fait, pour l'année 1996, de la plus grande opération d'urgence menée par la Croix-Rouge au Canada, tant par le nombre de victimes aidées que par l'ampleur des dons amassés pour un seul sinistre.

Ce chapitre fait un rappel des événements ainsi que la démonstration du travail effectué par les 1 700 bénévoles impliqués dans les deux phases distinctes de l'opération d'urgence. D'une part, la phase d'urgence, caractérisée par l'évacuation, l'ouverture et la gestion des centres d'hébergement en collaboration avec les partenaires tels que les dirigeants municipaux, les intervenants des CLSC, les Forces armées et autres, et la seconde phase, l'organisation et la distribution des dons du fonds *Le don de la solidarité* pour les évacués et les sinistrés.

Vous retrouverez le récit des actions et défis qu'ont eu à relever quelques bénévoles ainsi qu'un témoignage d'une dirigeante municipale sur l'efficacité des bénévoles encadrés par la Croix-Rouge.

### **LA PHASE D'URGENCE**

#### **Historique des événements**

Comme la Croix-Rouge fait partie des organisations d'urgence au Québec, plusieurs villes et municipalités ainsi que la Direction générale de la sécurité civile du Québec ont signé des ententes pour

s'assurer du support de la Croix-Rouge lors de sinistres. La Croix-Rouge assure donc, avec la participation de ses employés, une garde vingt-quatre heures par jour, sept jours sur sept afin de répondre aux appels d'urgence.

La nuit du 20 juillet 1996, un appel d'urgence a été lancé par les policiers de La Baie vers 2 h 30. L'appel concernait l'évacuation préventive d'environ 100 à 150 personnes causée par un débordement de la Rivière-à-Mars. Sept ou huit bénévoles furent mobilisés et se sont rendus à la salle du conseil municipal de ville de La Baie pour organiser un centre d'accueil et de services pour les personnes évacuées. À ce moment, aucun des bénévoles ni des personnes évacuées présentes au centre d'accueil n'imaginait ce qui allait se produire dans les heures suivantes puisque la majorité des personnes accueillies et réconfortées cette nuit-là n'ont jamais revu leur résidence et leurs biens.

Plus la nuit avançait, plus les personnes accueillies étaient déconcertées par ce qu'elles avaient vu, étant de plus en plus fatiguées et craintives de perdre leurs avoirs. Le pire des souvenirs de cette nuit, qui était alors une nuit semblable à plusieurs autres pour les bénévoles habitués à ce genre de situation, fut de voir par l'immense baie vitrée de la salle du conseil de ville, qui donne une vue imprenable sur la baie des Ha! Ha! et l'embouchure de la Rivière-à-Mars, la traînée de boue qui s'agrandissait de minute en minute ainsi que les innombrables débris de toutes sortes qui étaient transportés dans la baie par les flots déchaînés de la Rivière-à-Mars : des arbres déracinés, des cabanons, des roulottes de camping, des balcons, des toitures et murs de résidences. Les spectateurs, bénévoles et sinistrés, n'en croyaient pas leurs yeux. Certains évacués, que l'on pouvait désormais appeler « sinistrés », reconnaissaient des choses qui leur appartenaient ou appartenant à leurs voisins. Les émotions étaient de plus en plus grandes, comme le nombre de sinistrés qui arrivaient.

Vers 8 h 30, un policier informait la responsable des bénévoles que ce sinistre avait probablement fait ses premières victimes. Deux jeunes enfants étaient emprisonnés dans une traînée de boue qui déplaça et éventra leur maison. Tous les bénévoles furent informés, de façon à être plus vigilants si toutefois les parents se présentaient

au centre. Les intervenants du CLSC ont été appelés pour offrir leur aide au centre d'accueil.

Dans l'heure qui suivit, les villes de Chicoutimi et Laterrière appelèrent pour avoir le support de la Croix-Rouge. Ce fut alors la course pour mettre toutes les équipes de bénévoles en alerte et les affecter selon les demandes. Ce fut également le moment de contacter le centre administratif de la Croix-Rouge à Montréal pour les informer de la situation et amorcer des démarches pour réquisitionner des ressources humaines et matérielles supplémentaires puisque l'organisation régionale de la Croix-Rouge avait atteint sa limite d'intervention. La directrice des programmes au centre administratif de la Croix-Rouge avait de la difficulté à comprendre l'état de la situation. À Montréal, le soleil était radieux et c'était l'une des plus belles journées de l'été. C'était irréaliste d'entendre que des maisons étaient coincées sous les ponts et que des sections de routes étaient impraticables.

En début d'après-midi, l'évacuation de la municipalité de Ferland-et-Boilleau par hélicoptère débuta. L'hélicoptère atterrissait dans le stationnement de l'hôtel de ville. Le nombre de bénévoles avait doublé, le nombre de sinistrés avait quadruplé. Les bénévoles et intervenants du CLSC étaient débordés et les médias étaient sur place. La situation était de plus en plus difficile. En collaboration avec les autorités municipales, il a été décidé d'ouvrir un centre d'hébergement à la base militaire de Bagotville et que tous les sinistrés passant à l'hôtel de ville y seraient transportés par autobus. Les bénévoles de la Croix-Rouge étaient demandés pour supporter les militaires dans l'organisation de l'accueil et des services. D'autres bénévoles furent alors mobilisés.

Au cours de l'après-midi, le bureau de la Croix-Rouge à Chicoutimi fut évacué et les policiers permettaient de récupérer en toute urgence tous les équipements et le matériel de secours aux sinistrés. Le bureau a été relocalisé le lendemain dans un hôtel de Chicoutimi. De plus, des demandes d'aide des municipalités de la Côte-Nord arrivaient. Le suivi de ces demandes a été fait par les bénévoles locaux qui étaient supervisés par le bureau de la Croix-Rouge de Québec.

### **État de la situation en date de lundi 22 juillet 1996 (72 heures après le premier appel d'urgence)**

Les villes et municipalités suivantes ont fait des demandes d'aide :

- La Baie
  - Chicoutimi
  - Laterrière
  - Jonquière
  - Lac-Kénogami
  - Forestville
  - Hébertville
  - Shisphaw
  - Sacré-Coeur
  - Tadoussac
  - Les Escoumins
  - Port-Cartier
  - Clermont
  - La Malbaie
  - Rivière-Malbaie
  - Saint-Fulgence
  - St-Paul-du-Nord
- 
- Le bureau territorial de la Croix-Rouge a également été évacué et relocalisé dans un hôtel de Chicoutimi.
  - Aide à la gestion du centre d'hébergement et accueil des personnes évacuées à la base militaire de Bagotville (La Baie), à la polyvalente de La Baie, à l'Université du Québec à Chicoutimi, à Jonquière, à Laterrière, à Lac-Kénogami, à Hébertville et à Forestville.
  - 652 bénévoles et 27 permanents ont été impliqués.

### **La force d'un réseau de bénévoles**

Tout au cours de la phase d'urgence, c'est au-delà de 75 bénévoles formés et entraînés pour intervenir lors de telles situations qui étaient mobilisés pour organiser et gérer les services. Heureusement, la solidarité lors de tels événements amène plusieurs personnes à aider leurs concitoyens et à devenir bénévoles. Encore faut-il savoir gérer et utiliser efficacement ces ressources humaines qui ne veulent qu'aider. Au cours de la phase d'urgence, c'est environ 1 000 nouveaux bénévoles qui se sont présentés à la Croix-Rouge.

Louise-Julie Brassard fut l'une de celles qui se sont impliquées dès le début. Madame Brassard faisait partie des bénévoles formés et entraînés pour intervenir dans de telles situations. Jeune bénévole de vingt ans avec quatre ans d'expérience, elle est responsable, déter-

minée et autonome. Il n'en fallait pas plus pour qu'elle se retrouve à la coordination des services au centre d'hébergement de la base militaire de Bagotville dans la phase d'urgence, et superviseure d'un centre de distribution de bons de commande de biens et de services dans le cadre du fonds *Le don de la solidarité*. Malgré sa formation et les exercices effectués, jamais elle n'avait pensé intervenir dans une telle situation. L'accueil, l'inscription des sinistrés et le nombre de personnes qui venaient chercher un membre de leur famille ou un ami évacué par hélicoptère dépassaient toutes les situations pour lesquelles les bénévoles s'étaient exercés. Chaque responsabilité confiée devenait une mission essentielle pour l'efficacité des services offerts aux sinistrés. Tout devait être fait vite et bien, et surtout avec calme. Agir comme superviseure d'un centre de distribution de bons de commande fut une implication des plus valorisantes et toute une expérience de vie pour madame Brassard. Être responsable d'une équipe d'une vingtaine de bénévoles, qui sont pour la plupart plus âgés que soi et qui ont des responsabilités professionnelles beaucoup plus grandes, n'est pas toujours facile. Rencontrer des sinistrés qui n'ont que leurs biens en photos comme souvenirs amène une forte réflexion sur les valeurs personnelles.

Un tel engagement permet d'accumuler en peu de temps une expérience de vie inestimable qui aurait pris plusieurs années à acquérir en temps normal. Il faut constamment se surpasser, oublier les petits problèmes et trouver une solution aux plus gros problèmes, ceux que vivent les sinistrés. Cinq ans après son implication lors des événements du déluge, madame Brassard obtenait son doctorat en chiropractie. Elle est toujours une bénévole très active à la Croix-Rouge.

## **LA PHASE DE RÉTABLISSEMENT (LE FONDS *LE DON DE LA SOLIDARITÉ*)**

### **Historique des événements**

La diffusion massive d'images des dégâts causés par le déluge, le désarroi des milliers de personnes évacuées et sinistrées, l'envergure des services d'urgence organisés pour secourir les victimes animèrent la solidarité des entreprises et de la population du Québec, du

Canada et même de partout dans le monde. Plusieurs entreprises et citoyens voulaient donner des sommes d'argent et des biens de toutes sortes afin qu'ils soient distribués aux victimes. Dès le lundi 22 juillet 1996, le gouvernement du Québec, les banques à chartes canadiennes, les caisses populaires et divers organismes humanitaires commençaient à recevoir des dons de tout genre et de partout. Il fallait vite trouver une organisation qui avait l'expertise et la capacité d'amasser les sommes et d'en faire la distribution de façon équitable. Il fut alors décidé par le premier ministre du Québec, monsieur Lucien Bouchard, que la Croix-Rouge serait l'organisme désigné pour la gestion et la distribution des dons en espèces. La Saint-Vincent-de-Paul fut désignée pour faire la gestion et la distribution des dons de biens de toute nature. Il fallait également former un comité qui serait responsable de gérer le fonds selon les besoins de la population sinistrée. Monseigneur Jean-Guy Couture, évêque du diocèse de Chicoutimi, fut nommé président du comité consultatif de gestion du fonds. Voici la liste des membres qui ont été nommés :

- Monseigneur Jean-Guy Couture, président.
- Les maires des municipalités concernées.
- Les représentants du gouvernement provincial :
  - un représentant de la Direction générale de la sécurité civile (DGSC), ministère de la Sécurité publique ;
  - deux représentants du Premier ministre.
- Un représentant du groupe Desjardins.
- Un représentant des banques à chartes du Canada.
- Un représentant des sinistrés.
- Un représentant de la Saint-Vincent-de-Paul.
- Trois représentants de la Croix-Rouge :
  - le directeur général de la Division du Québec ;
  - le président du conseil territorial – Chicoutimi ;
  - le directeur territorial – Chicoutimi.



Le comité consultatif a tenu sa première rencontre le jeudi 25 juillet 1996.

Dès la nomination de la Croix-Rouge comme gestionnaire du fonds *Le don de la solidarité*, un objectif de deux millions de dollars fut fixé. La générosité fut telle que deux jours plus tard, l'objectif était atteint et les sommes continuaient à s'accumuler. On sait aujourd'hui que près de trente millions ont été amassés.

### **La Croix-Rouge s'organise**

La Croix-Rouge étant reconnue internationalement pour ses actions lors de sinistres, elle mit en place, avec l'aide de ses bénévoles et ses employés, toute une structure pour :

- 1) coordonner et faire la gestion de la souscription, c'est-à-dire coordonner et supporter les organisations qui recevaient des dons pour la Croix-Rouge (banques et caisses populaires) ; faire le suivi des souscriptions dans les commerces et entreprises ; ouvrir une centrale téléphonique pour les dons du public ; comptabiliser et émettre des reçus pour fins d'impôts ;
- 2) élaborer des programmes d'aide aux victimes ;
- 3) recruter et former du personnel contractuel et des bénévoles qui feront la distribution de bons de commande de biens et services ;
- 4) élaborer les normes et le fonctionnement des centres de distribution ;
- 5) organiser la logistique pour les centres de distribution ;
- 6) établir des partenariats avec les villes et municipalités où des centres de distribution seront ouverts ;
- 7) comptabiliser les dons distribués, tenir des registres et payer les fournisseurs.

## **Élaboration des programmes d'aide aux victimes**

Dans l'élaboration de tout programme de la Croix-Rouge, deux éléments essentiels se doivent d'être respectés : les principes fondamentaux de l'organisation et sa mission.

En ce qui regarde les principes fondamentaux, les sept éléments suivants doivent être respectés : humanité, impartialité, neutralité, indépendance, volontariat, unité et universalité dans l'organisation et la prise de décision.

En ce qui a trait à la mission de la Croix-Rouge canadienne, qui est de prévenir et d'alléger la souffrance humaine et de porter secours aux victimes de catastrophes naturelles, elle cadrerait alors exactement aux besoins des victimes.

En fonction de cette mission, le rôle de la Croix-Rouge devait être bien compris par tous les partenaires, c'est-à-dire que l'aide de la Croix-Rouge a, en principe, un caractère auxiliaire et complémentaire et s'exerce en premier lieu dans la phase d'urgence. Dans le contexte de cette intervention et compte tenu de l'ampleur du sinistre, la Croix-Rouge a offert un programme d'assistance basé sur les standards de la Croix-Rouge américaine. Il faut également retenir, dans le cas de ce deuxième élément, que les fonds recueillis le permettaient.

## **Modalités d'assistance**

Par la suite, les modalités d'assistance, qui sont des standards déjà établis, furent communiquées. Voici la liste :

- aide gratuite ;
- aucune distinction de nationalité, de race, de religion, de condition sociale et d'appartenance politique ;
- ne remplace pas les pertes mais comble des besoins de première nécessité (hébergement, alimentation, habillement, services personnels) ;

- comble des besoins non satisfaits ;
- aide basée sur une analyse des besoins ;
- aide au rétablissement ;
- distribution des dons sous forme de bons de commande de biens et de services.

### **L'analyse des besoins**

Comme la Croix-Rouge canadienne avait très peu d'expérience dans la distribution sous forme de programmes d'aide, ceux-ci ont été élaborés selon les standards de la Croix-Rouge américaine qui a une expertise reconnue dans ce domaine.

De plus, le comité consultatif, le ministère de la Sécurité publique, les intervenants du milieu, les bénévoles de la Croix-Rouge travaillant auprès des sinistrés et les sinistrés eux-mêmes apportaient des informations qui permettaient de déterminer davantage l'aide à offrir.

À partir de ces éléments, l'élaboration des six phases d'aide s'est faite selon les catégories suivantes :

- besoins personnels ;
- besoins d'hébergement ;
- besoins en fournitures domestiques ;
- besoins de santé ;
- besoins se rapportant au travail.

Le contenu de chacune des six phases élaborées et les statistiques s'y rattachant se retrouvent en annexe.

### **État de la situation**

Un bref retour dans le temps permettra au lecteur de situer toute l'envergure du travail exécuté afin d'offrir aux sinistrés l'aide le plus rapidement possible.

- 19 et 20 juillet 1996 : début des évacuations et aide offerte dans les centres d'accueil et d'hébergement en collaboration avec les municipalités.
- 22 juillet 1996 : la Croix-Rouge est nommée pour amasser les dons ; l'aide dans les centres d'hébergement se poursuit.
- 25 juillet 1996 : première réunion du comité consultatif et acceptation du premier programme d'aide phase I.
- 28 juillet 1996 : ouverture des premiers centres de distribution de bons de commande.
- Au 5 août 1996 le bilan est le suivant :
  - 14 138 personnes aidées ;
  - 2 374 777 \$ autorisés ;
  - 5 478 heures de bénévolat par 679 bénévoles ;
  - 36 employés à temps plein (coordination, comptabilité, supervision des centres de distribution) ;
  - ouverture journalière des centres de distribution à :
    - ◇ Chicoutimi - Saint-Fulgence
    - ◇ La Baie (2)
    - ◇ Ferland-et-Boilleau (base de Bagotville)
    - ◇ Laterrière
    - ◇ Lac-Bouchette
    - ◇ Hébertville
    - ◇ Anse-Saint-Jean
    - ◇ Saint-Félix-d'Otis
    - ◇ Rivière-Éternité
    - ◇ Jonquière - Lac-Kénogami - Larouche - Shipshaw

Dans les mois qui ont suivi, cinq autres phases ou compléments de phase ont été élaborés (voir l'annexe).

## **Témoignage d'appréciation de la municipalité de Ferland-et-Boilleau**

*Savoir le pouvoir d'agir :*

*Une réflexion s'impose, lorsqu'on analyse l'importance de l'implication de la Croix-Rouge et de ses bénévoles dans l'intervention d'envergure qu'a été le déluge. Comment la population de Ferland-et-Boilleau aurait-elle pensé s'en sortir sans la contribution de cet organisme ? Que seraient devenus les dirigeants municipaux et les employés sans l'expertise de cet organisme ?*

*Nul besoin de rappeler la grave situation vécue par la population de Ferland-et-Boilleau qui a dû être évacuée en entier lors de ces événements. Pour sécuriser les citoyens, les responsables municipaux, eux-mêmes anxieux, leur disaient : « N'ayez pas peur, des personnes vous prendront en charge là-bas ! ». Et dès l'arrivée des évacués à la base militaire de Bagotville, des bénévoles de la Croix-Rouge étaient sur place pour accueillir les sinistrés démunis et en état de détresse. En un temps record, avec tout leur sens de l'organisation lors de telles situations, les bénévoles ont procédé à l'enregistrement des personnes, ont fourni quelques biens essentiels tels que chaussures, vêtements, couvertures, articles d'hygiène, etc. Déjà là, malgré les émotions qu'ils vivaient eux aussi, les bénévoles ont aidé au mieux de leurs connaissances. La prise en charge d'une communauté sinistrée n'est pas une mince tâche et, avec le recul, il est possible de souligner le sang froid, le calme et la compassion que les bénévoles ont su démontrer envers tous les sinistrés.*

*Dès le 29 juillet 1996, à la suite de l'affluence des dons de la solidarité, quelques bénévoles de la Croix-Rouge procédaient à une première répartition de bons d'achat de biens et de services aux sinistrés. Pour ce faire, le Comité municipal d'aide aux sinistrés avait élaboré la liste exhaustive des dommages aux propriétés, la liste des propriétaires et des locataires, et avait installé le bureau de la Croix-Rouge dans un local de la base militaire. Une représentante de la municipalité était sur place pour reconnaître et confirmer les besoins des sinistrés. Du 29 juillet jusqu'au jour de la réintégration, le 9 août, les besoins des sinistrés étaient analysés par une équipe de bénévoles afin de distribuer équitablement les dons reçus de toute part.*

*Ensuite, selon les nouvelles phases instaurées par le fonds d'aide aux sinistrés, les bénévoles de la Croix-Rouge ont continué cette tâche pendant plusieurs mois à l'édifice municipal. Sans conteste, cette mission était d'une importance primordiale pour tous, car elle complétait des services que la municipalité ne pouvait fournir aisément en raison du débordement et de la complexité des fonctions municipales à accomplir à la suite du déluge. De plus, le personnel formé à l'écoute des besoins des gens pouvait administrer ces dons de façon plus efficace, avec empathie et avec moins de familiarité, car les bénévoles étaient moins concernés que les administrateurs sinistrés.*

*L'esprit d'équipe qui animait ces bénévoles se reflétait dans leurs agissements et leur manière de collaborer. Ils insufflaient une énergie au personnel de la municipalité pour continuer à œuvrer pour les citoyens et les citoyennes de Ferland-et-Boilleau. Les bénévoles ont su avec brio relever le défi de travailler dans un esprit de neutralité dans une communauté fébrile qui avait à se reconstruire elle-même et à reconstruire son milieu de vie.*

*Avec ces événements, il a été possible de valider la compétence de l'organisation de la Croix-Rouge. En tant qu'organisation municipale, il est difficile de croire qu'un jour, les services de la Croix-Rouge seraient requis avec autant d'envergure. La Croix-Rouge est admirée pour ses interventions dans les lointains pays, mais le fait d'exister ici au Québec, au Canada, a permis à la municipalité de Ferland-et-Boilleau de s'en sortir plus facilement.*

*Oui, il est nécessaire d'avoir dans le milieu des bénévoles dévoués et formés, prêts à intervenir, disposés à fournir des services en complémentarité avec ceux de la sécurité civile municipale. Oui, l'existence d'une structure telle que la Croix-Rouge est essentielle pour soutenir les municipalités et apporter un baume sur les cicatrices infligées par de telles catastrophes.*

*Au nom des Ferboilliens et des Ferboilliennes, madame Sylvie Gagnon, directrice générale et secrétaire-trésorière de la municipalité de Ferland-et-Boilleau offre ses sincères remerciements à la Croix-Rouge et à ses bénévoles. Une longue vie à l'organisation de la Croix-Rouge et à son rayonnement partout dans le monde.*

## **BESOINS PSYCHOLOGIQUES DES SINISTRÉS ET DES INTERVENANTS**

### **Aide pour les sinistrés**

La détresse psychologique des sinistrés engendrée par les inondations a amené la Croix-Rouge à développer des programmes d'aide spécifiques aux besoins des sinistrés.

Dès la mise en place de la phase II, au début du mois d'août 1996, les personnes sinistrés avaient droit à des services d'aide psychologique.

La Croix-Rouge, en partenariat avec la Régie régionale de la santé et des services sociaux ainsi que les CLSC, établissait les modalités pour donner accès à des services d'aide auprès de travailleurs sociaux et de psychologues de la région.

Ainsi les sinistrés devaient se présenter à leur CLSC et rencontrer un travailleur social qui évaluait les besoins et transmettait à la Croix-Rouge un avis écrit pour confirmer le besoin d'aide psychologique.

La Régie régionale, avec l'aide de l'Ordre des psychologues et de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux, établissait une liste de professionnels qui désiraient offrir leurs services contractuels avec un tarif fixe pour chaque séance.

La Croix-Rouge faisait l'émission d'un bon de commande de biens et services pour chaque sinistré ayant reçu la confirmation du CLSC, selon le choix du professionnel désiré.

Lors de la phase II d'aide, le montant maximal accordé était de 1 000 \$ pour chaque sinistré. Au milieu de novembre 1996, dans la phase IV des services aux sinistrés, il était possible pour les sinistrés de prolonger le nombre de séances autorisées ainsi que l'échéance pour obtenir cette aide.

De plus, dans la même phase d'aide et dans celles qui ont suivi, d'autres programmes d'aide aux collectivités furent offerts tels que l'organisation de projets d'expression des élèves du primaire et du

secondaire sur le déluge, le support aux municipalités pour restaurer les services récréatifs à l'intention des jeunes, un programme de prévention des catastrophes pour les élèves du primaire, du secondaire et pour leurs parents.

### **Aide pour les intervenants de la Croix-Rouge**

Dès les premières semaines, de l'aide sous forme de séances de verbalisation a été organisé par la Croix-Rouge pour son personnel bénévole, ses employés contractuels et ses permanents.

Ainsi, les bénévoles qui rencontraient les sinistrés dans les centres de distribution de bons ont pu participer à des séances de verbalisation, de façon volontaire, animées par un travailleur social du CLSC.

Les employés permanents ainsi que les employés contractuels qui le désiraient avaient accès au programme d'aide aux employés de la Croix-Rouge canadienne, en groupe, pour des séances de verbalisation ou individuellement pour des séances d'aide psychologique.

### **IMPACT SUR LES INTERVENANTS DE LA CROIX-ROUGE (PERSONNEL PERMANENT)**

Lors d'interventions d'urgence majeures qui amènent les employés permanents à travailler de longues heures et plusieurs jours consécutifs, de nouveaux éléments viennent s'ajouter à l'environnement d'intervention dans lequel le personnel doit travailler. De façon répétitive, un dilemme moral s'installe : la confrontation entre le bien-être de sa famille et le bien-être des sinistrés. Être au travail pour s'occuper des sinistrés qui ont de grands besoins sans négliger sa famille ou être présent avec sa famille en pensant que des sinistrés ont besoin de nous ?

Avec les expériences vécues, la Croix-Rouge a déterminé des conditions préalables qui permettent l'efficacité au travail lors d'interventions d'urgence de ses intervenants.



- Se consacrer à l'opération d'urgence seulement. Ne pas poursuivre ses responsabilités quotidiennes et habituelles au travail.
- Être libéré des soucis quotidiens : repas, courses, gardiennage des enfants, par exemple. L'employeur doit mettre à la disposition de ses employés des services qui faciliteront la tâche des intervenants.
- Savoir sa famille en sécurité. Des intervenants étaient évacués ou sinistrés lors de cette situation d'urgence et les membres de leurs familles étaient dispersés chez des amis ou de la famille.
- Ne pas dépasser ses limites. Certains intervenants ont payé de leur santé.

### **Les leçons apprises par la Croix-Rouge**

- Avoir accès à un PAE (programme d'aide aux employés).
- Raffermer ses liens avec les CLSC.
- Réviser le plan d'urgence.
- Clarifier le rôle des ressources humaines.
- Mettre en place l'infrastructure requise.
- Sensibiliser les employés et les bénévoles à la gestion du stress.
- Insister sur l'importance du *debriefing* opérationnel quotidien.

### **L'OPÉRATION SAGUENAY, C'EST :**

- 1 700 bénévoles de la Croix-Rouge qui ont participé à l'opération, dont 1 350 de la région du Saguenay.
- 350 bénévoles qui sont venus en aide aux sinistrés lors de la mesure d'urgence.
- Entre 50 et 75 bénévoles qui ont été actifs quotidiennement dans les centres de distribution pendant plus de six mois.

- 15 000 heures de bénévolat.
- 16 000 sinistrés qui ont été secourus lors de cette opération.
- 55 000 bons d'achat qui ont été distribués.

Le fonds *Le don de la solidarité* a rapporté plus de 29,5 millions de dollars. La totalité de ce fonds a été engagée.

## ANNEXE

### PHASE I - ÉVACUATION

Famille évacuée de 1 à 14 jours

- **Besoins personnels** (alimentation, habillement, articles de nettoyage, frais de garderie et autres).
- **Besoins d'hébergement** (logement temporaire, réparations mineures).
- **Besoins en fournitures domestiques** (literie, vaisselle, réparation d'électroménagers).
- **Besoins de santé** (trousse de premiers soins, prothèses dentaires/oculaires).
- **Besoins se rapportant au travail** (vêtements, uniformes, chaussures).

Nombre de personnes aidées : 18 880

Argent dépensé : 4 055 666 \$

### PHASE II - ÉVACUATION

Personnes évacuées plus de 14 jours et/ou famille dont la résidence principale est détruite ou endommagée

- **Besoins personnels** (alimentation, habillement, produits pour bébé, frais de garderie et autres).
- **Besoins en fournitures domestiques** (vaisselle, quincaillerie, petits appareils ménagers).
- **Besoins de santé** (aide psychologique, produits pharmaceutiques).
- **Besoins se rapportant au travail** (revenus de perte d'emploi, perte d'emploi).
- **Frais funéraires** (personnes décédées lors du sinistre).

Nombre de personnes aidées : 5 716

Argent dépensé : 2 627 674 \$

### PHASE III - RÉINTÉGRATION

Sinistrés propriétaires ou locataires dont la résidence principale est détruite ou endommagée

- **Besoins personnels** (alimentation, habillement, frais de garderie).
- **Besoins d'hébergement** (logement temporaire pour propriétaire).
- **Besoins en fournitures domestiques** (vaisselle, meubles, quincaillerie, électroménagers et autres).
- **Besoins de santé** (prothèses dentaires/oculaires, produits pharmaceutiques, aide psychologique).
- **Assistance en alimentation pour travailleur autonome, propriétaire de commerce et exploitant agricole dont l'entreprise n'est plus en opération.**

Nombre de personnes aidées : 6 633

Argent dépensé : 6 970 428 \$

### PHASE III A - PROLONGEMENT

Sinistrés propriétaires dont la résidence principale a été détruite ou endommagée évacués indéfiniment

- **Besoins personnels** (alimentation).
- **Besoins d'hébergement** (frais de logement temporaire).
- **Assistance au propriétaire de l'entreprise.**

Nombre de personnes aidées : 1 933

Argent dépensé : 608 673 \$

#### PHASE IV - RECONSTRUCTION

Personnes sinistrées dont la résidence principale a été détruite ou endommagée incluant les locataires dont les biens et meubles sont une perte totale

- **Besoins personnels** (alimentation, frais de garderie, habillement, articles ludiques et de sport).
- **Besoins d'hébergement** (matériaux et frais de construction, réfection de terrain, décontamination, literie, meubles).
- **Besoins en fournitures domestiques** (vaisselle, meubles, quincaillerie, électroménagers, recouvrement de plancher, stores, luminaires).
- **Besoins de santé** (prothèses dentaires/oculaires, produits pharmaceutiques, aide psychologique).
- **Aide supplémentaire** (habillement d'hiver, articles de sports/loisirs, retour à l'école, produits pour bébé).
- **Soutien aux enfants des victimes décédées lors du sinistre.**
- **Programme d'aide pour clientèle spécifique** (personnes âgées, en perte d'autonomie ou handicapées).
- **Programme de prévention pour les jeunes des niveaux primaires et secondaires.**
- **Assistance en alimentation pour travailleur autonome, propriétaire de commerce et exploitant agricole dont l'entreprise n'est pas en opération.**

Nombre de personnes aidées : 6 665

Argent dépensé : 7 694 592 \$

#### **PHASE IV A - PROGRAMME DE PRÉVENTION À L'INTENTION DES JEUNES**

**S'adresse aux municipalités dont les citoyens ont subi des dommages ou la destruction de leur résidence principale.**

**La municipalité doit présenter un projet dont l'objectif est de restaurer les services récréatifs pour les jeunes.**

Nombre de projets : 10

Argent dépensé : 297 603 \$

#### **PHASE V - AIDE AUX ENTREPRISES**

Entreprises ayant subi des dommages qui ne sont pas en mesure de redémarrer ou reprendre le même niveau d'activité qu'avant le déluge et, de ce fait, ont dû mettre à pied des employés ou rendre des emplois précaires

- **Besoins applicables à l'inventaire, à l'équipement, à la marchandise, au mobilier, aux matériaux de construction.**

#### **Partenaires de la Croix-Rouge :**

Stone-Consolidated, Abitibi-Price, gouvernement fédéral, Fédération des caisses populaires Desjardins du Saguenay—Lac-Saint-Jean, Maison de la presse, SQDM, PME et particuliers régionaux et de l'extérieur, cabinet provincial.

Nombre d'entreprises aidées : 204

Nombre d'emplois sauvegardés : 1 264

Argent dépensé : 5 100 000 \$

## PHASE VI - RÉSIDENCES SECONDAIRES

Propriétaires dont la résidence secondaire a été détruite ou endommagée

- **Besoins personnels** (alimentation, vêtements).
- **Besoins en fournitures domestiques** (quincaillerie, petits appareils électriques, vaisselle, literie et linge de maison, articles de nettoyage).
- **Besoins de santé** (prothèses dentaires/oculaires, produits pharmaceutiques, trousse de premiers soins).

Nombre de personnes aidées : 1 939

Argent dépensé : 605 985 \$

Toutes ces statistiques datent du 30 septembre 2001.





## **LE STRESS ASSOCIÉ À L'OPÉRATION VERGLAS CHEZ LES TRAVAILLEURS D'HYDRO-QUÉBEC : SUIVI LONGITUDINAL\***

Louise LEMYRE, Ph.D.  
Yaniv BENZIMRA, B.A.

**E**n janvier 1998, les Québécois s'en souviendront tous, a débuté la plus grande tempête de verglas à avoir frappé le sud et l'ouest du Québec, la région de Montréal, et le désormais célèbre Triangle de glace de la Montérégie. Trois millions de citoyens ont perdu l'électricité, de quelques jours à plusieurs semaines, en plein hiver. L'ensemble du Québec a été mobilisé par la crise, la métropole et l'écoumène ont été paralysés. Presque tous les travailleurs ont dû s'arrêter... sauf « les intervenants du verglas ». Parmi ces acteurs principaux, les travailleurs d'Hydro-Québec ont été au cœur de l'effort. Ce fut une mobilisation générale et soutenue de toute l'entreprise où, comme l'on désigne les grandes manœuvres militaires, on y a déclaré « l'opération Verglas ».

L'opération Verglas, c'est l'affectation de toutes les ressources disponibles à la reconstruction et à la consolidation du réseau de distribution. L'effort a exigé des milliers d'heures de travail sans relâche, dans des conditions difficiles de climat, de communication et d'approvisionnement, sous la pression de l'urgence et de la menace à la sécurité civile, les services essentiels ne pouvant même pas être garantis. Les travailleurs ont agi de façon exemplaire devant la crise, mais comment ont-ils réagi face à l'effort qui perdurait ?

---

\* Ce projet a été rendu possible grâce à la collaboration d'Hydro-Québec, de ses employés, des syndicats, de la direction, et particulièrement des Services de santé.

Le projet a reçu le soutien financier du Conseil de recherche en sciences du Canada par une subvention à la première auteure et du Fonds FCAR du Québec par une bourse au deuxième auteur.

## CONTEXTE DE L'ÉTUDE

Après un mois, en février 1998, alors que la période la plus aiguë de la crise se résorbait mais que l'étendue des dommages, des efforts de reconstruction et des exigences sur le personnel commençait à se manifester, le bien-être des travailleurs de l'opération Verglas devenait une préoccupation grandissante.

Même sans niveau de base, sans T0 pour consacrer la validité d'un devis de recherche idéal prétest-posttest, la nécessité d'évaluer l'état de bien-être des employés d'Hydro-Québec s'imposait ainsi que l'utilité d'en faire un suivi longitudinal sur au moins six mois.

## OBJECTIFS

Ainsi, pour une part, les objectifs étaient : 1) d'évaluer l'état de bien-être des employés affectés à l'opération Verglas ; 2) d'en suivre l'évolution ; 3) de relier cet état aux types d'affectation et de tâches, notamment en comparant des zones plus ou moins affectées. D'autre part, s'y associaient aussi des objectifs de recherche sur les processus de stress et de soutien au travail.

## APPROCHE THÉORIQUE

Le stress associé à la tempête de verglas est analysé selon un modèle théorique qui intègre à la fois l'approche britannique dite objective ou contextuelle de Brown et Harris (1978, 1987, 2000), et l'approche subjective de Lazarus et Folkman (1984) développée à partir de la tradition américaine de l'autorapport de Holmes et Rahe (1967). Il s'agit donc, respectivement, de considérer à la fois les éléments factuels, le contexte environnemental, pour lequel nous avons une série de mesures critériées (dont nous ne parlerons pas ici), et d'inclure aussi les perceptions des individus telles l'impact perçu et le sentiment de maîtrise (voir Lemyre et Benzimra, 2000). Cela s'inscrit aussi dans un modèle de stress au travail inspiré de Karasek et Theorell (1990 ; Vézina *et al.*, 1992), qui cherche à prendre en compte l'ensemble du vécu tant par les stressés au travail qu'hors travail.

Dans notre approche, la variable pivot est le stress psychologique (Lemyre, 1987 ; Lemyre et Tessier, 1988 ; Lemyre, Tessier et Fillion, 1990). Il est défini comme un état de tension interne, normal, non pathologique, lié à des réponses physiologiques neuronales, hormonales et immunitaires, se manifestant de façon somatique, comportementale, cognitive et affective (Cox et Mackay, 1985 ; Lazarus et Folkman, 1984 ; Lefebvre et Sandford, 1985 ; Lemyre *et al.*, 1990). Si cet état perdure, cela peut mener ou rendre plus vulnérable à la maladie, à un désordre dysfonctionnel. Cependant, l'approche ne soutient pas que l'essentiel de l'expérience du stress se traduise par de la pathologie. La tension psychologique (Vézina *et al.*, 1992) est le construit charnière. De fait, sur le plan théorique, la plupart des auteurs adhèrent à cette vision du stress proche de la conception originale de Selye d'une réponse générale d'adaptation (Selye, 1956, 1982). Cependant, sur le plan de la mesure, une majorité de chercheurs contemporains utilisent plutôt des mesures critères de pathologie, de désordres psychiatriques, de symptomatologie physique et de maladie. Cela est certes une évaluation utile et nécessaire, mais à notre avis elle ne suffit pas à rendre compte de l'expérience de stress que vivent une majorité de gens qui demeurent fonctionnels quoique tendus.

Notre modèle porte donc sur le rôle de l'environnement, de ses stressseurs au travail et hors travail. Ceux-ci sont appréhendés par l'individu et évalués selon leur impact, leur degré d'incertitude et le sentiment de maîtrise ressenti face à eux. Cette perception ou évaluation subjective soutient l'état de stress. Si la gravité de celui-ci se maintient, les conséquences neuro-endo-immunitaires pourront mener à la pathologie.

## HYPOTHÈSES

Dans le contexte de la crise, les hypothèses sont que les travailleurs de l'opération Verglas sont très stressés et qu'ils le sont davantage s'ils sont affectés à des zones durement touchées. Deuxièmement, de plus fortes demandes au travail, telles celles issues des stressseurs sur le terrain, sont associées à un plus grand état de stress ressenti, ainsi que les stressseurs hors travail, de type familial. Troisièmement, avec la diminution de l'exposition et le passage du temps, le stress

devient moindre ; sinon des manifestations pathologiques apparaissent.

## **Méthode**

### *Répondants*

Une sélection aléatoire de 10 % des effectifs d'Hydro-Québec, sur l'ensemble du territoire, est sollicitée pour participer à l'étude. De ces 2 200 employés, plus de 850 acceptent d'être des répondants anonymes à T1, et 500 sont volontaires à T2. Il s'agit d'un taux de réponse d'environ 40 %.

### *Procédure*

Cette partie de l'étude est réalisée par questionnaires papier-crayon anonymes et confidentiels acheminés par courrier interne, et retournés aux chercheurs une fois remplis par enveloppes pré-adressées. (Un sous-groupe participe aussi à des entrevues individuelles ultérieures qui ne sont pas présentées ici.)

Étant donné les impératifs de mise en branle de la recherche pour un sinistre naturel non prévu, les données sont recueillies à T1, en mai, soit environ quatre mois après le verglas. Certes, cela est déjà un peu tard par rapport à la tempête, mais le contexte ne permet pas une entrée plus hâtive étant donné qu'Hydro-Québec s'est d'abord complètement dédié à palier les urgences de la crise. Les réalités du processus de recherche : créer les alliances et partenariats, faire consensus sur les objectifs et questionnaires, obtenir les autorisations internes de la direction et des différents syndicats, obtenir la certification éthique, préparer la logistique de recrutement, de distribution et de collecte s'enchaînent néanmoins à un rythme remarquable.

Un deuxième temps de collecte d'informations a lieu six mois plus tard, en novembre (T2).

### *Mesures*

Les instruments incluent d'une part une fiche descriptive de l'implication de l'employé à l'opération Verglas, son type d'affectation, la région géographique de travail, les heures travaillées et les changements survenus à sa tâche. S'y ajoutent aussi des éléments socio-démographiques. Les régions administratives de Montréal, des Laurentides, de l'Outaouais et de l'Estrie sont considérées comme des zones touchées par le verglas ; et celle de la Montérégie est désignée Triangle de glace.

Les stresseurs vécus au travail et hors travail associés au verglas sont identifiés et cotés par chaque répondant pour le degré d'impact, d'incertitude et de maîtrise possible, selon la grille d'évaluation subjective des stressors (GESS ; Biron, 1993 ; Fillion, 1993 ; Lemyre, 1987 ; Lemyre et Benzimra, 2000).

La mesure du stress psychologique (MSP ; Lemyre *et al.*, 1990) constitue notre variable critère principale. Il s'agit d'un instrument visant un concept non pathologique de tension interne, dont la distribution théorique et empirique est normale. Cette distribution normale lui assure une puissance statistique que les mesures dissymétriques habituelles de désordre et pathologie n'ont pas pour les tests paramétriques courants. La validité de contenu a été établie par consensus de groupes, celle de construit par tests hypothético-déductifs auprès de groupes différenciés, par convergence avec des mesures générales de détresse, par concomitance avec la réponse immunitaire et par validité discriminante (Fillion *et al.*, 1989 ; Fortier, Wright et Sabourin, 1992 ; Lemyre *et al.*, 1990 ; Lévesque et Lavallée, 1992 ; Tessier, Fillion, Muckle et Gendron, 1991). La consistance interne s'élève à 0,88 et la fidélité test-retest à 0,65 (Lemyre *et al.*, 1990). Il s'agit ici d'une version courte de sept items autodescriptifs à coter sur une échelle de Likert de 1 à 8.

Également, une mesure validée de désordres psychiatriques, le PSI de Ilfeld (1976, 1978) est incluse pour évaluer les niveaux cliniques dysfonctionnels. Utilisé dans l'enquête Santé-Québec, l'instrument montre une consistance interne de 0,89 (Kovess *et al.*, 1985 ; Santé-Québec, 1987, 1988).

## Résultats

L'échantillon aléatoire stratifié final compte 835 employés, 547 hommes (65 %), et 288 femmes (35 %). La majorité (77 %) sont permanents et se répartissent selon les différents types d'emploi proportionnellement à de la structure de l'entreprise : 16 % de cadres et professionnels, 51 % de travailleurs manuels et spécialisés, 32 % de personnel de bureau. Leur répartition géographique couvre toutes les régions administratives du Québec de façon représentative. La plupart vivent en couple (77 %), 13 % sont séparés et 8 % célibataires. Près de 80 % ont des enfants.

Les stressés identifiés ont déjà fait l'objet d'une publication (Lemyre et Benzimra, 2000). Ils se répartissent entre 38 % spécifiques au travail et 45 % liés au contexte hors travail. Ils portent principalement sur la surcharge de travail, l'incertitude face à la crise et les préoccupations familiales.

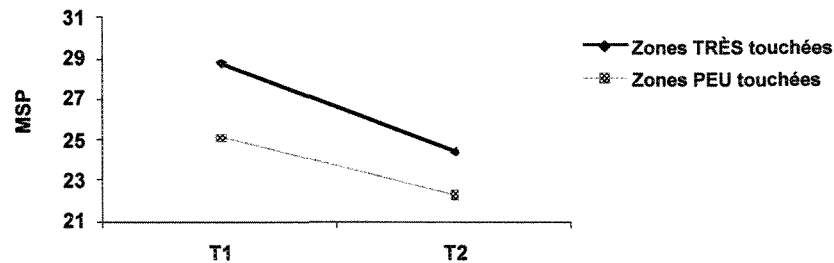
L'état de stress psychologique (MSP) est très élevé, à T1, quatre mois après le début du verglas, avec un score moyen de 27,4, ce qui équivaut selon les normes publiées au 77<sup>e</sup> centile, à T1. Après dix mois, à T2, les niveaux baissent significativement à 24,1 ( $p < 0,05$ ), ce qui demeure néanmoins relativement élevé, approximativement au 65<sup>e</sup> centile. Par ailleurs, sur l'échelle psychiatrique, le PSI, le taux de détresse pathologique, est sensiblement équivalent à celui rapporté par l'enquête Santé-Québec (16 %) et reste relativement stable de T1 à T2 ( $p > 0,05$ , n.s.).

Les analyses de variance révèlent que, selon les zones d'atteinte, les travailleurs des régions les plus touchées, dont celle appelée le Triangle de glace, sont significativement plus stressés que ceux des autres régions (MSP = 28,7 contre 25,1) à T1 ( $p < 0,05$ ) et un écart se maintient dans le temps jusqu'à T2. Toutefois, pour l'ensemble des travailleurs, le niveau de stress rapporté baisse significativement avec le temps ( $p < 0,05$ ), celui des travailleurs des zones durement touchées demeurant plus élevé (MSP = 24,5) que celui des autres collègues (MSP = 22,3), même dix mois après la tempête. Sur l'indice de détresse pathologique (PSI), des tendances similaires quoique qu'avec des effets plus ténus se manifestent. À T1, le Triangle de glace se démarque par un niveau un peu plus important

de scores élevés que dans les zones moins touchées (23,5 contre 19,9;  $p < 0,05$ ). À T2, l'écart semble se rétrécir, mais les différences ne sont pas statistiquement significatives ni dans le temps (de T1 à T2) ni entre les groupes (zone très touchée, 22,4 contre zone peu touchée, 20,3). Les taux de seuil clinique restent relativement stables.

**Figure 1**

**Stress psychologique (MSP) des employés  
d'Hydro-Québec selon la zone géographique de travail  
(très ou peu touchée par le verglas)**



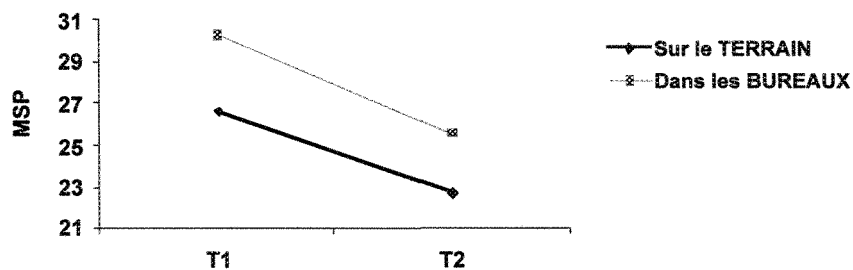
Quant au degré d'implication dans l'opération Verglas, défini selon le nombre d'heures affectées à des tâches spécifiques au recouvrement de la crise, comparativement au maintien des opérations habituelles, il se manifeste par des profils similaires à ceux décrits pour les zones géographiques. À savoir, les employés très impliqués dans l'opération Verglas rapportent être significativement plus stressés (MSP = 28,7) que les travailleurs moins impliqués (MSP = 26,1),  $p < 0,05$ . Pour tous, une amélioration significative de leur état de stress est évidente de T1 à T2 ( $p < 0,01$ ). Et à T2, ils ne se distinguent plus statistiquement entre eux (respectivement 24,3 et 23,3,  $p > 0,05$ ). Par ailleurs, il faut noter qu'un sous-groupe identifié de façon *post hoc* par leur questionnaire se dégage de façon singulière : les personnes dont le poste n'a pas été officiellement décrété comme affecté à l'opération Verglas, mais dont la charge s'est accrue par ricochet de l'affectation des autres. Ceux-ci rapportent des niveaux de stress parmi les plus élevés (MSP = 28,4). Au

PSI, les groupes très impliqués dans l'opération Verglas, directement ou indirectement, se distinguent par plus de morbidité que les moins impliqués ( $p < 0,05$ ), mais sans montrer de patrons temporels significatifs ( $p > 0,05$ ).

Selon les types de tâches, contrairement aux hypothèses et aux dires populaires, ce ne sont pas les monteurs de ligne, grimpés aux poteaux, exposés au froid, qui se disent les plus stressés lors du verglas, mais les employés de bureau qui ont géré la crise « en dedans » (26,7 contre 30,3 ;  $p < 0,05$ ). Leur détresse au PSI est aussi plus grande.

**Figure 2**

**Stress psychologique (MSP) des employés  
d'Hydro-Québec selon le lieu d'assignation de leur travail  
lors de l'opération Verglas  
(sur le terrain ou dans les bureaux)**

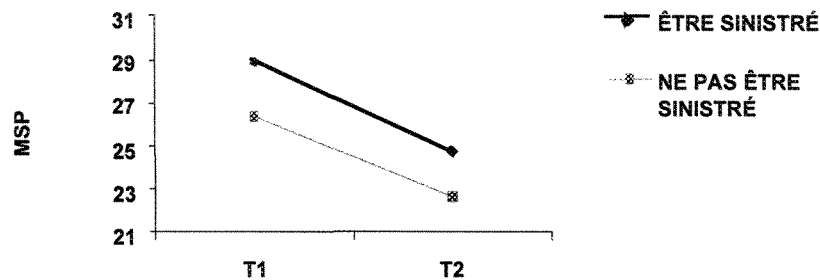


Finalement, un des facteurs significatifs liés au stress ressenti est le fait d'avoir sa famille sinistrée alors que l'on est de service comme travailleur de la crise. D'une part, les niveaux de stress sont très élevés (MSP = 28,9) ; d'autre part, des effets remarquables sont observés ici sur la détresse psychiatrique. L'indice du PSI montre une importante différence entre les employés des familles sinistrées et ceux des familles non sinistrées à T1 (26,4 contre 21,1). Cet écart se résorbe partiellement et de façon significative à T2 (22,7 contre 20,4).



Figure 3

### Stress psychologique (MSP) des employés d'Hydro-Québec selon que leur famille soit sinistrée ou non



### Discussion

L'étude a été réalisée dans le contexte non prévu de la crise du verglas. Bien que nous n'ayons pas les données d'état de stress de ces travailleurs préalablement à la tempête — ce qui est un aléa de la plupart des travaux portant sur des désastres ou catastrophes naturelles — d'autres comparaisons permettent néanmoins d'analyser le vécu de ces travailleurs. D'une part, nos résultats témoignent que, quatre mois après le Grand Verglas, le niveau de stress psychologique ressenti chez les employés d'Hydro-Québec est très élevé. Il se situe autour du 77<sup>e</sup> centile selon des normes basées auprès de 1 500 adultes québécois en âge de travailler (entre 18 et 65 ans). Les travailleurs des zones les plus touchées par la tempête rapportent le plus de stress, ainsi que ceux les plus impliqués dans les efforts organisationnels dits de l'opération Verglas.

Cependant, chez notre échantillon, le niveau de détresse clinique, selon l'indice de symptômes psychiatriques (PSI), ne diffère pas significativement des taux rapportés par Santé-Québec. Ceci mérite quelques qualifications. D'une part, un taux avoisinant celui rapporté dans l'enquête nationale demeure néanmoins relativement inquiétant puisque l'échantillon ici recruté, à titre de travailleurs fonctionnels, fait normalement partie des sous-groupes les plus

« sains » de l'enquête populationnelle, donc normalement ceux avec les scores les moins élevés de détresse. Leurs scores ici ne sont pas en dessous de la moyenne, tel qu'on aurait pu l'espérer. Ils indiquent donc peut-être un malaise substantiel. D'autre part, on peut identifier des sous-groupes de travailleurs dont l'état de détresse est plus atteint que d'autres. Cela devrait constituer un souci. Cela est notamment le cas chez les employés de bureau, comparativement aux travailleurs sur le terrain (nous y reviendrons). Et cela est le cas pour les travailleurs dont les familles sont elles-mêmes sinistrées, pendant leur affectation aux efforts de recouvrement. Ces situations de double stresser occupationnel et personnel sont souvent négligées dans la gestion du déploiement des travailleurs d'urgence. Or, il appert que ces gens sont particulièrement vulnérables à une détresse exacerbée. Finalement, il faut aussi qualifier les résultats dans le contexte de la crise dans son ensemble. Certes, il s'est agi d'un désastre naturel d'envergure, dont les pertes matérielles et financières sont importantes, qui a provoqué une paralysie sans précédent des opérations normales de notre société et qui comportait certains risques eu égard à la santé publique. Cependant, il ne s'agissait pas d'une hécatombe ou d'une tragédie humaine avec des expositions traumatiques pour les intervenants comme ils se rencontrent malheureusement lors d'explosion, de tremblements de terre, d'écrasement ou d'insurrection (Naser, Everly et Al-Khulaifi, 2001). Dans ce contexte, sans négliger l'épuisement de certains, il semble plus approprié de parler en général de stress ressenti par les travailleurs d'Hydro-Québec que de détresse. Nous sommes d'ailleurs particulièrement soucieux, tout en voulant sensibiliser le public et les autorités aux difficultés rencontrées par ces travailleurs, de ne pas glisser dans le sensationnalisme ni la catastrophisation des crises. La promotion de la santé mentale s'inscrit aussi dans la reconnaissance de la résistance, ou de la résilience, des gens et des facteurs qui les soutiennent, tel le sentiment de maîtrise et de soutien social que nous aborderons plus loin.

Ainsi, chez nos travailleurs, l'état de stress psychologique est très élevé quatre mois après le début du verglas, et encore plus chez les employés affectés aux zones les plus touchées ou qui sont les plus impliqués dans les efforts prolongés de restauration du réseau électrique. Six mois plus tard, soit dix mois après la tempête, le stress rapporté a significativement diminué pour l'ensemble des

employés recrutés répartis sur tout le territoire québécois. Cette baisse de la tension psychologique est une bonne nouvelle. Néanmoins, malgré cette amélioration significative, le niveau de stress reste relativement haut, approximativement au 65<sup>e</sup> centile selon les normes publiées (Lemyre *et al.*, 1990). Il n'est pas possible de savoir si cela constitue un plancher, le niveau minimum atteint. Un troisième temps de mesure sera nécessaire pour examiner si l'état de stress se stabilise à ce niveau ou si des signes de récupération se manifestent sur plus longtemps. Certainement la courbe (pente) de récupération est intéressante, et des analyses prédictives sont en cours pour rendre compte de l'amélioration des états de stress. Il demeure cependant que les effets différentiels liés aux zones d'exposition et au degré d'implication tendent à perdurer, quoiqu'en s'amenuisant avec le passage du temps.

Une des différences non prévue réside dans l'état différentiel des travailleurs de terrain et des travailleurs de deuxième ligne. La revue des écrits soutient généralement que les demandes posées par le contact direct avec la clientèle augmente le stress des intervenants (Baum, 1991 ; Britt, Adler et Bartone, 2001). Dans certains contextes, certes, cela peut se poser ainsi. La croyance populaire semble à l'effet que les employés de bureau sont protégés du public. Notre hypothèse initiale et l'intuition de nos collaborateurs étaient aussi dans le sens d'un stress encore plus intense chez les travailleurs du terrain immédiat. Ici, nos résultats soutiennent le contraire. Les employés de bureau sont significativement plus stressés que les employés travaillant à l'extérieur, dans des conditions pourtant physiquement difficiles et en étant exposés *de visu* au constat des dommages. Tant des rapports anecdotaux que l'analyse plus attentive des données et du contexte mettent en évidence trois hypothèses principales : sociale, cognitive et comportementale (Bandura, 1977 ; Prince-Embury, 1992). À savoir que les travailleurs ont profité de l'avantage protecteur et bénéfique 1) du soutien social du public (et celui explicite de la gestion), 2) celui du sentiment de maîtrise accru sur le terrain, et 3) celui, renforçant, des actions directes. Des analyses à venir sur du matériel supplémentaire permettront de lier le bien-être psychologique au soutien social reçu et perçu, aux évaluations cognitives, ainsi qu'aux stratégies d'adaptation actives (Bandura, 1977 ; Britt *et al.*, 2001; Lemyre et Benzimra, en préparation).

Évidemment, l'absence d'un niveau de base préalable à la crise limite les inférences de causalité. Cependant, le contexte, le suivi longitudinal et les profils différentiels de résultats selon les régions géographiques d'atteinte diverse, le degré d'implication dans l'opération Verglas, et le type d'emploi permettent d'établir des associations et des interprétations plausibles. Le corpus de nos données inclut aussi d'autres matériels de suivi, soit autorapporté, soit contextuel, qui se prêtent de façon puissante autant à l'analyse quantitative que qualitative (Loewenthal *et al.*, 2000). Les résultats présentés ici ne sont que partiels. Nous devrions publier sous peu une série d'analyses croisées et d'analyses structurales complexes.

## CONCLUSION

Les données, même dans leur simplicité descriptive, témoignent d'un état de stress très élevé chez les travailleurs d'Hydro-Québec, quatre mois après le déclenchement de l'opération Verglas. Les scores à la mesure du stress psychologique (MSP) s'approchent du 77<sup>e</sup> centile selon les normes. Dix mois après le début de la crise, le niveau de stress a significativement diminué mais se situe encore bien au-dessus des normes, autour du 68<sup>e</sup> centile. Certains sous-groupes semblent particulièrement affectés, ceux, prévisibles, qui sont davantage impliqués dans les efforts de crise, notamment. Plus surprenants sont les scores plus élevés des employés dits de deuxième ligne, dans les bureaux, comparativement aux travailleurs sur le terrain. Aussi souvent négligés dans le déploiement des forces d'urgence, ceux dont les familles sont sinistrées simultanément à l'exercice de leur travail.

Nonobstant le stress élevé et la durée des efforts, le taux de détresse clinique, de symptomatologie dysfonctionnelle ou de pathologie psychiatrique pendant la période étudiée se situait dans les normes populationnelles de Santé-Québec. La poursuite du suivi longitudinal et des analyses permettra une compréhension plus fine des facteurs de protection et de prévention chez les travailleurs de crise.

## BIBLIOGRAPHIE

- BANDURA, A. (1977). « Self-efficacy : toward a Unifying Theory of Behavioral Change », *Psychological Review*, vol. 84, p. 191-218.
- BAUM, A. (1991). « Toxins, Technology and Natural Disasters », in Monat et Lazarus, *Stress and Coping : an Anthology*, Berkeley.
- BIRON, C. (1993). *La détresse émotionnelle chez des couples infertiles : aspects contextuels et subjectifs des stressseurs*, thèse de doctorat, Université Laval.
- BROWN, G.W. et T. HARRIS (1978). *Social Origins of Depression*, New York, Free Press.
- BROWN, G.W. et T. HARRIS (1989). *Life Events and Illness*, New York, Guilford.
- BROWN, G.W. et T. HARRIS (2000). *When Inner and Outer Worlds Meet*, UK, Routledge.
- BRITT, T.W., A.B. ADLER et P.T. BARTONE (2001). « Deriving Benefits from Stressful Events : the Role of Engagement in Meaningful Work and Hardiness », *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 6, p. 53-63.
- COX, T. et C. MACKAY (1985). « The Measurement of Self-reported Stress and Arousal », *British Journal of Psychology*, vol. 76, p. 183-186.
- FILLION, L. (1993). *Évaluation cognitive, état de stress et immunité lors d'un diagnostic de tumeur au sein*, thèse de doctorat, Université Laval.
- FILLION, L., R. TESSIER et C. MOUTON (1989). « Stress et immunité : étude de validité de la MSP », *Psychologie canadienne*, vol. 43, p. 30-38.
- FORTIER, C., J. WRIGHT et S. SABOURIN (1992). « Social Support and Abandonment of Medical Consultation in Fertility Clinics », *International Journal of Psychology*, vol. 27, p. 33-48.
- HOLMES, T. et R. RAHE (1967). « The Social Readjustment Rating Scale », *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 11, p. 213-218.

- ILFELD, F.W. Jr. (1976). « Methodological Issues in Relating Psychiatric Symptoms to Social Stressors », *Psychological Reports*, vol. 39, p. 1251-1258.
- ILFELD, F.W. Jr. (1978). « Psychologic Status of Community Residents along Major Demographic Dimensions », *Archives of General Psychiatry*, vol. 35, p. 716-724.
- KARASEK, R.A. et T. THEORELL (1990). *Healthy Work, Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*, New York, Basic Books.
- KOVESS, V., H.G.M. MURPHY, M. TOUSIGNANT et L. FOURNIER (1985). *Évaluation de l'état de santé de la population des territoires des DSC de Verdun et de Rimouski*, Montréal, Unité de recherche psychosociale du Centre hospitalier Douglas.
- LAZARUS, R.S. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*, New York, McGraw Hill.
- LAZARUS, R.S., et S. FOLKMAN (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*, New York, Springer.
- LEFEBVRE, R.C. et S.L. SANDFORD (1985). « A Multi-modal Questionnaire for Stress », *Journal of Human Stress*, vol. 11, p. 69-95.
- LEMYRE, L. (1987). *Stress et appréhension cognitive*, thèse de doctorat non publiée, Université Laval.
- LEMYRE, L. et Y. BENZIMRA (2000). « Les efforts de recouvrement suite à la tempête de verglas : état de stress psychologique chez des travailleur-es après la crise », *Santé mentale au Québec*, vol. XXV, n° 1, p. 186-209.
- LEMYRE, L. et R. TESSIER (1987). « Stress et stressés : une mesure de la dimension chronique », *Revue québécoise de psychologie*, vol. 8, p. 54-66.
- LEMYRE, L. et R. TESSIER (1988). « Mesure du stress psychologique (MSP) : se sentir stressé(e) », *Revue canadienne des sciences du comportement*, vol. 20, p. 302-321.
- LEMYRE, L., R. TESSIER et L. FILLION (1990). *Mesure du stress psychologique (MSP) : manuel d'utilisation*, Québec, Behaviora.

- LÉVESQUE, M. et M. LAVALLÉE (1992). « The Influence of Perceived Social Support on African Students' Adaptation to Quebec », *Cahiers internationaux de psychologie sociale*, vol. 6, p. 23-45.
- LOEWENTHAL, K.M., M. EYSENCK, D. HARRIS, G. LUBITSH, T. GORTON et H. BICKNELL (2000). « Stress, Distress and Air Traffic Incidents : Job Dysfunction and Distress in Airline Pilots in Relation to Contextually-assessed Stress », *Stress Medicine*, vol. 16, p. 179-183.
- NASER, F.A., G.S. JR EVERLY et I. AL-KHULAIFI (2001). « Overcoming the Effects of Disasters : a Rationale for the Kuwaiti CISM Program », *International Journal of Emergency Mental Health*, vol. 3, p. 11-13.
- PRINCE-EMBURY, S., (1992). « Information Attributes as Related to Psychological Symptoms and Perceived Control among Information Seekers in the Aftermath of Technological Disaster at Three Mile Island », *Journal of Applied Social Psychology*, vol. 22, n° 1, p. 38-54.
- SANTÉ QUÉBEC (1987, 1988). *Et la Santé, ça va ?*, rapport de l'enquête Santé Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Les Publications du Québec.
- SELYE, H. (1956). *The Stress of Life*, États-Unis, McGraw Hill.
- SELYE, H. (1982). « History and Present Status of the Stress Concept », in L. Goldberger et S. Breznitz (Eds.), *Handbook of Stress*, États-Unis, Free Press, pp. 7-19.
- TESSIER, R., L. FILLION, G. MUCKLE et M. GENDRON (1991). « Some Criteria for Measuring Stress and the Prediction of the State of Physical Health : a Longitudinal Study », *Canadian Journal of Behavioural Science*, vol. 22, p. 271-281.
- VÉZINA, M., M. COUSINEAU D. MERGLER, A. VINET et M.C. LAURENDEAU (1992). *Pour donner un sens au travail*, Boucherville, Gaëtan Morin.





# **MIEUX COMPRENDRE LE PASSÉ POUR MIEUX VIVRE LE PRÉSENT... LES RÉACTIONS DES INTERVENANTS PSYCHOSOCIAUX À LA SUITE DE L'APPLICATION DES MESURES D'URGENCE**

Danielle BRASSET, M.A.

## **INTRODUCTION**

**L**e Québec, à l'instar de plusieurs autres pays, est de plus en plus touché par de graves sinistres. Ces événements font vivre aux populations et aux intervenants de fortes émotions, en plus de causer des dommages humains et matériels considérables. Ils ont des conséquences importantes sur les communautés et exigent une mobilisation de plusieurs acteurs provenant de milieux différents et ayant des expertises diverses. Un sinistre perturbe le déroulement normal des activités, provoque un déséquilibre dans la communauté et requiert des individus un processus d'adaptation<sup>1</sup>. L'expérience nous montre que les sinistres, en plus de perturber les populations qui en sont victimes, risquent d'affecter à divers degrés les travailleurs qui interviennent auprès des personnes sinistrées (Laube-Morgan, 1992).

Si les recherches sur les victimes se sont multipliées au cours des vingt dernières années, il en est tout autrement en ce qui concerne les intervenants. Les études portant sur les conséquences des sinistres sur la santé globale des intervenants psychosociaux se font plus rares. Tout comme la population sinistrée, les intervenants sociaux qui travaillent à l'application des mesures d'urgence se retrouvent dans des conditions de vie particulières ; ils sont amenés à modifier leurs interventions et leur engagement habituels tant aux plan personnel que professionnel. À cet égard, l'impact psychologique d'un désastre chez les individus et les intervenants est reconnu par plusieurs chercheurs (Mitchell et Everly, 1993 ; Corneil, 1988 ; Mitchell, 1988). Tous s'accordent à dire que les individus et les intervenants victimes d'un sinistre vivent une augmentation significative de leur niveau de stress qui peut provoquer l'apparition de

problèmes biopsychosociaux. Les auteurs sont également unanimes à dire que plus on intervient rapidement et adéquatement, meilleures sont les chances pour les personnes de retrouver leur équilibre dynamique.

Cette recherche exploratoire de type qualitatif a tenté de comprendre les réactions des intervenants qui travaillent à la mise en place et à l'application des interventions psychosociales dans le cadre des mesures d'urgence lors d'un sinistre. Elle a pour objectif d'améliorer les connaissances sur les conséquences des inondations de juillet 1996 sur la santé biopsychosociale des intervenants qui ont assuré un soutien aux personnes sinistrées pendant et après la crise. Cette recherche a permis d'identifier les difficultés vécues par ces intervenants en regard de leur engagement auprès des sinistrés. À la suite de l'analyse de leurs conditions, il a été possible de dégager les principaux facteurs de risque auxquels sont exposés les intervenants psychosociaux qui travaillent auprès des populations victimes d'un sinistre. Il a également été possible d'émettre des recommandations permettant de développer des stratégies de protection pour les travailleurs.

## **LES SINISTRES**

Les sinistres constituent une réalité à laquelle nous sommes de plus en plus confrontés et leur augmentation en nombre et en gravité ne semble pas être uniquement le fait du hasard. Dufour (1997) souligne que le réchauffement de la planète provoque des changements climatiques importants. L'effet de serre, associé à l'activité humaine, déclenche des catastrophes naturelles souvent imprévisibles, violentes et destructrices dont les conséquences sur la population, tant au plan humain, environnemental que matériel, sont graves. Pour sa part, Proulx (1997) signale que les désastres naturels sont en constante progression.

## **LES INONDATIONS AU SAGUENAY—LAC-SAINT-JEAN**

Les 19 et 20 juillet 1996, le Saguenay—Lac-Saint-Jean est touché par un désastre naturel sans précédent. Une pluie diluvienne causant

des débordements de lacs et de rivières occasionne des dommages considérables aux résidents et à l'environnement : deux enfants trouvent la mort dans leur résidence ; 17 000 personnes sont évacuées de leur domicile pour une période de quelques jours à plusieurs mois. Plus de 1 000 résidences sont détruites en totalité ou en partie. Les pertes économiques sont évaluées à plus d'un milliard de dollars. Toute la population régionale est consternée et plusieurs personnes sont en état de choc.

Un sinistre d'une aussi grande ampleur, en plus de réclamer des ressources humaines, matérielles et financières importantes, a des impacts considérables sur l'ensemble de la communauté. Les inondations destructrices ont créé un climat de tension et même de terreur chez la population entière, qu'elle soit sinistrée ou non. Les intervenants des différents secteurs, au même titre que la population, ont vécu dans cette atmosphère d'angoisse qui a perduré dans certains cas pendant plusieurs mois.

Une étroite collaboration entre les différents acteurs sociaux (travailleurs de l'armée, des municipalités, des institutions de santé et des services sociaux ainsi que des bénévoles) a permis d'organiser rapidement les services d'urgence. Des centaines d'intervenants de tous les milieux ont donc été interpellés dans cette période de désorganisation afin de venir en aide aux communautés affectées.

L'évacuation massive des individus et leur séjour dans des centres de services aux sinistrés constituent une épreuve particulièrement difficile pour la majorité des victimes et une expérience nouvelle et insécurisante pour les intervenants. Quoique les personnes sinistrées soient touchées de façon très variable, tant par les pertes subies que par les inconvénients occasionnés, les besoins psychosociaux se sont avérés considérables. Pour plusieurs victimes, l'événement a causé un choc post-traumatique grave (Maltais *et al.*, 1998). Afin de répondre aux besoins psychosociaux des populations fragilisées, différents services et activités ont été organisés. Des réunions d'information, des séances de verbalisation, des activités d'écoute, de soutien et d'accompagnement ainsi que des interventions cliniques ayant pour objectif de minimiser les séquelles psychologiques ont été mises sur pied pendant et après le sinistre dans les centres d'hébergement, dans les centres locaux de services communautaires

(CLSC) et dans les organismes communautaires. Étant donné la diversité et l'inégalité des pertes significatives, le retour à la vie normale s'est fait de façon graduelle et très variable dans le temps (Maltais *et al.*, 1998).

## LES CIRCONSTANCES DE L'INTERVENTION

Dans le contexte du processus de l'application des mesures d'urgence, les intervenants sociaux, à l'instar des autres instances, doivent modifier passablement leur façon de travailler. Lors d'un sinistre, les intervenants changent leur manière d'aborder le travail ; ils passent d'une approche de réponse de services à une approche d'offre de services. Ils se doivent alors d'être proactifs, c'est-à-dire d'aller vers les gens, d'analyser leurs besoins et d'y répondre avant même que les individus en fassent la demande. Cette démarche de proactivité peut être pénible pour certains puisqu'elle exige d'aller à l'encontre de leur façon de faire habituelle.

Une autre modification importante dans la tâche concerne le type d'intervention. Les intervenants doivent favoriser le processus de verbalisation sans entamer de travail thérapeutique. À certains moments, les intervenants doivent donc utiliser différemment leurs apprentissages et leurs expériences antérieurs, et appliquer une approche qui leur est moins familière.

Le contexte de travail constitue également un nouvel élément. En situation de sinistre, les intervenants disposent de peu de latitude. Ils ont à répondre rapidement à une série de demandes ponctuelles et à des exigences diversifiées dans un cadre inconnu. De plus, ils ont à travailler en étroite collaboration avec différents acteurs ayant une formation et une culture différentes.

En situation d'urgence, les intervenants doivent composer avec des circonstances inhabituelles. Ils doivent restructurer leur approche, changer leur type d'intervention, modifier leur horaire de travail, évoluer dans un contexte inconnu et œuvrer dans un environnement différent et pas toujours adéquat, avec de nouveaux collègues provenant d'institutions diverses. Toutes ces modifications sollicitent les capacités adaptatives des intervenants et exigent des stratégies de

réorganisation au plan professionnel et personnel. À toutes ces perturbations s'ajoutent la fatigue, le stress et la présence constante des médias à l'affût d'événements ou de faits à exploiter. Tous ces éléments peuvent constituer pour les intervenants des sources de stress importantes et peuvent avoir des conséquences sur leur santé biopsychosociale.

### **LE CADRE DE RÉFÉRENCE**

L'approche écologique de la santé ainsi que le modèle de Warheit ont été privilégiés pour analyser les interactions entre l'individu et son environnement. Dans la perspective écologique, le développement de la personne se conçoit en relation avec son milieu et son comportement résulte d'un processus d'adaptation à celui-ci. L'analyse écologique identifie cinq déterminants de la santé et du bien-être qui sont en constante interaction : la biologie, l'environnement, le stress, les habitudes de vie et les systèmes de soins. Lorsque ces déterminants ont une influence positive sur la santé, en ce sens qu'ils contribuent à améliorer l'état de santé de la personne, ils sont appelés facteurs de protection ou de robustesse. Lorsqu'ils ont une influence négative et contribuent à détériorer la santé, ils sont appelés facteurs de risque. Les facteurs de vulnérabilité selon leurs qualités sont des facteurs de protection ou de risque.

Le modèle de Warheit soutient qu'il existe une relation systémique entre les événements de la vie, les ressources d'adaptation de la personne, le stress et les conséquences du stress. La capacité d'adaptation est influencée par la constitution biologique de l'individu, ses caractéristiques psychologiques, sa culture, sa structure sociale et son environnement géographique.

### **LA MÉTHODOLOGIE**

La stratégie de recherche retenue est l'approche qualitative. Celle-ci permet d'analyser les relations entre les conditions de travail et les difficultés vécues à la suite de l'intervention en mesures d'urgence selon le point de vue des intervenants. Elle s'inspire de la vie quotidienne et donne accès à la vision des intervenants, à leur

perception de la réalité et à leur ressenti. L'analyse s'est effectuée auprès des intervenants psychosociaux des CLSC de la région du Saguenay qui ont travaillé à l'application des mesures d'urgence lors des inondations de juillet 1996. Les intervenants des CLSC de La Jonquière, du Fjord et du Grand-Chicoutimi ont volontiers prêté leur collaboration à cette recherche. Les vingt-trois intervenants ont été sélectionnés indépendamment de leur statut d'emploi, de leur secteur de travail, de leur formation et de leur expérience dans le réseau de la santé et des services sociaux. Le critère retenu était celui de l'engagement dans les mesures d'urgence psychosociales lors des inondations de juillet 1996.

La cueillette des données, faite par entrevues semi-structurées, a été réalisée en mai et juin 1998. Parmi les thèmes de discussion proposés, nous retrouvons les conditions de travail, l'événement et l'intervenant. Le premier thème portant sur le travail a permis de situer l'intervenant dans les fonctions qu'il occupait lors de son intervention auprès des personnes sinistrées. Il précise la durée du temps consacré au travail en mesures d'urgence, le type de tâches effectuées et les différences et ressemblances avec le travail régulier. Cette catégorie présente également les éléments de satisfaction et les éléments d'insatisfaction au plan personnel, professionnel et organisationnel. En plus de dégager leur perception à l'égard des attentes de la population, du rôle joué par les médias et de la circulation de l'information, les intervenants devaient se prononcer sur les caractéristiques qui leur sont essentielles pour bien fonctionner dans le contexte des mesures d'urgence. Le second thème se rapportant à l'événement avait pour objectif de cerner le plus fidèlement possible le vécu des intervenants lors des inondations. Il donne accès à l'expérience personnelle et dégage les éléments de stress et les effets ressentis à court et moyen terme. Le troisième thème concernant l'intervenant estime l'état de vulnérabilité des répondants, les impacts qu'a eus leur engagement dans les mesures d'urgence sur leur santé biopsychosociale et sur leur travail habituel. Cette étape clarifie également les moyens utilisés pour gérer le stress ainsi que leur perception du rôle joué par l'organisme dans le support accordé aux intervenants. En terminant, les intervenants ont précisé le souvenir laissé par cet épisode et ont émis leurs recommandations à l'égard de la gestion et de l'intervention en situation de sinistre. La durée des entretiens a été d'environ une heure et demie.

Les caractéristiques sociodémographiques des répondants sont les suivantes : vingt femmes et trois hommes dont l'âge varie entre vingt-huit et cinquante-quatre ans et ayant entre quatre et vingt-six ans d'expérience dans le réseau de la santé et des services sociaux. Au plan du statut professionnel, dix-neuf travaillent à temps plein, quatre à temps partiel. Ils ont en majorité une formation en travail social (N=20). Quant à leur situation familiale, quatorze sont mariés ou vivent en union de fait, quatre sont séparés et quatre autres sont célibataires. Au plan du nombre d'enfants, sept n'en ont aucun, quatre ont un enfant, huit en ont deux, quatre en ont trois et deux en ont quatre.

## **LES RÉSULTATS**

### **Les conditions de travail**

Tous les intervenants ont travaillé dans un centre de services aux sinistrés dès les premières heures. La majorité se sont rendus d'eux-mêmes sur les lieux d'évacuation et se sont rapportés au coordonnateur des mesures d'urgence. Les tâches effectuées sont nombreuses et très diversifiées : l'accueil des personnes sinistrées, l'évaluation des besoins et l'orientation vers les ressources appropriées constituent les premières interventions. Également, l'accompagnement, l'aide à l'évacuation, à la relocalisation et à la réinsertion ainsi que le porte-à-porte et les relances téléphoniques ont mobilisé plusieurs intervenants. Par la suite, des séances d'information et de verbalisation ont été organisées. Des tâches ponctuelles telles la conception de dépliants, l'organisation des repas, la mise en place d'une garderie ont précédé la planification des interventions psychosociales et la coordination des activités post-sinistre.

En ce qui concerne l'horaire de travail, des période de dix à douze heures et des quarts de travail de jour, de soir et de nuit ont constitué le cadre des activités des intervenants. Les opinions sont partagées concernant le support de l'employeur : certains (N=12) l'ont qualifié de satisfaisant, alors que d'autres (N=11) ont dit qu'il a été inadéquat. Il en est de même concernant la proximité familiale : pour certains, il était plus facile d'être éloignés, car ils pouvaient se consacrer entièrement à leurs fonctions alors que pour d'autres, la

famille permettait de décrocher, de refaire le plein d'énergie et de recevoir du soutien.

Les intervenants ont précisé que, même s'ils percevaient que les besoins de la population étaient très grands, peu d'attentes furent exprimées ouvertement de la part des sinistrés. Les gens semblaient trop désarmés pour manifester leurs exigences. Au début, les besoins étaient d'ordre primaire et technique ; par la suite, le besoin d'être rassuré, sécurisé, informé, de ventiler et de verbaliser apparaissent peu à peu. Un tel événement suscite une couverture médiatique imposante. Les médias ont le rôle d'informer la population ; cependant, selon leurs messages, certains ont participé à créer un climat d'angoisse et à augmenter la détresse de la population. Parfois, les intervenants devaient s'interposer pour protéger les sinistrés d'une presse trop insistante. La circulation de l'information a constitué une source importante de difficultés ; les messages mal interprétés, les changements fréquents de directives et l'absence de moyens de communication appropriés ont généré de la confusion. Par contre, au fur et à mesure que les services se sont structurés, les communications ont été plus faciles. De plus, les moyens (cellulaires, rencontres d'information régulières) mis à la disposition des intervenants ont été appréciés.

En ce qui concerne la préparation, seize des vingt-trois intervenants avaient reçu la formation de base. Il y a unanimité à admettre sa pertinence et son utilité. Elle a permis d'être rapidement efficace, de donner une structure et un langage communs et de sécuriser les intervenants. De plus, les rôles et les mandats de chaque partenaire étaient plus clairs.

### **L'événement**

Au moment où se sont produites les inondations, la majorité des intervenants étaient en vacances. Ils se sont sentis responsables d'agir et se sont rapportés d'eux-mêmes. Le fait d'interrompre les vacances et de retourner au travail a été facile. L'ampleur des besoins et le sens du devoir ont surpassé le souci du bien-être personnel. Quelques intervenants ont été directement touchés ; deux ont subi des dommages matériels graves à leur domicile. Douze



autres ont vécu des inconvénients mineurs tels une courte période d'évacuation ou une interruption d'électricité. Certains ont été affectés indirectement par les pertes infligées aux membres de leur famille. Ceux-ci se trouvaient quand même à l'aise d'intervenir parce qu'ils savaient leurs proches en sécurité.

Les sources de stress furent nombreuses : la méconnaissance des rôles de certains partenaires, la mauvaise circulation de l'information, le contexte et les horaires de travail ainsi que le manque d'appui de la part de l'organisation et, à la longue, l'effritement du support des collègues ont généré un stress important chez les intervenants. De plus, l'absence de structures officielles pour les aider, le cumul des tâches, les pressions pour clore rapidement les dossiers ont occasionné un surcroît de tension qui s'est manifesté par différents symptômes comme une fatigue importante, un état de plus grande vulnérabilité et de fébrilité, des malaises (troubles du sommeil, de l'appétit, problèmes de dos, difficultés de concentration, irritabilité, confusion).

Lors de leurs interventions, les travailleurs ont rencontré diverses difficultés. Qu'elles soient d'ordre situationnel (images de dévastation, pertes occasionnées, détresse des victimes), d'ordre organisationnel (nombreuses heures de travail, contexte de travail difficile, conditions matérielles inadéquates, changements fréquents de directives, difficultés de communication) ou d'ordre personnel (sentiment d'impuissance, proches touchés par le sinistre, fatigue ressentie, respect de ses propres besoins, incapacité de se dissocier de la souffrance des sinistrés, conflits de rôle, isolement), ces difficultés ont affecté les intervenants à différents degrés.

Par contre, plusieurs éléments de satisfaction ont largement compensé les éléments négatifs ; citons, entre autres, la reconnaissance de la part des sinistrés, le sentiment d'utilité, les rétroactions valorisantes de la population, les résultats concrets de l'intervention, l'harmonie des relations professionnelles, la disponibilité des intervenants, la générosité et la solidarité de l'ensemble des individus. Également, l'entraide, l'esprit d'équipe, l'efficacité de l'organisation, le soutien de l'employeur, le respect de l'autonomie professionnelle, la stabilité des équipes, la régularité de l'horaire, la con-

naissance du milieu, de la population et des ressources ainsi que la formation reçue ont facilité le travail.

Les participants ont été consultés sur les qualités requises pour bien fonctionner dans le contexte de l'application des mesures d'urgence. Ils ont mentionné que la santé physique, l'équilibre psychique, la capacité d'adaptation, la souplesse, l'ouverture d'esprit, la capacité de travailler en équipe, la polyvalence, la sécurité professionnelle, la capacité d'écoute et d'observation, la conscience de ses propres limites, la capacité de bien gérer son stress, la disponibilité et la débrouillardise sont essentiels pour intervenir efficacement dans de telles circonstances.

### **L'intervenant**

Tous les intervenants ont manifesté une grande fatigue à la suite de leur engagement dans les mesures d'urgence. Plusieurs (N=7) se sont retrouvés dans un état de grande vulnérabilité et de fébrilité nécessitant une période de repos. Ils ont ressenti différents symptômes et malaises pendant et après cette période de travail. Au plan des symptômes, quelques-uns (N=6) ont développé des troubles de sommeil (insomnie, hypersomnie ou cauchemar), des troubles de l'appétit et des problèmes de dos. Pour ce qui est des malaises, certains (N=4) ont remarqué une baisse de leur capacité de concentration, de l'irritabilité et de la confusion. Ces malaises ont amené des difficultés de fonctionnement au plan professionnel. Quelques personnes (N=3) ont dû s'absenter du travail en prenant un congé de maladie pour une période de quelques semaines à plusieurs mois. Un intervenant signale, par exemple, avoir fait une attaque de panique au travail et un autre affirme avoir eu des idées suicidaires pendant son congé de maladie. Pour quelques-uns, ces malaises ont été dérangeants au point de les amener à consulter en psychologie ou en psychiatrie (N=4) et à prendre des anxiolytiques (N=3).

Pour diminuer le stress auquel ils étaient confrontés, les intervenants ont mis en place différentes stratégies. Pendant la crise, certains ont encadré leur implication au travail en diminuant le nombre d'heures de travail, en exigeant des temps de repos, en prenant leurs repas dans un endroit tranquille, en ralentissant le rythme de travail, en

réduisant leurs activités professionnelles, en prenant des vacances ou en échangeant entre collègues. Au plan personnel, plusieurs ont porté une attention particulière à leur hygiène de vie en s'alimentant sainement, en faisant régulièrement de l'exercice et de la relaxation. D'autres ont priorisé le rôle familial et utilisé leur réseau social.

## LES RECOMMANDATIONS

Dans le cadre des mesures d'urgence, les organismes ont à assurer des services de qualité à la population victime d'un sinistre. À cet effet, les recommandations sont de deux ordres : elles concernent d'une part les mesures préventives imputables aux gestionnaires quant à leur rôle d'employeur et, d'autre part, celles qui incombent à toute personne en regard de la responsabilité de son propre bien-être. Les gestionnaires doivent jouer un rôle de sentinelle à l'égard du bien-être de leurs employés. Ils ont la responsabilité de prendre tous les moyens pour protéger la santé mentale et physique de leurs travailleurs. Ces stratégies concernent la communication, la structure organisationnelle, les conditions de travail et la gestion du stress.

Au plan de la communication, ils doivent travailler à doter les travailleurs de moyens de communication adéquats (téléphones cellulaires, pagettes), à communiquer clairement les messages en s'assurant qu'ils soient bien compris, à rencontrer régulièrement les intervenants et à les informer de l'évolution de la situation, à connaître les partenaires, leur rôle, les mandats respectifs et à entretenir avec ces derniers des bonnes relations. De plus, il est essentiel de clarifier le rôle et les responsabilités des divers organismes engagés dans les mesures d'urgence, de former les gestionnaires afin d'augmenter leurs connaissances sur les situations de sinistre et l'intervention en mesures d'urgence et de les sensibiliser à l'approche psychosociale et aux impacts à court et à long terme du travail auprès des sinistrés sur le personnel. Ils seront alors capables de supporter davantage les intervenants.

En ce qui concerne la structure organisationnelle, les gestionnaires se doivent de faciliter le travail des intervenants en utilisant tout le personnel disponible, en assurant un support technique dans les centres de services aux sinistrés et en ajoutant des ressources

supplémentaires afin de dégager les intervenants de leurs responsabilités habituelles. En plus de réduire l'utilisation de formulaires complexes, il faut s'assurer que ceux qui ont à prendre des décisions soient compétents et qu'ils aient reçu la formation qui leur permette de comprendre la philosophie et les principes d'intervention en mesures d'urgence. Il est également capital de respecter la volonté des intervenants de s'engager ou non dans l'application des mesures d'urgence.

Au plan des conditions de travail, il est également important d'aménager l'environnement de travail afin de réduire les irritants, de prévoir des aires de repos exclusives aux intervenants et de les obliger à profiter d'un temps d'arrêt. Il faut également prioriser les tâches, donner aux intervenants un cadre de fonctionnement adéquat (horaires, délégation des responsabilités, gestion du temps), former et tenir à jour les intervenants sur les interventions psychosociales en mesures d'urgence, mettre en place une équipe de mesures d'urgence efficace et compétente, laisser le leadership des interventions psychosociales aux intervenants. De plus, le fait de former des équipes stables avec des tâches précises, de favoriser le travail d'équipe et de mettre en place des structures et des mécanismes qui rapprochent le personnel aura un impact positif sur le rendement des travailleurs.

Quant à la gestion du stress, il s'avère primordial de mettre sur pied des programmes de gestion du stress, de sensibiliser le personnel aux différentes techniques de gestion du stress et de développer des stratégies pour s'assurer que chaque intervenant reçoive le support nécessaire. En plus d'encourager les réseaux naturels d'entraide en utilisant les leaders naturels dans les relations interpersonnelles, de se doter d'un programme d'aide aux employés et de favoriser la consultation, d'organiser des séances de verbalisation individuelles ou de groupe pendant et après le sinistre, il est vital de mettre sur pied des structures qui obligent ou incitent fortement les intervenants à participer à des ateliers de discussion sur les interventions faites en situation d'urgence. Également, valoriser les intervenants, reconnaître leur travail et manifester de façon concrète une appréciation, favoriser le suivi en psychologie pour les intervenants en besoin, prêter attention au vécu personnel des intervenants et trouver des

stratégies pour sécuriser les intervenants sont des actions qui s'avèrent rentables à long terme.

Bien qu'il soit essentiel qu'un organisme se soucie du bien-être de son personnel, il faut reconnaître que les intervenants ont également des responsabilités dans l'amélioration de leur bien-être physique et psychologique et dans la gestion de leur stress. En l'occurrence, ils doivent mettre en place leurs propres stratégies et développer des principes de saine gestion de leur vie personnelle et professionnelle. Ainsi, une bonne discipline de vie peut aider les intervenants à affronter les exigences imposées par une période de travail plus difficile. Développer le sens de l'humour, équilibrer ses activités familiales, personnelles, professionnelles et sociales et entretenir des relations de collaboration sont des stratégies qui aident à diminuer le stress.

L'ensemble de ces mesures devrait permettre de minimiser les effets d'un contexte de travail précaire et ainsi réduire le nombre et la gravité des réactions de stress. Les mettre en place exige des gestionnaires une volonté ferme de protéger et de soutenir leur personnel.

## CONCLUSION

Tous les intervenants ont été sensibles au désarroi des sinistrés et ont vécu une augmentation significative de leur niveau de stress. L'ampleur des besoins, l'intensité et la durée des interventions ont suscité des sentiments de tristesse, d'impuissance et de grande fatigue. Les intervenants qui ont été les plus affectés sont soit ceux qui ont été touchés personnellement, soit ceux qui ont vécu des crises concomitantes qui les ont fragilisés, ou encore ceux qui ont été incapables d'identifier et de respecter leurs limites et qui n'ont pas tenu compte de leurs indicateurs de stress. Les intervenants qui ont le mieux résisté sont ceux qui possédaient un équilibre psychique solide ainsi qu'une grande assurance professionnelle parce qu'ils avaient travaillé au plan de mesures d'urgence et ceux qui ont su respecter leurs limites.

Globalement, les intervenants reconnaissent avoir fait des apprentissages significatifs et considérables. Entre autres, ils admettent avoir développé une grande expertise en mesures d'urgence, avoir perfectionné leurs interventions et acquis une confiance professionnelle. À part le travail exigeant, le stress intense et la fatigue accumulée, les principaux souvenirs qui restent concernent la solidarité, l'entraide, le courage et le dévouement tant de la population que des travailleurs qui interviennent dans l'application des mesures d'urgence.

## NOTE

- 1 Selon le MSSS (1994), les principales caractéristiques d'un sinistre sont les suivantes :
  - grand nombre de personnes affectées ;
  - complexité de l'événement ;
  - extrême urgence de l'action ;
  - grande quantité de ressources à investir ;
  - débordement des cadres d'intervention habituels ;
  - réalisation de tâches non familières ;
  - mise sur pied de nouvelles structures de réponses ;
  - mobilisation et coordination de ressources humaines non habituées à travailler ensemble dans un tel contexte.

## BIBLIOGRAPHIE

- AGUILERA, D.C. et J.M. MESSICK (1976). *Intervention en situation de crise*, seconde édition, Ontario, The C.V. Mosby Company Limited, 168 p.
- BLANCHET, L., M.-C. LAURENDEAU, D. PAUL et J.-F. SAUCIER (1996). *La prévention et la promotion en santé mentale. Préparer l'avenir*, Comité de la santé mentale du Québec, 138 p.
- BOURBONNAIS, R. et M. COMEAU (1998). « Santé psychologique et absence au travail », *Objectif prévention*, vol. 20 n° 5, p. 16-18.

- CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA FAMILLE (1985). *Le point sur les habitudes de vie, l'approche écologique*, Québec.
- CORNEIL, W. (1988) *Le stress après un désastre*, documentation sur le stress post-traumatique, Service d'aide aux employés, Services de santé des fonctionnaires fédéraux, Santé et Bien-Être social Canada, 142p.
- DUCHESNEAU, J. et H. LAMONTAGNE (1987). « Le stress dans les professions de relations d'aide et d'urgence », *JASMU*, septembre, p. 5-11.
- DUFOUR, J. (1997). « Les catastrophes naturelles exogènes et l'effet de serre. Quelques réflexions appliquées au déluge du Saguenay », in Groupe de recherche et d'intervention régionales, *Les premiers résultats de recherche du programme de recherche du GRIR à l'UQAC*, Chicoutimi p. 29-41.
- LAMONTAGNE, H. (1983). *Des effets psychologiques des désastres sur le personnel opérationnel*, Ottawa, Protection civile du Canada, 40 p.
- LAUBE-MORGAN, J. (1992). « The Professional's Psychological Reponse in Disaster : Implications for Practice », *Journal of Psychological Nursing*, vol. 30, n° 2.
- MALTAIS, D., S. ROBICHAUD et C. GAGNON (1998). « Les impacts psychosociaux et communautaires d'une catastrophe : programmation de la recherche », in Groupe de recherche et d'intervention régionales, *Les premiers résultats de recherche du programme de recherche du GRIR à l'UQAC*, Chicoutimi p. 96-111.
- MSSS (1995). *Naître égaux et grandir en santé*, Québec, Direction de la santé publique, 213 p.
- MSSS (1994). *Planification des services psychosociaux dans le cadre des mesures d'urgence*, Québec, Direction générale de la coordination régionale, 28 p.
- MITCHELL, J.T. (1988). « L'atténuation du stress consécutif à un accident », in *Documentation sur le stress post-traumatique*, Service d'aide aux employés, Services de santé des fonctionnaires fédéraux, Santé et Bien-Être social Canada, 142 p.
- MITCHELL, J. et G. EVERLY (1993). *Critical Incident Stress Debriefing : an Operational Manual for the Prevention of Traumatic Stress among Emergency Services and Disaster Workers*, Maryland, Ellicott City, Chevron Publishing Corporation, 223 p.

- PROULX, M.-U. (1997). « Planification et gestion de la reconstruction post-diluviennne et de la relance économique », in Groupe de recherche et d'intervention régionales, *Les premiers résultats de recherche du programme de recherche du GRIR à l'UQAC*, Chicoutimi p. 59-87.
- ROBITAILLE, M.-J. (1998). « Le stress au travail : comment intervenir globalement », *Objectif prévention*, vol. 20, n° 5, p. 23-25.
- VÉZINA, D. (1999). *La prévention et la promotion en santé mentale*, Comité aviseur en promotion, prévention en santé mentale et service recherche, connaissance, surveillance, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux Saguenay—Lac-Saint-Jean, juin.
- WARHEIT (1979) dans MSSS (1992). *Les services psychosociaux offerts par les CLSC dans le cadre des mesures d'urgence*, Québec, Direction générale de la prévention et des services communautaires, 55 p.



# PRINCIPALES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES ET CONSÉQUENCES DE LA TEMPÊTE DE VERGLAS CHEZ LES INTERVENANTS RÉMUNÉRÉS ET BÉNÉVOLES DE LA MONTÉRÉGIE

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

Lors de la tempête de verglas de janvier 1998, des intervenants de la Montérégie œuvrant au sein d'organismes publics, parapublics et communautaires ont dû rapidement prendre en charge l'organisation des services d'hébergement et de soutien des sinistrés. Ces intervenants, sinistrés eux-mêmes, ont alors vécu des situations difficiles et ont eu à composer avec de nombreux stress comme l'entrée soudaine de centaines de sinistrés dans les centres d'hébergement, le manque d'équipement, l'accumulation de glace sur les routes et les trottoirs, le froid, l'absence d'électricité et de chauffage ainsi que le prolongement de la crise. Intervenir dans de telles conditions auprès de sinistrés désemparés n'est pas une tâche de tout repos et peut contribuer à l'apparition de problèmes de santé physique ou psychologique (Burkle, 1996 ; Newburn, 1993 ; Raphael *et al.*, 1991). D'ailleurs des études récentes démontrent clairement que les sinistrés, en raison des demandes surabondantes qu'ils apportent aux intervenants, peuvent provoquer une usure physique et émotionnelle importante chez ces derniers (Maltais, Robichaud et Simard, 2001 ; Mitchell et Everly, 1995).

## ÉTAT DES CONNAISSANCES

Selon Ersland *et al.* (1989), les désastres constituent des événements comportant un potentiel traumatique élevé pour les intervenants, d'autant plus que pour plusieurs d'entre eux, leur implication dans

de telles circonstances représente le pire événement vécu pendant leur vie. Les réactions émotionnelles peuvent être de courte durée et apparaître dès le début du sinistre, mais elles peuvent également se développer après plusieurs jours ou plusieurs semaines à la suite de l'application des mesures d'urgence (Maltais, Robichaud et Simard, 2001). Certaines réactions ou symptômes physiques ou psychopathologiques peuvent même devenir chroniques. Dans des recensions des écrits sur les conséquences des désastres sur la santé des intervenants, les auteurs (Gibbs *et al.*, 1993 ; Mitchell, 1998 ; Shepherd et Hodgkinson, 1990) mentionnent que les problèmes de santé physique que l'on recense le plus souvent sont les rhumes, la perte d'appétit, les migraines, les maux d'estomac, les douleurs au cou, l'épuisement, les changements dans les habitudes de sommeil, l'accroissement des accidents, les problèmes gastriques et les difficultés à se concentrer.

Au plan de l'état de santé psychologique, les chercheurs évoquent diverses réactions psychologiques, émotionnelles et cognitives comme l'étonnement, l'incrédulité, l'engourdissement émotionnel, l'impuissance, la tristesse, l'instabilité émotionnelle, l'angoisse, la dépression, la colère et l'isolement (Bradford et John, 1991 ; Lamontagne, 1983 ; Miles *et al.*, 1984 ; Shepherd et Hodgkinson, 1990). L'intervention en situation de désastres peut également provoquer chez certains intervenants des perturbations au plan de leur vie familiale, sociale et professionnelle. Par exemple, selon Shepherd et Hodgkinson (1990), la surcharge de travail en situation d'urgence peut diminuer la réceptivité des intervenants à leurs proches et provoquer l'isolement social ainsi que la perte d'intérêt pour les activités familiales et récréatives.

Selon Bartone *et al.* (1989), Dingman, (1995), Innes et Clark (1985) ainsi que Shepherd et Hodgkinson (1990), l'intensité des réactions des intervenants est influencée par plusieurs variables personnelles (sexe, âge, traits de personnalité, formation, expérience personnelle, etc.), contextuelles (type, intensité et durée du désastre, ampleur des dommages, taux de mortalité, intensité des contacts avec les sinistrés, etc.), environnementales (lieux où les intervenants travaillent, conditions climatiques, pression des médias, etc.) et organisationnelles (responsabilités, partage des tâches, support de l'établissement, possibilités ou non de se reposer, pénurie ou non

d'équipements, nombre d'heures travaillées, surcroît de travail, etc.). De plus, certains auteurs comme Raphael et Wilson (1994) soulignent que beaucoup d'intervenants négligent leurs propres besoins et nient leur fatigue en situation d'urgence.

### **OBJECTIFS DE LA RECHERCHE EFFECTUÉE**

La recherche réalisée auprès d'une cinquantaine d'intervenants rémunérés ou bénévoles de la Montérégie visait l'atteinte de trois grands objectifs. Le premier avait pour objet de documenter les conséquences qu'a eues la tempête de verglas sur la santé physique et psychologique des intervenants ayant apporté du soutien à des sinistrés hébergés en centres d'hébergement collectif ou étant demeurés dans leur propre domicile. Le second visait à identifier les répercussions de l'intervention en situation d'urgence sur la vie familiale, sociale et professionnelle des répondants. Le dernier objectif voulait quant à lui recueillir le point de vue des intervenants sur les mécanismes de prévention utilisés pendant et après la tempête de verglas et qui ont permis de minimiser les effets néfastes de ce sinistre sur la santé, le stress et l'épuisement.

### **MÉTHODOLOGIE**

La collecte des données a été effectuée à l'été et à l'automne 1999 auprès de cinquante-sept intervenants rémunérés ou bénévoles ayant œuvré auprès de sinistrés vivant en milieu urbain ou rural. La plupart des participants (87,7 %) ont été interviewés seuls, tandis que sept intervenants ont été rencontrés en petits groupes de deux ou trois personnes. Le guide d'entrevue utilisé comprenait dix-neuf questions ouvertes abordant différents thèmes dont ceux du travail effectué pendant le sinistre, les problèmes et difficultés vécus, les conséquences de leur implication dans l'application des mesures d'urgence sur leur santé physique, psychologique, sociale, familiale et professionnelle, les apprentissages réalisés, les stratégies d'adaptation utilisées, les mécanismes de support mis en place par les employeurs, etc.

Parmi les personnes interviewées, il y a autant de femmes (N=29) que d'hommes (N=28) et de répondants qui sont intervenus dans des communautés rurales (N=27) ou urbaines (N=30). Le nombre d'intervenants rémunérés par un organisme public ou communautaire comme un CLSC, un centre de bénévolat ou une municipalité s'élève à trente, tandis que les répondants qui ont agi à titre de bénévoles sont au nombre de vingt-sept. Les occupations régulières des intervenants sont diverses (animateur, pompier, intervenant social, agent de sécurité, adjoint administratif, etc.) et la majorité des répondants, qu'ils proviennent de municipalités rurales ou urbaines, n'avaient pas reçu de formation sur l'intervention en situations d'urgence avant leur intervention lors de la tempête de verglas (ces pourcentages sont de 63 % pour les intervenants travaillant dans des municipalités urbaines tandis qu'ils s'élèvent à 67 % dans les municipalités rurales).

#### **CONDITIONS DE TRAVAIL DES RÉPONDANTS PENDANT LA TEMPÊTE DE VERGLAS**

En janvier 1998, lors de l'application des mesures d'urgence, la majorité des répondants ont travaillé dans des centres d'hébergement plus de vingt-et-un jours (tableau 1). Leurs principales tâches ont été de coordonner les centres, d'accueillir, d'orienter, d'accompagner, de supporter les sinistrés ainsi que d'évaluer leurs besoins psychosociaux. Des intervenants ayant une formation en soins de santé se sont également déplacés d'un centre d'hébergement à l'autre ou se sont rendus au domicile de sinistrés afin de rencontrer les personnes malades, vulnérables ou en perte d'autonomie.

Plusieurs répondants ont travaillé sans relâche pour des périodes allant jusqu'à soixante-douze heures. D'autres intervenants ont toutefois maintenu un rythme de travail de dix ou douze heures avec des périodes adéquates de repos. Plusieurs facteurs incontrôlables ont forcé les intervenants à maintenir un horaire chargé. Les répondants soulignent, entre autres, l'affluence constante des sinistrés dans les centres de dépannage, la multitude des responsabilités, le manque d'intervenants ainsi que l'absence de relève.

**Tableau 1**  
**Conditions de travail des intervenants**  
**lors de la tempête de verglas\***

	<b>Intervenants ruraux (N=27)</b>	<b>Intervenants urbains (N=30)</b>
Nombre de jours travaillés		
• Entre 6 et 15 jours	11	7
• Entre 16 et 20 jours	7	13
• 21 jours et plus	82	80
Logement		
• À son domicile	63	73
• Chez des parents-amis	26	13
• Centre d'hébergement collectif	11	17
• Hôtel	0	7
Lieux de travail		
• Centres d'hébergement	67	90
• CLSC	15	3
• Autres	48	17
Nombre d'heures travaillées quotidiennement		
• Entre 4 et 7	4	10
• Entre 8 et 12	70	43
• 13 heures et plus	26	47

\* Ce tableau est tiré du document suivant : D. Maltais, S. Robichaud et A. Simard (2001). *Les conséquences de la tempête de verglas chez les intervenants de la Montérégie*, Chicoutimi, GRIR-UQAC, p. 23.

Les tâches des intervenants se sont donc déroulées dans des conditions matérielles et organisationnelles difficiles et dans un climat d'incertitude : débordement, manque de ressources, ambiguïté dans les rôles, etc. Les témoignages suivants sont d'ailleurs très évocateurs :

*Au site d'hébergement où je travaillais, il n'y avait pas d'électricité, pas de ventilation ni de changement d'air ; nous étions donc très fatigués. (Intervenante rémunérée œuvrant en milieu urbain)*

*Jusqu'au 9 janvier, il n'y avait pas assez d'intervenants et de bénévoles pour faire des rotations de personnel ; de plus, nous ne pouvions pas offrir des conditions adéquates pour le coucher. (Intervenant rémunéré œuvrant en milieu urbain)*

*Il fallait prendre des décisions rapides dans un climat de frictions et de grande fatigue, les intervenants ne voulaient pas se reposer et c'était très difficile de communiquer avec les responsables. (Intervenante rémunérée œuvrant en milieu urbain)*

*Au centre, il y avait des moments de grande tension ; des sinistrés voulaient se battre [...] (Intervenant bénévole œuvrant en milieu rural)*

*Avec la fatigue accumulée, les relations avec les collègues ont été très difficiles [...] Les mandats n'étaient pas clairs, les responsables étaient tendus. (Intervenant rémunéré œuvrant en milieu rural)*

### **PRINCIPALES CRAINTES ET DIFFICULTÉS RENCONTRÉES EN TANT QU'INTERVENANT SINISTRÉ**

En tant que sinistrés, les répondants se sont surtout inquiétés du bien-être de leur famille et des personnes qu'ils hébergeaient dans leur propre domicile. Plusieurs intervenants ont ainsi craint les incendies liés à la présence de systèmes de chauffage d'appoint ainsi que les blessures encourues par les chutes d'arbres, par les problèmes de circulation et par la présence de verglas sur les allées piétonnières. Plusieurs se sont aussi inquiétés de l'état de santé des membres de leur famille nucléaire ou élargie ainsi que de la surcharge de travail du conjoint demeuré à domicile. Le manque de temps pour s'occuper de ses proches, la complexité de l'organisation des activités quotidiennes ainsi que l'ennui du conjoint et des enfants ont également été des sources d'inquiétude, comme en font foi les extraits suivants :

*Je craignais les dommages à la maison et je devais m'assurer que tout allait bien pour mon épouse, mes enfants, ma mère et la sœur de ma mère. (Intervenant bénévole œuvrant en milieu rural)*

*J'étais inquiet du fonctionnement à la maison, car mon épouse travaillait et j'avais deux jeunes enfants à la maison. Il fallait que tout fonctionne bien pendant nos absences à la maison. (Intervenant rémunéré œuvrant en milieu urbain)*

*Je m'inquiétais pour le feu, car des chandelles avaient brûlé le comptoir à la maison. Il y avait aussi des arbres qui risquaient de tomber sur la maison. J'avais aussi peur que des voleurs s'en prennent à la maison et à notre bois. (Intervenante rémunérée œuvrant en milieu urbain)*

*J'étais très préoccupé à répondre aux besoins de base de ma famille : boire, manger, se laver, etc. [...] Je me devais également de faire la tournée des maisons de mes parents, de mes tantes. (Intervenant rémunéré œuvrant en milieu urbain)*

En tant qu'intervenants travaillant auprès des sinistrés, les répondants ont vécu plusieurs stress et inquiétudes reliés à l'événement lui-même (problèmes de transport ou de circulation, absence d'électricité, difficultés d'approvisionnement en nourriture, risques d'incendie et d'intoxication, manque ou absence de moyens de communication, froid et inconfort, durée ou prolongement de la situation) et aux conditions de travail (difficultés matérielles, physiques ou techniques, problèmes relationnels, quantité et qualité des ressources humaines, lourdeur et complexité des tâches et des responsabilités, problèmes informationnels et risques à la santé physique ou psychologique).

C'est ainsi que plusieurs intervenants ont rapporté avoir été fortement dérangés ou exacerbés par l'absence ou l'inadéquation des moyens de communication dans les centres d'hébergement, par les dégâts d'eau et les problèmes de fonctionnement des génératrices, par l'insuffisance d'équipements ou de moyens d'hygiène ou sanitaires, par l'exiguïté des lieux et par la grande affluence de sinistrés lors de la distribution des repas. Le froid, l'humidité, l'obscurité et les odeurs nauséabondes des sites, l'inconfort et l'inadéquation des lieux de travail (surpopulation, manque de ventilation, etc.) ainsi

que leur isolement géographique sont aussi des aspects du travail qui ont suscité du stress chez les intervenants. De même, la gestion des dons (non attendus, horaires des arrivées, manque de personnel pour s'en occuper, surplus ou inadéquation, incompatibilité avec les besoins) et les conditions difficiles lors de déplacements aux domiciles des sinistrés (se présenter seul sur les lieux, circuler en soirée, absence de moyens ou d'équipements requis pour des cas lourds, etc.) ont affecté plusieurs répondants.

Au plan relationnel, la difficulté à faire respecter certaines règles ou interdictions dans les centres d'hébergement telles l'établissement du couvre-feu ou l'économie d'énergie (fer à friser, bouilloire, etc.), les comportements de panique et la présence des représentants des médias furent des éléments qui ont contribué à accentuer la tension vécue. Le refoulement des individus qui se sont présentés dans les centres pour offrir d'héberger des sinistrés et la gestion des cas difficiles ou non acceptés dans d'autres centres (individus indésirables ou perturbés) ont aussi généré des difficultés relationnelles.

Pour certains répondants, les stress du travail provenaient du manque d'intervenants, du désistement de collègues ou bien de l'aide fluctuante des bénévoles (des jours trop, des jours pas assez). D'autres ont précisé que le manque de formation des bénévoles, la formation sur le tas dans un contexte s'y prêtant peu et les doutes sur la fiabilité et l'honnêteté de certains bénévoles leur avaient causé des stress supplémentaires.

L'intensité continuelle des tâches ou des responsabilités, l'obligation de décider et d'agir rapidement et les efforts physiques consentis aux tâches (déplacements de personnes non mobiles, d'équipements, etc.) ont alimenté l'appréhension de plusieurs intervenants. Le degré de difficulté des décisions à prendre et le fait d'en assumer les conséquences, la lourdeur des horaires (travail de nuit, nombre important d'heures successives de travail, etc.) sont aussi des sources de stress identifiées par les répondants. Qui plus est, des problèmes liés à l'information ont aussi suscité des tensions. Les intervenants soulignent ainsi que le manque d'information sur la situation ou sur la durée prévue de la crise, la propagation de rumeurs non fondées et l'obligation d'assurer la confidentialité de



certaines informations ont nui à leur travail. Les commentaires suivants illustrent d'ailleurs ces propos :

*C'était difficile de rejoindre les responsables de la ville tout comme Hydro-Québec pour obtenir des informations sur la situation. (Intervenante bénévole œuvrant en milieu urbain)*

*Il y avait de gros problèmes de communication avec les sinistrés. Ils se sentaient isolés, mais on ne savait pas ce qui se passait et si les pannes d'électricité allaient durer longtemps [...] Il y avait aussi des rumeurs qui persistaient ; sans formation, nous ne savions pas comment éviter la panique. (Intervenante bénévole œuvrant en milieu urbain)*

*Ce qui était le plus difficile, c'est de ne pas avoir eu de contacts avec les décideurs, ne pas savoir ce qui se passait exactement. (Intervenante rémunérée œuvrant en milieu urbain)*

### **CONSÉQUENCES DU TRAVAIL EN SITUATION D'URGENCE SUR LA SANTÉ, LA VIE FAMILIALE ET PROFESSIONNELLE DES RÉPONDANTS**

Les répercussions constatées sur la santé physique pendant la crise ne sont évoquées que par un nombre restreint de répondants (N=6). Lorsqu'ils sont rapportés, les problèmes concernent le surmenage, les gripes ou les problèmes musculaires dus à des efforts physiques intenses ainsi que les problèmes respiratoires ou pulmonaires. Il est important de souligner que la presque totalité des répondants ont toutefois fait part de problèmes de sommeil et de grande fatigue pendant toute la durée de la panne d'électricité. En ce qui concerne l'après-crise, plusieurs intervenants (N=20) relatent avoir ressenti une importante fatigue physique ou psychologique et de l'épuisement. Cet état a perduré jusqu'à un an dans certains cas. Des répondants ont aussi rapporté qu'ils avaient remarqué une perte d'entrain face à la poursuite de leurs activités sociales ou professionnelles ; toutefois, aucun intervenant ne s'est dit fortement perturbé au plan psychologique ou avoir vu son fonctionnement habituel considérablement altéré. Quelques intervenants (N=5) déclarent cependant s'être sentis en état d'alerte ou avoir ressenti une certaine crainte lors de pannes électriques, avoir vu augmenter leur sensibilité émotion-

nelle ou leur impression de vulnérabilité dans la période post-désastre ou encore, avoir constaté un sentiment de vide ou de solitude lors de la reprise du cours normal de leurs activités. De l'amertume au regard d'un manque de considération ou de reconnaissance pour le travail effectué lors de la crise a également entaché le vécu de l'après-crise de certains répondants.

Quelques intervenants font aussi mention de difficultés familiales vécues par eux-mêmes ou par leurs confrères de travail lors de la crise. Pour certains, leur engagement a suscité des conflits et des tensions, des ruptures de couple ou des divorces. Au plan professionnel, plusieurs intervenants ont fait mention d'un surcroît de travail lors du retour à leur emploi régulier. La fatigue accumulée ainsi que les nouveaux efforts consentis au rattrapage ont mené, dans certains cas, à l'épuisement professionnel, à la perte d'emploi, à la réorientation professionnelle ou à la démission. Il semble également que les dommages causés par la tempête aux domiciles des répondants et les réparations qui ont dû être effectuées par la suite n'ont pas facilité la réintégration au travail. De plus, certains organismes ont vécu des conflits. Ceux-ci semblent attribuables au refus de certains employés de s'engager lors de la crise, puis à une non-conformité dans la rémunération chez ceux qui ont travaillé. En effet, certains intervenants ont reçu un salaire alors que d'autres n'ont pas été rémunérés. L'évaluation de la pertinence ou de l'efficacité des actions et des initiatives ainsi que les écarts dans la somme de travail effectuée chez l'un ou chez l'autre sont aussi des sujets ayant entraîné de la discorde ou des relations conflictuelles entre collègues de travail ou entre les membres d'organismes présents lors de la crise. Selon certains, la crise a contribué à amplifier certains conflits existant entre les employés et l'employeur ou entre des groupes d'employés.

La reprise du travail régulier fut aussi marquée par une certaine démotivation, une baisse de la performance ou des initiatives. En comparaison avec l'engagement intense que nécessitait la crise, le travail habituel apparaissait futile, voire sans valeur. Les témoignages suivants sont d'ailleurs très évocateurs :

*Le retour au travail régulier a été moins motivant et moins stimulant, car pour un moment on a eu l'impression de sauver le monde. (Intervenante rémunérée œuvrant en milieu urbain)*

*Les dossiers quotidiens sont maintenant moins importants et le travail habituel semble moins valorisant. (Intervenante rémunérée œuvrant en milieu urbain)*

*Le travail semblait anodin, l'importance accordée aux tâches avait aussi diminué [...] Certaines activités ne me semblaient pas importantes. (Intervenante rémunérée œuvrant en milieu rural)*

Plusieurs intervenants préfèrent éviter de discuter de la crise du verglas et désirent rayer cet épisode de leur mémoire tout en se questionnant sur leur désir de s'investir à nouveau si jamais une situation similaire se présentait. D'autres, pour leur part, ont pris la ferme décision de ne plus le faire. Certains intervenants auraient également décidé de démissionner de leur poste au sein d'organismes municipaux, humanitaires ou communautaires à la suite de leur implication lors de la tempête de verglas.

Au-delà de ces considérations négatives, des retombées positives ont été observées. Des intervenants mentionnent, entre autres, que la crise a favorisé un rapprochement familial, particulièrement lorsque plusieurs membres de la famille étaient engagés dans des activités bénévoles. L'approfondissement ou la création de nouveaux liens d'amitié avec les bénévoles ou les intervenants, la découverte de valeurs humaines chez des collègues, la manifestation de solidarité, de partage, d'entraide sont autant d'aspects positifs relatés. Les sentiments de valorisation personnelle et de fierté retirés de l'engagement ont aussi été des sources de satisfaction. Certains rapportent également que les rapports au sein d'organismes ou entre organismes se sont améliorés et soulignent que leur implication auprès des sinistrés a confirmé leur choix de carrière et a apporté des changements dans leurs perceptions de la clientèle. C'est d'ailleurs dans ces termes que certains répondants se sont exprimés :

*Ma perception du milieu a changé ; la misère m'a frappé, je suis maintenant plus sensible à la situation des autres. (Intervenant rémunéré œuvrant en milieu urbain)*

*Depuis la tempête de verglas, j'aime encore plus ce que je fais. Je ressens maintenant à quel point les personnes âgées ont besoin d'aide. (Intervenante rémunérée œuvrant en milieu rural)*

*Depuis la tempête, j'ai constaté une plus grande ouverture aux organismes communautaires. Notre institution a aussi adopté des politiques d'accessibilité des services favorisant le rapprochement avec la communauté et la participation de la clientèle défavorisée. (Intervenante rémunérée œuvrant en CLSC)*

*Maintenant les liens sont plus forts entre les intervenants, car on a pu constater que nous pouvions très bien collaborer ensemble. (Intervenante rémunérée œuvrant en milieu rural)*

## STRATÉGIES D'ADAPTATION UTILISÉES

Pour gérer leur stress, les répondants ont adopté sur les lieux de travail différentes stratégies d'adaptation au moment même de l'action. C'est ainsi que des intervenants mentionnent avoir adopté une attitude pondérée devant les événements, abordant les difficultés à mesure qu'elles se présentaient, sans anticiper les nouveaux problèmes pouvant survenir. Certains disent avoir relativisé ou dédramatisé la situation, avoir évité de penser à celle-ci, s'être fixé des objectifs réalistes et avoir décidé d'être moins exigeants envers eux-mêmes. D'autres relatent qu'ils ont choisi de faire preuve d'acceptation ou de résignation face au désastre ou ont décidé d'envisager la situation avec un peu d'humour. Certains répondants évoquent aussi, à titre de stratégie, la décision personnelle de ne pas être intervenus lorsque leur sécurité individuelle était en jeu ou lorsque les équipements et le matériel nécessaires étaient jugés insuffisants.

Certains professionnels de la santé et des services sociaux relatent quant à eux l'absence de stress lors de leurs contacts avec les sinistrés, ou leur facilité à s'adapter aux situations difficiles en raison de leur expérience auprès des individus en situation de crise ou de clientèles vivant des difficultés socio-économiques importantes. Néanmoins, plusieurs stratégies d'adaptation ont été identifiées : travail en équipe ou jumelage avec un collègue, prise de repas ou de périodes de repos et de détente avec les collègues ainsi que discussions et partage du vécu et des difficultés rencontrées avec les

responsables ou avec les autres intervenants. Certains font aussi mention de périodes de repos prises à l'extérieur des lieux de travail ou de promenades à pied dans des endroits plus calmes.

Après le travail, les stratégies utilisées par les intervenants relèvent de la recherche d'un certain bien-être physique et psychologique induisant une compensation ou un plaisir individuel, tandis que d'autres incluent davantage la dimension du support social des membres de la famille ou des amis. À ce titre, les répondants évoquent s'être adaptés au stress en lisant à la chandelle, en prenant des somnifères, en mangeant du chocolat, en absorbant des vitamines ou d'autres suppléments alimentaires ou encore en faisant usage de produits naturels. De plus, des intervenants ont relaté avoir apporté une attention particulière à leur alimentation et aux heures de sommeil, en prenant des bains relaxants, en consommant modérément de l'alcool, en écoutant la télévision ou en s'accordant des moments de solitude et d'isolement. D'autres initiatives furent signalées et jugées aidantes : la planification de la tenue vestimentaire et des articles nécessaires au lendemain et, dans les limites du possible, le maintien de la routine habituelle. D'autres disent s'être fait vacciner contre la grippe, avoir adopté un rituel de relaxation avant d'aller dormir et s'être toujours accordé du temps pour eux-mêmes, incluant des journées de congé. D'autres stratégies renvoient au support social. Elles se sont incarnées dans le repos et les activités en famille, les sorties, les conversations téléphoniques avec des amis ou des proches, puis dans le partage des difficultés vécues avec le conjoint ou les enfants.

Après la crise ou au moment de mettre fin à leur engagement, plusieurs répondants disent s'être prévalus de journées de congé ou de vacances, s'être accordé davantage d'heures de sommeil, avoir participé à des activités avec le conjoint ou la famille et avoir minimisé le travail domestique en ne s'arrêtant qu'au strict nécessaire. Les discussions avec les collègues de travail sur l'expérience telle qu'elle a été ressentie ainsi que la participation à des célébrations ou à des activités de reconnaissance pour le travail effectué lors de la crise sont aussi des éléments ayant atténué le stress.

## CONCLUSION

La présente recherche réalisée auprès des intervenants de la Montérégie permet de constater que ceux-ci ont été soumis à plusieurs sources de stress relevant de la nature de l'événement et du contexte dans lequel ils ont eu à effectuer leur travail et à persévérer dans leur engagement. En effet, le fait d'être soi-même sinistré et de s'inquiéter pour les membres de sa famille, tout comme l'exposition au froid, à l'inconfort physique, aux risques d'incendie, d'intoxication, de blessures et d'épidémies confirment l'existence de menaces à l'intégrité physique et psychologique des intervenants.

Les intervenants de la crise du verglas estiment toutefois avoir été peu affectés au plan de leur santé physique ou psychologique pendant leur travail. Seulement 10,5 % des répondants ont fait mention de problèmes de santé tels la fatigue, le surmenage, les gripes et les problèmes musculaires ou respiratoires. Un nombre plus important de répondants semblent cependant conclure à une altération de leur santé physique ou psychologique après la crise (N=20). Les problèmes de santé mentionnés à plus long terme sont associés à un état de fatigue ou d'épuisement qui a perduré pendant plusieurs mois chez certains individus. À ce sujet, il est intéressant de souligner qu'aucun intervenant n'a fait mention d'incapacité fonctionnelle découlant d'une santé psychologique affectée par le travail lors de la crise. Près de la moitié des répondants (N=31) constatent ou perçoivent cependant que des intervenants qu'ils ont côtoyés ou qu'ils connaissent ont été affectés à divers degrés au plan physique ou psychologique pendant la crise ou immédiatement après celle-ci. On évoque surtout des gripes, des gastroentérites, des ulcères d'estomac et certains problèmes plus alarmants tels l'hypertension, les problèmes cardiaques ou la présence de virus. La majorité des intervenants rencontrés ne semblent donc pas avoir été perturbés à long terme ou traumatisés par leur engagement lors de la crise. Toutefois, plusieurs ont en effet ressenti une fatigue intense ayant perduré plusieurs mois dans certains cas. Leur perception ou le constat de répercussions négatives à divers degrés chez leurs collègues de travail démontre également le potentiel de risques à la santé physique ou psychologique que recèle l'intervention en situation d'urgence. Dans cet ordre d'idées, des évaluations à l'aide d'outils de mesure objectives ou standardisés pourraient s'avérer

avantageuses afin d'approfondir nos connaissances sur les effets du travail en situation d'urgence.

## BIBLIOGRAPHIE

- BARTONE, P., R. URSANO, K. WRIGHT et L. INGRAHAM (1989). « Impact of a Military Air Disaster », *The Journal of Nervous and Mental Diseases*, vol. 177 n° 6, p. 317-328.
- 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.
- BURKLE, F.M. Jr. (1996). « Acute-phase Mental Health Consequences of Disasters : Implications for Triage and Emergency Medical Services », *Annals of Emergency Medicine*, vol. 28, n° 2, p. 119-128.
- DINGMAN, R.L. (1995). « The Mental Health Counselor's Role in Hurricane Andrew », *Journal of Mental Health Counselling*, vol. 17, n° 3, p. 321-335.
- ERSLAND, S., L. WEISAETH et A. SUND (1989). « The Stress upon Rescuers Involved in an Oil Rig Disaster », *Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplementum 355*, p. 38-49.
- 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.
- INNÈS, J.M. et A. CLARK (1985). « The Responses of Professional Firefighters to Disaster », *Disasters*, vol. 9, n° 2, p. 149-153.
- LAMONTAGNE, H. (1983). *Des effets psychologiques des désastres sur le personnel opérationnel*, rapport préparé à l'intention de Planification d'urgence Canada.
- MALTAIS, D., ROBICHAUD, S. et SIMARD, A. (2001). *Sinistres et Intervenants*, Chicoutimi, Les Éditions JCL, coll. Au cœur des catastrophes.

- MILES, M.S., A.S. DEMI et P. MOSTYN-AKER (1984). « Rescue Workers Reactions following the Hyatt-Regency Hotel Disaster », *Death Education*, vol. 8, p. 315-331.
- 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 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, Ellicott City, MD, Chevron Publishing Corporation.
- NEWBURN, T. (1993). *Making a Difference ? Social Work after Hillsborough*, London, National Institute of Social work.
- RAPHAEL, B., L. MELDRUM et B. O'TOOLE (1991). « Rescuers' Psychological Responses to Disasters », *British Journal Medical*, vol. 303, n° 6814, p. 1346-1347.
- 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*, New York, London, The Guilford Press, p. 333-350.
- SHEPHERD, M. et P.E. HODGKINSON (1990). « The Hidden Victims of Disaster : Helper Stress », *Stress Medicine*, vol. 6, p. 29-35.



**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.

**E**n 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. <sup>1</sup>	Inf. <sup>2</sup>
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. <sup>1</sup>	Inf. <sup>2</sup>
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. <sup>1</sup>	S.I. <sup>2</sup>
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.



**PARTIE 7**

**SOUTIEN AUX VICTIMES  
D'ACTES TRAUMATISANTS**





**LES CELLULES D'URGENCE MÉDICO-  
PSYCHOLOGIQUE EN FRANCE :  
À PROPOS D'UN DISPOSITIF DE SECOURS  
POUR LES VICTIMES D'ATTENTATS, DE  
CATASTROPHES ET D'ACCIDENTS COLLECTIFS**

Dr François DUCROCQ  
Dr Guillaume VAIVA  
Sylvie MOLEND  
Dr Michel BELLONE

**L**es événements graves — catastrophes accidentelles ou naturelles, attentats ou prises d'otages, accidents collectifs — survenus depuis une vingtaine d'années sur le territoire français ont forcé la réactualisation d'un champ d'intérêt qui sommeillait depuis plusieurs décennies dans la vie civile : la notion de traumatisme psychique et de ses conséquences.

C'est ainsi qu'en Europe, plus d'un siècle après l'identification de la « névrose traumatique » à l'occasion des premiers accidents de chemin de fer et autres avatars liés à l'industrialisation, les cliniciens se sont attachés à définir les contours d'une psychiatrie de catastrophe.

Nourrie au cours de ce siècle des expériences militaires des différents conflits armés qui l'ont marquée, la notion de symptômes séquellaires de psychotraumatisme prend ses sources dans l'histoire même de l'humanité. Dénoncée comme véritable problème de santé publique aux États-Unis dans les suites du conflit du Viêtnam, cette prise de conscience s'est étendue à la vie civile dans les pays européens telle la France. L'histoire récente des deux cotés de l'Atlantique témoigne de la dramatique nécessité pour des pays qui veulent développer un système de santé susceptible de répondre aux besoins de ses populations de développer une culture du traumatisme psychique et des fonctionnements organisationnels et interventionnels qui permettent, en cas d'événements catastrophiques, une réponse aux besoins psychologiques des sujets qui en sont victimes.

En termes d'événements traumatogènes, même si la survenue sur notre territoire national de plusieurs vagues d'attentats terroristes, en 1988 et 1995, semble marquer le début d'une réflexion forte sur la création d'un dispositif de soins spécifique, il est important de préciser qu'à notre sens, ce type de dispositif ne peut être utile et pérenne que dans la permanence de ses réponses pour d'autres types d'événements dont la violence, la brutalité et la soudaineté vont représenter pour les sujets impliqués la possibilité de la rencontre avec le traumatisme psychique. La fréquence croissante des catastrophes accidentelles, la permanence des risques de désastres naturels et le terrorisme seront sans nul doute des événements justifiant la mise en place de dispositifs de soins de grande ampleur, mais ces véritables catastrophes partagent un potentiel traumatogène avec un large ensemble d'événements de moins grande ampleur qui ne désorganisent que rarement le corps social et ne l'interpellent pas systématiquement, mais dont le coût pour l'individu est le même. Il s'agit d'une tout aussi dramatique que banale quotidienneté représentée par des agressions physiques ou sexuelles individuelles, des braquages ou prises d'otage, des incendies ou autres destructions matérielles mettant des vies en jeu ainsi que les accidents de la route, ces derniers semblant par ailleurs représenter dans nos sociétés l'événement le plus fréquemment à l'origine de troubles psychotraumatiques séquellaires.

C'est dans ce contexte que la France va, dès 1995, se doter d'un dispositif de secours dédié aux besoins psychologiques des victimes de catastrophe, d'attentats et d'accidents collectifs nommé Cellules d'urgence médico-psychologique.

## CONTEXTE ET RAPPELS CLINIQUES

Avant d'aborder la création de ces cellules, il semble important de brosser un bref tableau du contexte qui a présidé leur mise en place.

Dans de nombreux travaux scientifiques datant, pour les plus anciens, des années soixante-dix, des psychiatres militaires, emmenés par Crocq et Barrois, se sont attachés à développer la notion de traumatisme psychique en identifiant notamment de nombreux éléments le différenciant du stress. Réaction biologique, physio-

logique et psychologique d'alarme et de défense que présente un individu face à une menace, le stress reprend l'ensemble des théories du syndrome général d'adaptation développé par Selye et Moore. Plusieurs mécanismes semblent impliqués dans son apparition et son maintien, tant dans des registres biologiques que neurophysiologiques.

Le traumatisme serait quant à lui issu de la psychopathologie et viendrait s'inscrire pour le sujet comme une véritable blessure psychique dont le caractère vulnérant serait susceptible de rompre l'intégrité psychique et entraînerait la symptomatologie. Quelques notions méritent d'être abordées à ce plan.

### **L'événement traumatogène**

L'événement est le plus souvent exceptionnel, grave, violent, soudain, brutal, horrible et parfois même accompagné de mort réelle de personnes ou encore le plus souvent du risque réel et objectif de mort du sujet lui-même, déterminant la menace vitale.

Il semble en revanche, dans notre analyse de l'événement à l'origine du traumatisme psychique, que ce soit le vécu propre du sujet pendant cet événement qui importe le plus. Ce vécu subjectif du sujet est toujours nécessaire et peut être suffisant pour le déclenchement du traumatisme psychique. Quant à l'événement, il est le plus souvent nécessaire mais jamais suffisant pour déclencher un traumatisme.

Pour Barrois (2000), l'événement — qui est pour lui un accident dans le sens rigoureux du terme — est toujours une catastrophe au sens le plus fort du terme, mais une catastrophe intime, singulière, incommensurable avec celle qui touche l'individu « moyen », et dont l'évaluation chiffrée n'a rigoureusement aucun sens.

### **Le traumatisme**

Freud (1997) insiste sur le facteur surprise du traumatisme psychique et différencie les termes d'angoisse, de peur et d'effroi :

1. l'angoisse désigne un état caractérisé par l'attente du danger et la préparation à celui-ci, même s'il est inconnu ;
2. la peur suppose un objet défini dont on a peur ;
3. l'effroi désigne l'état qui survient quand on tombe dans une situation dangereuse sans y être préparé ; ce terme met l'accent sur le facteur surprise.

Pour Freud, l'angoisse ne peut pas engendrer une névrose traumatique. Il précise même qu'il y a dans l'angoisse quelque chose qui protège contre l'effroi et donc aussi contre la névrose d'effroi. Concernant la symptomatologie répétitive et plus particulièrement les rêves de répétition, il affirme qu'ils auraient pour but la maîtrise rétroactive de l'excitation sous développement d'angoisse, cette angoisse dont l'omission aurait été la cause de la névrose traumatique.

### **L'effroi**

D'après Barrois, l'état d'impréparation, l'absence d'anticipation dans les syndromes psychotraumatiques ne sont généralement pas le fait d'une « déficience » d'un trait de caractère (comme l'impulsivité, par exemple), mais elles sont liées à la brutalité même de l'accident qui est susceptible de provoquer un état de détresse chez la plupart des gens. Ainsi, dans le traumatisme psychique, le sujet est dans l'incapacité d'effectuer une attitude compensatrice à la mesure de l'agression. Le mourir soi-même, n'ayant jamais été présent, ne peut être représenté que par des substituts et par le blocage du « présent des choses futures » (l'attente) et le sujet se survit dans un temps incommunicable, immobile et indicible.

Pour Lebigot (1998), ce n'est pas l'angoisse qui surgira de l'effraction mais le degré zéro de l'affect, ce néant de l'originare qui caractérise l'effroi. Les sujets, quand ils se souviennent de ce très bref instant du trauma, parlent de « panne », de « blanc », « d'absolu silence », de « vide », etc. L'angoisse, elle, surgira après le moment d'effroi et l'image incrustée constitue une menace, mais une menace interne cette fois-ci (de néantisation).



## **La rencontre avec le réel de la mort et du néant**

Crocq (1999) considère que le traumatisme psychique ne se réduit pas seulement à sa composante énergétique d'effraction des défenses psychiques, mais il implique aussi une expérience de confrontation soudaine avec le réel de la mort (notre propre mort ou la mort d'autrui), sans médiation du système signifiant qui, dans la vie courante, préserve le sujet de ce contact brut.

Le plus profond de cette expérience est l'aperception du néant, de ce « néant redouté et chaque jour nié passionnément » (car l'affirmation de toute existence et la foi en la vie se fondent sur la négation exorciste du néant), d'un néant « dont chacun a l'entière certitude sans en avoir la connaissance ». Il s'agit alors d'un court-circuit dans le signifiant, avec irruption d'une expérience de mort, de néant et de non-sens dans une existence jusqu'alors sensée.

Face à la révélation de la mort vraie, le sujet est démuné de signifiants, de « représentation », pour la bonne raison que cette mort ne lui a jamais été « présentée » préalablement ; et les substituts forgés par la conscience et la culture, tels que le cadavre et les rites mortuaires, ne peuvent expliquer ni maîtriser cette confrontation. D'où l'expérience fondamentale d'effroi, pressentiment de « la mort de soi comme vérité ultime » et « perte de soi-même en totalité », et les symptômes de la névrose traumatique qui tendent vainement à faire barrage au processus de mortification (par exemple l'inhibition, la dissociation et le repli sur soi) ou d'inscrire la scène traumatisante (par exemple les répétitions), ne font qu'affirmer la puissance de l'effroi, et sa persistance comme destinée.

## **LES CELLULES D'URGENCE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE EN FRANCE**

### **Historique**

Au lendemain de l'attentat terroriste à l'explosif perpétré le 25 juillet 1995 à la station de métro Saint-Michel à Paris, le Président de la République Chirac donne instruction au Secrétaire d'État chargé de l'Action humanitaire d'urgence Emmanuelli de constituer un

organisme approprié à la prise en charge de « blessés psychiques ». C'est ainsi que fut créée la « cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) pour les victimes d'attentats, de catastrophes et d'accidents collectifs ».

Quelques jours plus tard, la cellule, composée de douze membres — psychiatres et psychologues — se réunit pour la première fois au Secrétariat d'État à l'action humanitaire d'urgence et reçoit sa mission, autour de cinq axes principaux :

1. définir une doctrine concernant le soutien psychologique précoce et le suivi des blessés psychiques ;
2. mettre en place le plus rapidement possible un dispositif étagé pour la prise en charge de ces blessés psychiques (sur le terrain, dans les structures d'évacuation et dans les consultations spécialisées pour les séquelles) ;
3. assurer la formation des personnels à tous les niveaux (psychiatres, psychologues, infirmiers et autres personnels d'intervention) ;
4. prévoir l'extension du dispositif à l'ensemble du territoire national et, le cas échéant, à l'étranger (aide aux ressortissants français et demandes de gouvernements étrangers) ;
5. établir et maintenir les contacts nécessaires avec les autorités administratives et judiciaires concernées, les universités et le réseau associatif.

Pour parer au plus urgent, dans une conjoncture d'attentats terroristes en série, la cellule mit immédiatement sur pied un dispositif provisoire pour la région parisienne, fonctionnant sur le mode d'un tour d'astreinte hebdomadaire de trois personnels de première ligne (un psychiatre, un psychologue et un infirmier) contactables vingt-quatre heures sur vingt-quatre sur leur lieu de travail et à domicile, prêts à gagner immédiatement le SAMU pour s'y équiper et se faire acheminer sur le terrain (une équipe de deuxième ligne se tenait aussi en réserve). Treize jours plus tard, le 17 août 1995, la cellule effectuait sa première mission à l'occasion d'un nouvel attentat, avenue

de Friedland à Paris. Puis les interventions s'enchaînent et les attentats se suivent : rue Richard Lenoir (03/09/95), station de métro Maison-Blanche (06/10/95), station RER Orsay (17/10/95), station RER Port-Royal (03/12/96). À chaque fois, la cellule se fait remarquer par sa rapidité et sa qualité d'intervention. Elle eut aussi à intervenir à l'occasion de divers accidents collectifs (explosion de gaz), de prises d'otages (banques, école primaire de Clichy, etc.).

À la demande du Secrétariat à l'Action humanitaire d'urgence et en coordination avec le ministère des Affaires étrangères, la cellule fut appelée plusieurs fois à intervenir à l'étranger : pour traiter les enfants libanais traumatisés par les bombardements et y installer sur place un centre médico-psychologique avec du personnel libanais formé pour la circonstance (1996), pour apporter le soutien psychologique nécessaire aux rescapés d'un accident d'avion au Sénégal (1997), et pour rapatrier des ressortissants français (Congo 1997).

Des réunions de concertation furent organisées au Secrétariat d'État à la santé, de septembre 1996 à mai 1997, aboutissant à la parution de deux textes officiels, sous le sceau des deux Secrétariats d'État :

- un arrêté du 29 mai 1997, portant création d'un « comité national de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophes » ;
- une circulaire DH/EO4-DGS/SQ2 n° 97/383 du 28 mai 1997, relative à la création d'un réseau national de prise en charge de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophes.

### **Organisation et mode de fonctionnement**

L'organisation prévoit la création d'un dispositif gradué de prise en charge de l'urgence médico-psychologique des victimes de catastrophes, d'accidents collectifs (impliquant un grand nombre de blessés ou susceptibles d'entraîner d'importantes répercussions psychologiques en raison des circonstances qui les entourent) et des victimes civiles de guerre à l'occasion (seulement dans les opérations à l'étranger). Ce dispositif est conçu comme un « réseau de volontaires », devant assurer les actions d'urgence médico-

psychologique sur l'ensemble du territoire national et parfois à l'étranger.

Le réseau national comporte :

- sept cellules permanentes d'urgence médico-psychologique, dans sept départements métropolitains à risque (Paris, Nord, Meurthe-et-Moselle, Rhône, Bouches-du-Rhône, Haute-Garonne et Loire-Atlantique) ;
- un psychiatre référent départemental, pour chacun des 89 autres départements métropolitains et quatre départements d'outre-mer.

Les sept cellules permanentes sont dotées de moyens en locaux (un bureau SAMU), en personnels (un psychiatre, un psychologue et une secrétaire, tous à mi-temps), en matériels (équipements d'intervention sur le terrain, moyens de communication et bureautique) et en fonctionnement. Elles assurent un rôle de soutien opérationnel des psychiatres référents départementaux.

Sur le plan national : il existe un comité national de l'urgence médico-psychologique composé de onze membres : trois représentants de l'administration (un du ministère chargé de l'action humanitaire, le directeur général de la Santé ou son représentant, et le directeur des Hôpitaux ou son représentant), deux psychiatres référents interrégionaux, deux psychiatres référents départementaux, deux médecins-chefs de SAMU, un psychologue et un infirmier.

Il a pour mission de définir les objectifs de l'urgence médico-psychologique, de préciser les méthodes d'intervention, de mettre en place une équipe pédagogique de formation (pour les membres des CUMP) et de recherche, de veiller à la cohérence de l'ensemble du dispositif et d'évaluer les actions conduites sur le terrain (y compris celles de formation).

Les psychiatres coordonnateurs des cellules permanentes et les psychiatres référents départementaux sont chargés :

- de constituer, avec le Préfet, une liste départementale de psychiatres, de psychologues et d'infirmiers ayant une expérience professionnelle en psychiatrie et susceptibles d'intervenir en cas d'urgence médico-psychologique. La régulation médicale du SAMU et les psychiatres responsables se font communiquer les coordonnées professionnelles et personnelles de chaque volontaire. Les candidats sont recrutés en priorité parmi le personnel hospitalier. En cas d'événements majeurs justifiant l'intervention de ces équipes, elles sont, à la demande du Préfet, mobilisées par le directeur du SAMU départemental, en liaison avec le psychiatre référent dans le département ;
- de définir dans le cadre du SAMU et en liaison avec les directeurs d'établissements publics de santé concernés un schéma type d'intervention d'urgence médico-psychologique (modalités de déclenchement et d'engagement des volontaires) : une convention est passée entre les établissements de santé (employeurs) concernés et le SAMU pour définir les conditions d'information, d'alerte et d'engagement des membres volontaires de la CUMP (ces conditions figurent aussi dans le plan rouge départemental). C'est la régulation médicale du SAMU qui déclenche l'intervention des volontaires. Les membres volontaires doivent être contactables rapidement et intervenir dans un délai compatible avec l'urgence de la situation. L'envoi de renforts est prévu. Le psychiatre coordinateur de cellule doit organiser si nécessaire une consultation pour le suivi des victimes, voire du personnel impliqué dans l'opération de secours ;
- d'organiser les formations spécifiques des différents intervenants dans le département.

### **L'intervention de l'équipe psychiatrique dans l'urgence médico-psychologique**

#### *Sur le terrain*

À l'occasion d'un accident catastrophique ou d'une situation d'événements potentiellement traumatiques (prise d'otages, hold-up,

accidents graves de la voie publique), le médecin de SAMU arrivé sur le terrain évalue, à côté des besoins en moyens somatiques, les premiers besoins en moyens psychiques et il fait alerter le psychiatre référent de la cellule, voire directement le psychiatre d'astreinte, qui convoque aussitôt le psychologue et l'infirmier d'astreinte. Ces trois personnels rejoignent le SAMU avec leurs équipements : chasubles marquées « SAMU-PSY », leurs écriteaux de signalisation, leurs trousseaux d'urgence (médicaments psychotropes) et des notes d'information destinées aux victimes et aux familles.

Sur les lieux de la catastrophe, ils se mettent en rapport avec le chef de l'équipe SAMU — sous les ordres de qui ils sont placés pour toute la durée de leur intervention — qui leur indique l'endroit où ils doivent installer rapidement leur « poste d'urgence médico-psychologique » (PUMP), à proximité du poste médical avancé (PMA). Dans ce PUMP, les trois personnels « psy » examinent tous les blessés psychiques (en gardant à l'esprit que les blessés somatiques sont aussi blessés psychiquement) qui leur sont adressés par le PMA ou qui se présentent spontanément. Un des personnels de l'équipe peut être appelé hors du poste de secours médico-psychologique pour donner des soins à un blessé sur brancard au PMA ou soutenir un blessé stressé *in situ* : dans les décombres, dans les tentes des camps de réfugiés, par exemple, ou dans tout autre lieu site de l'accident. Si la situation l'exige, une équipe d'astreinte de deuxième ligne peut être déclenchée, d'autres personnels de réserve (psychiatres ou psychologues d'enfants, le cas échéant) demeurant également susceptibles d'être sollicités en fonction du type ou du dimensionnement de l'événement.

Le travail des personnels « psy » sur le terrain consiste à prodiguer des soins médico-psychologiques d'urgence à tous les blessés psychiques qui en ont besoin : administration de médications psychotropes (pour réduire les symptômes aigus d'anxiété, de prostration ou d'agitation) prescrites par le médecin et effectuées par lui-même ou par l'infirmier ; entretiens psychothérapeutiques d'urgence avec la victime (centrés sur la verbalisation inaugurale de l'émotion pour réduire les effets néfastes du stress traumatique et permettre prudemment l'inscription de l'événement dans la vie du sujet). Cette psychothérapie d'urgence peut être effectuée individuellement ou par petits groupes de moins de dix victimes, en

séance de « déchoquage immédiat » (ou *defusing* selon le terme anglo-saxon). Le *defusing* est une sorte de *debriefing* sommaire (le *debriefing* pouvant se traduire par l'expression « bilan psychologique d'événement »), le principe de base étant similaire : inciter à la verbalisation de l'expérience émotionnelle pour en commencer la maîtrise rétrospective. Il est centré sur un dialogue dans lequel le thérapeute dispense des paroles rassurantes et apaisantes au patient, qui est invité à exprimer d'emblée ce qu'il a ressenti et ressent.

L'équipe assure également une activité de « triage-repérage » : il s'agit de repérer les sujets le plus gravement atteints pour les évacuer, éventuellement médiqués et accompagnés, vers les hôpitaux. Il s'agit aussi de surveiller sur place des victimes moins atteintes en attendant qu'elles soient en état de rentrer à leur domicile, et de les renvoyer chez elles après avoir relevé leur identité, leurs coordonnées et noté leur état. L'équipe psychiatrique remet à tout blessé psychique et à sa famille une note d'information expliquant la nature (psychique et psychotraumatique) et la normalité des symptômes de stress immédiat, et informant sur l'apparition d'autres symptômes avec conseil de consulter, si ceux-ci perduraient, auprès de centres spécialisés en psychotraumatologie ou, à la rigueur, auprès de leur psychiatre ou généraliste personnel. Les données cliniques et thérapeutiques consignées sur la fiche d'évacuation assurent la continuité de la prise en charge.

Dans les catastrophes de grande ampleur, les plans de secours prévoient l'installation d'un centre d'accueil des victimes (non médical) tenu par des personnels de la protection civile ou de la Croix-Rouge, et des personnels des associations d'aide aux victimes et chargés de renseigner et d'apporter des conseils juridiques et une aide psychosociale. Il est souhaitable que les personnels de ces centres d'accueil et que les soignants somaticiens du PMA aient reçu une formation psychologique minimum. Sur le terrain, un membre de l'équipe peut éventuellement être appelé à donner ses soins à un sauveteur ou à un soignant choqué sur le plan émotionnel et sujet à une décompensation psychique.

*Intervention en phase postimmédiate*

Si ces victimes sont hospitalisées, elles sont examinées par le psychiatre de l'établissement. Si elles sont rentrées chez elles, elles peuvent venir consulter dans un des centres de consultations spécialisés en psychotraumatologie. C'est le meilleur cas de figure, l'état du patient sera alors évalué avec précision et traité de façon circonstanciée. Ceci est fondamental quand on sait qu'un syndrome psychotraumatique a plus de chance d'être réduit s'il est détecté et traité précocement.

Les directeurs d'hôpitaux qui reçoivent les blessés évacués ont consigne de prévenir le psychiatre de l'établissement afin qu'il examine tous les blessés, le plus rapidement possible, en petits groupes de *debriefing* si nécessaire, car certains des blessés légers ne vont pas rester à l'hôpital. Or, il est très important qu'ils puissent bénéficier d'un entretien psychothérapeutique, à la fois pour les aider à réduire leur choc émotionnel et pour prévenir l'installation de séquelles psychotraumatiques. Le psychiatre de l'établissement s'aidera des données mentionnées sur les fiches d'évacuation. Cette disposition soulève la question de la formation des psychiatres des hôpitaux généraux à la psychotraumatologie. Si l'hôpital ne dispose pas de psychiatre, il demande à la cellule de lui en dépêcher un.

Dans les jours et les semaines qui suivent la catastrophe, au stade « postimmédiat », les victimes peuvent présenter des troubles psychiques consistant soit à la continuation des symptômes de leur choc émotionnel (« queue de stress »), soit en l'apparition des prémices d'un syndrome psychotraumatique. On réduit donc les symptômes de queue de stress par prescription de médicaments anxiolytiques ou hypnogènes, et on aide le patient à faire le point sur l'événement. La phase postimmédiate doit aussi être une période d'observation afin de détecter si le patient ne démarre pas le travail de rumination torpide de la phase de latence d'une névrose traumatique.

Il faut donc prodiguer sans tarder un soutien psychologique aux victimes sous forme de *debriefing*. Cela peut être assuré en petits groupes de rescapés (de 5 à 12 sujets), si possible par deux professionnels formés préalablement à cette procédure et bénéficiant d'une



expérience de psychothérapeute. Le principe est de faire parler spontanément chaque rescapé de ce qu'il a ressenti, plutôt que de lui faire réciter ce qu'il a vu, cette énonciation ou cette élaboration ayant pour effet de lui procurer un soulagement cathartique, de mettre de l'ordre dans sa perturbation émotionnelle, de l'aider à trouver un sens à l'événement, car il est primordial que le patient puisse donner lui-même un sens à une expérience qui va s'avérer traumatique si elle a représenté une effraction dans ses défenses psychiques associée à une absence de signification.

Le *debriefing* a d'autres objectifs qui sont de replacer la victime dans un espace et un temps normaux, d'effacer son impression d'absence de secours, de lui faire prendre conscience de la normalité de ses réactions et de ses symptômes (par exemple en entendant les autres faire état des mêmes symptômes), de résoudre les éventuelles tensions de groupe, de l'aider à atténuer son sentiment d'impuissance (voire de culpabilité), de l'inciter à mettre un point final à l'événement et de repérer les sujets fragiles qui auront besoin d'un soutien plus personnalisé. Le *debriefing* peut aussi être assuré individuellement en consultation.

De retour au SAMU, l'équipe procède au premier *debriefing* technique de son intervention. Un autre *debriefing*, « psychologique » celui-là, des équipes de sauveteurs et des soignants, sera assuré quelques jours plus tard et dirigé par des membres de la cellule qui n'ont pas participé à l'intervention sur le terrain (si possible), à la demande de l'équipe de soins elle-même, en prolongation de leur propre *debriefing* « technique ».

#### *Intervention à la phase chronique*

Le psychiatre référent doit aussi assurer, dans l'établissement où il pratique, une consultation spécialisée en psychotraumatologie et la faire connaître, car si une névrose traumatique ou un syndrome psychotraumatique moins organisé s'installe, il convient de les traiter adéquatement. La limite réside dans le fait que les patients hésitent fréquemment à consulter un psychiatre (image sociale du « fou ») et limitent souvent leur demande à la réduction des symptômes immédiats gênants (anxiété, insomnie et inhibition). Par

voie de conséquences, nombre de syndromes psychotraumatiques, étiquetés « état anxio-dépressif réactionnel », sont méconnus en tant que tels et insuffisamment traités, soulignant l'intérêt de développer le niveau de compétences des psychiatres, médecins généralistes et autres professionnels de santé qui doivent être informés de cette pathologie et de son traitement.

Le traitement de la névrose traumatique repose sur le travail psychothérapeutique, de soutien ou psychanalytique, au cours duquel le patient doit non seulement « liquider » son expérience traumatique, dans une parole cathartique, mais doit encore trouver un sens personnel à sa mésaventure, aventure assimilée par Crocq comme le « mythe personnel de l'épreuve traversée ». Ce dernier objectif est délicat à atteindre, car le patient, s'ancrant sur son image sociale de « victime », refuse parfois de s'impliquer personnellement et tend à une certaine passivité, voire souhaite du thérapeute le gommage de l'événement de sa mémoire. Le succès de la démarche psychothérapeutique semble reposer sur son effet cathartique et la prise de conscience de l'expérience traumatique et de la signification existentielle qu'elle occasionne pour le sujet.

Le psychiatre référent, fédérant cette équipe psychiatrique, doit aussi assurer pour ses collègues, pour les médecins généralistes, les infirmiers et les psychologues une formation au psychotraumatisme et à sa prise en charge.

## CONCLUSION

Nous retiendrons trois éléments fondamentaux de ce système. Il s'agit en premier lieu d'un système original propre à la France dont la conceptualisation peut sembler hétérogène, car elle prend ses sources à la fois dans l'urgence psychiatrique, la médecine de catastrophe et la psychopathologie, le rendant donc multiculturel et transversal au plan des familles de pensée. Il s'agit, en second lieu, d'un système récent, qui est passé de quelques expériences en 1995 à un véritable maillage national en 2001, associé à une croissance d'activité régulière. Il s'agit enfin d'un système maintenant pérenne qui veut garder une continuité d'action de l'immédiat au long terme

et qui souhaite garder une légitimité quant aux activités d'enseignement et aux diverses stratégies de recherche.

## BIBLIOGRAPHIE

- BARROIS, C. (2000). *Les névroses traumatiques*, Dunod, 2<sup>e</sup> éd.
- CROCQ, L. (1998). « La cellule d'urgence médico-psychologique. Sa création, son organisation, ses interventions », *Annales médico-psychologique*, vol. 1, p. 48-53
- CROCQ, L. (1999). *Les traumatismes psychiques de guerres*, Paris, Odile Jacob, p. 422.
- CROCQ, L., S. DOUTHEAU, P. LOUVILLE et D. CREMNITER (1998). *Psychiatrie de catastrophe. Réactions immédiates et différées, troubles séquellaires. Paniques et psychopathologie collective*, Encycl. Méd. Chir. (Elsevier Paris), Psychiatrie, 37-113-D-10, 8P.
- DE CLERCQ, M. et F. LEBIGOT (2001). *Les traumatismes psychiques*, Édition Masson.
- DUCROCQ, F., G. VAIVA, F. KOCHMAN, H. PHAM, R. JOLY et P.J. PARQUET (1999). « Urgences et psychotraumatisme : particularités en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent », *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, vol. 24, p. 150-152.
- FREUD, S. (1997). *Essais de psychanalyse*, Payot, Petite Bibliothèque.
- LEBIGOT, F. (1999). « Intérêt des soins immédiats et post-immédiats dans les traumatismes psychiques », *Méd. Catastrophes Urg. Collectives*, vol. 2, p. 83-87.
- LEBIGOT, F. (1998). « Le *debriefing* individuel du traumatisé psychique », *Ann. Méd. Psychol.*, vol. 6, p. 417-420.
- LOUVILLE, P. (1996). « Quelle place pour le psychiatre dans les secours médicaux ? », *Journal européen des urgences (JEUR)*, n° 4, p. 183-185.



## **S.O.S. ATTENTATS, HISTOIRE D'UN COMBAT**

Françoise RUDEZKI, Ph.D.

### **ASSOCIATION CRÉÉE PAR DES VICTIMES, POUR DES VICTIMES**

**C**réée à partir d'une expérience personnelle, l'association S.O.S. ATTENTATS a regroupé en France, dès la fin de 1985, les victimes du terrorisme. Ses membres sont tous victimes du terrorisme (1 770 membres en 2001). En France, les attentats ont été commis soit contre des personnes représentant le pouvoir militaire ou le pouvoir économique, soit contre des passants anonymes dans des lieux publics tels que les moyens de transport (métro, RER, trains, avions, bateaux), les lieux fréquentés (gares, grands magasins, Champs Élysées, marchés, cafétérias, rues commerçantes). Commis contre des cibles choisies, (PDG, militaires, policiers et préfets) et contre des bâtiments publics (écoles, bureau de poste, préfecture de police, brigade de répression du banditisme), sur ordre d'États (Iran, Syrie, Libye) ou du fait de groupes algériens (GIA et autres), basques (ETA), corses ou bretons.

Les prises d'otages, autre méthode utilisée par les terroristes, ont été dirigées contre des journalistes français et des Français vivant à l'étranger. La liste est longue des otages qui servent de monnaie d'échange ou de boucliers humains : au Liban, en Iran, au Koweït, en Irak, en Tchétchénie, au Cambodge, en Algérie ou aux Philippines.

Les victimes du terrorisme n'ont pas été envoyées en service commandé sur un champ de bataille dans le cadre d'une guerre déclarée et selon des règles codifiées. Otages ou victimes des bombes, policiers, journalistes, hommes politiques, touristes ou citoyens, l'injustice est la même. Le but est d'atteindre un soi-disant ennemi sans se confronter à lui.

Les explosifs et les prises d'otages n'ont pas d'autre utilité que de détruire et de porter atteinte à l'intégrité de la personne humaine. Ces actes sont commis par des mouvements structurés et entraînés ou par des novices. La France est confrontée à des terrorismes d'État aux multiples ramifications ou à des groupuscules aux revendications nationalistes qui utilisent aussi bien des bombes aux mécanismes sophistiqués destinées à détruire des avions que des bâtons de dynamite censés ne manifester qu'un mécontentement.

Le terrorisme, pour lutter contre le centralisme français, le pouvoir espagnol, le capitalisme, l'impérialisme américain, au nom de cultures régionales ou d'une religion, doit être combattu sans relâche par tous les moyens de droit sans que la raison d'État interfère.

Ces nationalismes-là ont des relents de fascisme. Les soutiens complaisants « poussent au crime », à la plume qui tue, confondent résistance et terrorisme. Aucune cause ne saurait justifier le recours au terrorisme ; le but est toujours de tuer au nom de prétendues idéologies. Poser une bombe n'est pas une opinion politique, il n'y a pas de prisonniers politiques dans les États démocratiques. Cette forme de violence est d'autant moins acceptable en France, en Espagne ou en Irlande, pays membres de l'Union européenne où les valeurs démocratiques, le droit de vote et la liberté d'expression existent sans avoir besoin de poser des bombes pour se faire entendre et s'exprimer.

Depuis 1974, le terrorisme en France est responsable d'environ 350 morts et 3 000 blessés, bilan auquel il faut ajouter les 170 victimes de l'attentat commis contre le DC 10 de la compagnie UTA le 19 septembre 1989 et les 43 Français tués en Algérie et les Français tués le 11 septembre 2001 à New York.

En dépit de ces chiffres élevés, les attentats ne représentent qu'un faible pourcentage de l'ensemble des crimes et délits constatés en France. Pourtant, l'effet obtenu dans l'opinion est profond et le terrorisme occupe une place primordiale dans les préoccupations des Français en raison, d'une part, du caractère aveugle de cette violence qui constitue une menace virtuelle pour chacun et, d'autre part, parce qu'il remet en cause nos fondements démocratiques en s'attaquant au pacte social, ciment de la nation.

Profondément ancrés dans la mémoire collective, les actes de terrorisme visent essentiellement à frapper l'imagination ; ils doivent être violents, spectaculaires, orientés contre des cibles symboliques. L'impact du terrorisme sur l'opinion est obtenu par le relais des médias qui en assurent la publicité. Acte médiatique par excellence qui mobilise la curiosité du journaliste à la recherche du « scoop », le terrorisme utilise la concurrence entre médias aux heures de grande écoute. Les actes sont souvent commis quelques heures avant le journal télévisé de 20 heures. Les agences de presse servent de boîtes à lettre aux revendications. Nouvelle forme de guerre, le terrorisme utilise habilement la stratégie de communication. Les journalistes et les cinéastes, quant à eux, sont souvent fascinés par les terroristes, héros des temps modernes.

Cependant, longtemps les victimes sont restées exclues, isolées. Dès l'instant où elles n'étaient plus objets de soins médicaux intensifs, elles se heurtaient à l'indifférence et restaient sans aide, ni psychologique, ni sociale, ni financière, ni juridique. Plus encore : elles avaient le sentiment d'être victimes d'une seconde agression ou « victimisation ». Face à une violence qui vise à déstabiliser un État de droit, et en dépit du fait que l'État est garant de la sécurité des citoyens, les victimes, objets de toutes les compassions sur l'instant, retombaient très vite dans l'oubli et la solitude. Les décideurs se mobilisaient surtout pour effacer les traces visibles des dégâts matériels.

### **COMBAT POUR L'INDEMNISATION**

Les commissions d'indemnisation (CIVI) créées en 1977 donnaient aux victimes, qui avaient épuisé toutes les voies de droit contre les auteurs d'une infraction pénale, le droit d'être indemnisées par l'État à hauteur de 250 000 francs maximum.

En 1985, les pouvoirs publics refusaient aux victimes du terrorisme toute modification législative permettant une indemnisation déconnectée de la procédure pénale, souvent sans issue. D'une part pour des raisons budgétaires, d'autre part parce que la notion même de terrorisme semblait inacceptable à un État de droit qui ne pouvait en conséquence l'intégrer dans sa législation.

La reconnaissance juridique n'a pu s'imposer que grâce à une campagne de sensibilisation et de mobilisation de l'opinion publique, par une pétition organisée par S.O.S. ATTENTATS avec l'aide des médias alors que la France, en février et mars 1986, se trouvait confrontée à une nouvelle vague d'attentats. En avril 1986, un projet de loi relatif à la lutte contre le terrorisme fut présenté au Parlement prévoyant une prévention et une répression accrues contre le terrorisme. Le volet indemnisation, oublié dans un premier temps, fut introduit sous forme d'un amendement. L'idée proposée était de débudgétiser le financement de l'indemnisation afin qu'elle soit intégrale et rapide. Mais il fallut se battre : cette logique ne s'est imposée qu'en commission mixte paritaire, phase ultime de la procédure législative. En juillet 1986, une loi fut finalement adoptée, créant un Fonds de Garantie chargé d'indemniser tous les préjudices subis par les victimes. Cette indemnisation devenait intégrale grâce au financement du Fonds par une contribution de solidarité nationale.

### **Loi du 9 septembre 1986, création d'un Fonds de Garantie**

La loi 86-1020 du 9 septembre 1986 (article 9) complétée par la loi du 30 décembre 1986 (loi rétroactive aux actes commis à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1985) prévoit l'indemnisation des atteintes à la personne des victimes d'actes de terrorisme. Celle-ci est prise en charge par un Fonds de Garantie des victimes d'actes de terrorisme.

Ce Fonds est un organisme public autonome doté d'un conseil d'administration qui bénéficie d'une complète autonomie au plan des modalités de ses interventions (qualification des actes et politique d'indemnisation) et de sa gestion.

Il est composé (depuis le Décret du 27 octobre 1989) :

- d'un président, membre en activité ou honoraire du Conseil d'État ou de la Cour de Cassation ;
- de trois personnes ayant manifesté leur intérêt pour les victimes d'actes de terrorisme ;



- d'un professionnel du secteur de l'assurance ;
- des représentants des quatre ministères concernés : ministères de l'Économie et des Finances, de la Justice, de l'Intérieur et des Affaires sociales.

Le Fonds est alimenté par une contribution de solidarité nationale assise sur les primes ou cotisations des contrats d'assurances de biens : de 5 F en 1987, à 22 F en 2001 (63 millions de contrats d'assurances sont recensés en France). Le taux de la contribution est fixé chaque année par arrêté du ministre chargé de l'Économie et des Finances. Le texte confère le droit à l'indemnisation intégrale de tous les préjudices corporels subis.

Le Fonds indemnise d'une part toutes les victimes d'actes de terrorisme commis sur le territoire national, quelles que soient leur nationalité et la régularité de leur situation en France et, d'autre part, toutes les victimes de nationalité française lorsque l'acte a été commis à l'étranger.

Dès la survenance d'un acte de terrorisme, le Procureur de la République ou l'autorité diplomatique ou consulaire compétente informe sans délai le Fonds de Garantie des circonstances de l'événement et de l'identité des victimes. De plus, toute personne qui s'estime victime d'un acte de terrorisme peut saisir directement le Fonds sans être juridiquement tenue d'effectuer une démarche préalable tendant à engager la responsabilité civile ou pénale de l'auteur. En cas de refus de la part du Fonds, la victime peut saisir les tribunaux.

Les victimes ou leurs ayants droit adressent leur demande d'indemnisation au Fonds de Garantie. Le Fonds est tenu, dans un délai d'un mois à compter de la demande, de verser une ou plusieurs provisions. L'offre d'indemnisation doit intervenir dans un délai de trois mois après la présentation de la justification par la victime de ses préjudices. Le Fonds ordonne des expertises médicales dont les frais sont remboursés aux victimes. Dans le cadre d'une transaction, une offre d'indemnisation est faite. En cas de désaccord, la victime peut saisir le juge civil, avec un double degré de juridiction. Le Fonds est subrogé dans les droits de la victime.

## **Bilan**

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1987, le Fonds de Garantie a traité un peu plus de 2 650 dossiers concernant 361 événements terroristes.

### **COMBAT POUR L'INDEMNISATION DES PRÉJUDICES PSYCHOLOGIQUES**

L'association a souhaité qu'une nouvelle jurisprudence s'élabore afin de prendre en compte la spécificité du risque terroriste et de l'origine politique des faits générateurs.

Pour étayer son argumentation en faveur de la reconnaissance d'une particularité de situation des victimes d'actes de terrorismes, l'association a jugé utile d'inviter les professions médicales, paramédicales et les organismes d'aide sociale à réfléchir sur les conséquences directes et indirectes des attentats. En effet, indépendamment de la gravité des lésions corporelles, les victimes sont confrontées à des conséquences spécifiques tant au plan personnel, familial que professionnel.

Une première étude a été menée en France ; elle a souligné l'existence de conséquences psychologiques graves post-traumatiques à la suite d'attentats et a démontré un lien entre ESPT et/ou troubles dépressifs et gravité de l'atteinte initiale lors de l'attentat ; elle a également contribué à l'élaboration des décisions législatives et réglementaires destinées à mieux répondre aux besoins des victimes et joué un rôle dans l'élaboration de règles d'indemnisation.

Présentés à l'automne 1987 devant les administrateurs du Fonds de Garantie, ces résultats ont été utilisés pour modifier les règles d'indemnisation. En raison de la proportionnalité entre la gravité des lésions initiales et le syndrome lui-même, c'est le taux d'incapacité permanente partielle (IPP) qui tient lieu de référence.

« Le préjudice spécifique des victimes d'actes de terrorisme », qui ouvre droit à une indemnisation supplémentaire, est évalué à 40 % de la valeur de l'IPP qui reflète à la fois l'existence et la gravité des lésions physiques. Il faut noter, ainsi que le soulignent les auteurs

de l'enquête, que « c'est la première fois qu'un critère épidémiologique est utilisé dans des décisions d'indemnisation ».

Sur la base de cette étude, le ministère des Anciens combattants modifia également le barème du code des pensions militaires d'invalidité appliqué aux séquelles psychologiques (décret paru en 1989).

## **COMBAT POUR LE STATUT DE VICTIME CIVILE DE GUERRE**

### **Loi du 23 janvier 1990 (article 26)**

Dès le 11 mai 1987, dans un courrier adressé au Président de la République, François Mitterand, l'association sollicitait le statut de victime civile de guerre pour les victimes du terrorisme afin qu'elles puissent bénéficier des avantages sociaux attachés à ce statut en invoquant le précédent de la loi du 31 juillet 1959 relatif aux événements survenus en Algérie. À nouveau, le droit a pu évoluer à la suite de l'attentat le plus meurtrier qu'ait connu la France. Le 19 septembre 1989, l'explosion d'une bombe provoqua la mort de 170 personnes dans l'avion de la compagnie UTA reliant Brazzaville à Paris, laissant de nombreux enfants orphelins.

Lors d'une interview, début décembre 1989, Jean-Pierre Elkabbach interrogea à ce propos le Président de la République qui finit par déclarer : « Et pourquoi hésiterait-on davantage à donner leurs pleins droits, le meilleur de leurs droits aux victimes du terrorisme par comparaison aux victimes de guerre ? »

La loi du 23 janvier 1990, dans son article 26, étend le bénéfice des dispositions du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, applicable aux victimes civiles de guerre, aux victimes d'actes de terrorisme commis depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1982. Une reconnaissance morale qui allait permettre aux victimes de bénéficier de soins gratuits, de l'accès aux hôpitaux militaires et, pour les enfants touchés par le terrorisme, de bénéficier du statut de pupille de la Nation. Les victimes bénéficient ainsi du savoir-faire et des compétences des médecins militaires dans le domaine des séquelles physiques et psychologiques. Mais au-delà, elle reconnaît

implicitement que le terrorisme est une nouvelle forme de guerre qui touche une population civile en temps de paix.

### **COMBAT POUR L'ACCÈS À LA JUSTICE**

Un combat législatif sera encore mené pour permettre aux victimes, au-delà de l'indemnisation, un meilleur accès à la justice en soutenant les victimes dans leur constitution de partie civile, seule garantie d'avoir un accès à toute la procédure pénale. Cet accès était important pour stimuler la recherche de la vérité, l'identification des responsables et leur condamnation. Il était rare en effet que les procédures judiciaires liées aux actes de terrorisme aboutissent : les dossiers faisaient l'objet d'un classement sans suite ou d'un non-lieu ; les crimes étaient parfois correctionnalisés. Les terroristes, quand ils étaient condamnés, pouvaient bénéficier d'amnisties ou de grâces présidentielles. Les procès par contumace des auteurs d'attentats, les immunités des chefs d'État commanditaires d'actes ne sont pas supportables par les victimes.

Pour tenter de lutter contre la raison d'État et la primauté de la diplomatie sur la justice, l'association a obtenu d'exercer les droits reconnus à la partie civile (art. 2-9 du Code de procédure pénal) en ce qui concerne les infractions entrant dans le champ d'application de l'article 4212-1 du Code pénal, lorsque l'action publique a été mise en mouvement par le ministère public ou la partie lésée.

La voix des victimes peut, à l'occasion des procès, se faire entendre. L'indemnisation ne doit pas priver ces dernières de la parole, de la reconnaissance publique de leur souffrance et de la confrontation avec les auteurs au sein de l'enceinte judiciaire. Aucune indemnisation ne remplacera jamais la réparation qu'un procès contradictoire peut apporter aux victimes. Sans haine et sans vengeance, nous voulons simplement que tous les auteurs d'actes criminels soient poursuivis, jugés et qu'ils purgent leur peine dans le respect du droit.

Le procès reste, en tout état de cause, la dernière étape de la réparation que la société peut offrir à une victime, cette phase ultime qui peut permettre à celle-ci de surmonter son statut de victime. Notre

présence devant les cours d'assises permet de surcroît aux familles d'exercer un devoir de mémoire envers ceux qui sont décédés.

L'arrivée en masse des victimes du terrorisme dans l'organisation judiciaire appelait en effet de nouvelles pratiques. Nous avons obtenu du Parquet et des magistrats instructeurs que des réunions régulières avec les parties civiles soient organisées afin que ces dernières puissent être tenues informées et suivent les enquêtes — point capital pour que soit respecté le droit à la vérité. Cette présence des parties civiles n'a d'ailleurs pas que des inconvénients pour les magistrats dans des dossiers sensibles où la raison d'État interfère. Les magistrats parisiens en charge des dossiers de terrorisme ont pris conscience du fait que l'information qu'ils diffusent aux victimes dans le cadre de procédures longues et difficiles avait une fonction thérapeutique et qu'ils participaient ainsi à la réparation des victimes. L'information donnée tout au long des différentes phases de la procédure judiciaire et la préparation du procès faisaient réellement partie de ce travail de cicatrisation. De façon générale, la phase judiciaire est l'ultime phase qui peut permettre à une victime de sortir de sa situation de victime et qui permet une véritable réparation.

## **COMBAT CONTRE LE TERRORISME PAR LA COOPÉRATION JUDICIAIRE**

### **Au plan européen**

Les terroristes et tous les auteurs de crimes transnationaux circulent librement. Il faut que les frontières prétendument abolies cessent d'être un refuge et un obstacle à leur poursuite. La défense des droits de l'homme ne peut en aucun cas justifier que des terroristes bénéficient de l'impunité grâce à l'absence d'un droit pénal européen. Les mandats d'arrêt doivent être exécutés sans entrave dans l'espace européen et l'asile politique ne doit plus être un alibi utilisé par les ennemis de la démocratie. Une guerre est menée contre les démocraties ; notre défense, c'est le droit, rien que le droit mais tout le droit. L'Europe entière est concernée par cette violence. Certains pays abritent les circuits financiers, d'autres abritent les trafics d'armes, d'autres les criminels et d'autres comptent leurs victimes.

Le 27 septembre 1996, les ministres des Affaires intérieures et de la Justice des quinze pays de l'Union européenne, réunis en conseil informel à Dublin, ont signé une convention permettant d'accélérer et de simplifier les procédures d'extradition des résidents sur le territoire de l'Union européenne :

- il sera possible d'extrader pour une peine encourue plus faible qu'auparavant ;
- le caractère politique de l'infraction ne pourra plus être invoqué pour refuser l'extradition (disposition particulièrement importante concernant le terrorisme) ;
- un État ne pourra plus refuser une demande d'extradition de l'un des ses ressortissants.

Cette convention, qui marque un premier pas dans la construction d'un espace judiciaire européen, est restée lettre morte faute d'avoir été ratifiée par tous les pays membres de l'Union, dont la France...

Une véritable coopération judiciaire européenne nécessiterait une politique commune de prévention, de répression et de lutte contre le financement du terrorisme. Il faudrait une harmonisation des qualifications des infractions pénales et la suppression de la notion même d'extradition entre des États de droit qui ont aboli les frontières et permis la libre circulation des personnes, à l'exception de celle des magistrats. Tout terroriste agissant dans les États membres doit pouvoir être arrêté, entendu par un juge d'instruction ou une instance en charge du dossier, puis être jugé par le tribunal saisi sans frontière judiciaire.

Une nouvelle convention européenne de coopération judiciaire devrait être signée en vue d'une harmonisation des qualifications des infractions pénales afin d'obtenir, dans l'espace européen, l'extradition automatique des personnes impliquées dans des réseaux terroristes.

L'abolition des frontières judiciaires impliquerait :

- la création d'un mandat d'arrêt européen : la suppression des procédures d'extradition qui constituent des freins à la justice et qui favorisent l'impunité est essentielle. L'extradition des terroristes doit être accordée automatiquement à l'État sur le territoire duquel l'attentat a été commis ;
- la création d'un Parquet européen : les lourdeurs des procédures des commissions rogatoires internationales, les disparités des lois pénales nationales, les diversités des incriminations et des sanctions en Europe retardent les enquêtes judiciaires. Un procureur européen pourrait diriger les enquêtes transnationales, contrôler les actes de procédures et unifier les poursuites des auteurs d'actes de terrorisme.

### **Au plan international**

Les crimes de terrorisme, exclus du statut de la Cour pénale internationale créée à Rome le 17 juillet 1998, devraient entrer dans la compétence de cette juridiction. Nul ne doit échapper à la justice pour crime de terrorisme. Ainsi, tous les auteurs, complices et commanditaires d'actes de terrorisme, y compris les dirigeants en exercice, pourraient être poursuivis, jugés et condamnés soit par les juridictions pénales nationales, soit par la Cour pénale internationale. Toutes les conventions internationales relatives à la lutte contre le terrorisme devraient être signées et ratifiées par tous les États afin d'entrer en vigueur. Le projet de convention générale contre le terrorisme international, en discussion à l'ONU, devrait être adopté rapidement.

S.O.S. ATTENTATS souhaiterait obtenir :

- le statut d'organisation non gouvernementale (ONG) ;
- un poste d'observateur sur les questions liées au terrorisme auprès :
  - du Conseil de l'Europe ;
  - de l'Organisation des Nations Unies (ONU).

## **COMBAT POUR LA MÉMOIRE**

« Un peuple qui oublie son passé est un peuple qui est condamné à le revivre », nous enseigne Elie Wiesel. Devoir de mémoire, devoir du souvenir, pour les victimes du terrorisme aussi.

Pour que s'accomplisse ce devoir de mémoire — le « travail du deuil » —, l'association a obtenu en 1998 les autorisations nécessaires à la construction d'un monument dans l'enceinte de l'Hôtel National des Invalides à Paris, dédié à la mémoire des victimes de terrorisme. « Parole Portée », sculpture fontaine réalisée par Nicolas Alquin, est un témoignage de la solidarité et un hommage rendu aux victimes civiles d'une nouvelle forme de guerre qui menace les démocraties.

Ce mémorial, propriété de l'association, a été financé par les victimes avec l'aide d'une association d'anciens combattants, « les Gueules cassées », preuve de la solidarité entre les victimes des différentes formes de guerre.

Ce devoir de mémoire permet de lutter contre l'oubli. Certes, là encore, il dérange parce que c'est un rappel au devoir de sécurité et il revient aux autorités de le mettre en œuvre. Il a pourtant une fonction thérapeutique, surtout quand la justice tarde à statuer. Il permettra à certains, nous l'espérons, de progresser sur le chemin du deuil en leur offrant un lieu propice au recueillement et à la méditation, un lieu de rencontre, d'échange et d'apaisement.

## **COMBAT POUR AMÉLIORER LES RELATIONS ENTRE LES VICTIMES ET LES MÉDIAS**

Combat pour améliorer notre prise en charge et pour restaurer une image positive de nous-mêmes, pour dépasser le spectacle douloureux et dégradant des images parfois diffusées, images qui provoquent de nouvelles douleurs inutiles.

Combat pour une véritable réparation, combat pour que d'objets nous devenions sujets.



Notre fierté est que, face à la barbarie, nous répondons dans la dignité, le calme et le courage. Présents dans les procédures judiciaires, nous manifestons notre volonté de comprendre et nous exprimons notre détermination pour que justice soit rendue à ces enfants, ces femmes et ces hommes morts parce qu'ils passaient par là, par hasard, au mauvais moment, au mauvais endroit.

Il n'y a pas de démocratie sans parole partagée, sans information ouverte, sans presse libre et active. Les victimes et personnes concernées au premier chef ont un besoin immédiat d'informations rapides, précises, fiables afin de mieux se protéger, de mieux faire face aux difficultés et de mieux défendre leurs droits.

Les associations de victimes sont les premières à reconnaître l'appui capital qu'a représenté pour elles la mise en écho, par les médias, de leurs besoins, de leurs attentes, de leurs combats. Nombre d'avancées n'auraient pu voir le jour sans cette mise sur la scène publique de grands enjeux portés par les victimes — qu'il s'agisse de progrès dans la prévention des accidents ou dans une meilleure prise en charge de leurs conséquences (avancées medicopsychologiques, indemnisations, avancées juridiques, etc.). Mais ces principes fondamentaux ne sauraient occulter tout examen. Ces dernières années, les victimes ont osé, de plus en plus fréquemment, faire connaître leur malaise face à des agissements médiatiques récurrents. S.O.S. ATTENTATS, en France, a voulu en savoir davantage et a notamment lancé une enquête de retour d'expérience auprès de familles de victimes d'attentats.

Nous avons demandé à Patrick Lagadec, directeur de recherche à l'École polytechnique, de mener une enquête sur ces dérapages. Des photos ont été prises contre la volonté des victimes, d'autres ont été extorquées par chantage, des photographes et des journalistes ont troublé des funérailles et certains se sont introduits dans des chambres d'hôpital.

L'étude de Patrick Lagadec<sup>1</sup> a été publiée en 1996. Dans notre esprit, il ne s'agissait pas de porter atteinte à la liberté de la presse ni au droit à l'information auxquels nous sommes attachés, d'autant que grâce aux journalistes, nous avons pu, depuis 1985, mener notre combat pour que soient reconnus les droits des victimes.

S.O.S. ATTENTATS a tenté de lancer un débat avec la presse. À ce jour, il s'avère très difficile à mener : au nom de la liberté d'expression, une équation simpliste est mise en avant à chaque occasion par les professionnels des médias : « Si on ne peut pas tout montrer, alors on ne pourra plus rien montrer ». Toute réflexion sur ces thèmes est perçue spontanément comme liberticide par le système médiatique.

Doit-on, parce que le problème de la médiatisation des situations de crises et de catastrophes concerne la profession de journalistes et les grands organes de presse, interdire toute réflexion, tout débat ? Doit-on se contenter de pétitions simplistes sur le mode du tout ou rien ? Nous avons la conviction qu'il est urgent que les journalistes eux-mêmes ouvrent ce débat. Informer, c'est choisir à partir précisément de réflexions constamment renouvelées.

Selon nous :

- il appartient aux magistrats de garantir l'équilibre entre deux libertés fondamentales sur la base des grands principes généraux du droit et selon une jurisprudence cohérente ;
- sur les lieux des catastrophes ou des crimes, les photographes doivent exercer leur métier qui consiste à informer l'opinion publique. Mais, si une victime manifeste clairement son opposition à être photographiée, il faut que cette volonté soit respectée ;
- si ces photos sont prises sans que les victimes puissent exprimer leurs sentiments, les professionnels de l'image mais surtout les directeurs de publication devraient exercer leur métier sur la base d'une éthique qui leur fait aujourd'hui défaut en France. La BBC en Grande-Bretagne et la CBC au Canada, par exemple, ont su élaborer un code de déontologie ;
- enfin, il doit être tenu compte du souhait d'une victime qui ne veut pas que la publication de sa photo soit réutilisée à l'occasion, par exemple, de commémorations ou de rétrospectives.

Ces quelques règles élémentaires de respect de l'autre pourraient être suffisantes. Les lois ne peuvent résoudre ces conflits qui relèvent plus du professionnalisme et de la conscience de chacun. Il faut changer le regard posé par la société sur les victimes, lutter contre les images habituellement diffusées des victimes, images dégradantes, voyeuristes et associées au sang, en créant avec la profession, à partir des travaux réalisés, un débat sur la nécessité d'une éthique.

### **COMBAT POUR UNE ÉVALUATION DES BESOINS DES VICTIMES POUR AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DE TOUTES LES VICTIMES**

Dans ce but, S.O.S. ATTENTATS a fait réaliser deux études médicales. Ces dernières sont présentées dans ce volume par l'auteure du présent article<sup>2</sup>.

### **COMBAT POUR TROUVER UNE PLACE JUSTE ET JUDICIEUSE POUR LES ASSOCIATIONS DE VICTIMES<sup>3</sup>**

De façon générale, l'existence d'une association de victimes, interlocutrice reconnue et identifiable, est indispensable. À défaut, les situations conflictuelles se développent, avec risque de surenchère et d'exploitation médiatique. L'association de victimes est aussi un support pour prendre le relais, ce que les administrations et entreprises ne peuvent assurer dans la longue durée : pour écouter, soutenir, aider, accompagner les victimes et leurs familles.

En France, les associations de victimes doivent souvent s'imposer pour être écoutées et parfois entendues.

Au cours des quinze dernières années, les avancées majeures ont concerné l'organisation des services de secours et les soins médicaux pour les blessés. Notre association a assuré la prise en charge dans le post-immédiat, à moyen et à long terme dans les domaines sociaux, psychologiques et juridiques ; elle exerce ainsi une mission de service public, sans être reconnue comme un acteur officiel.

Une association de victimes, parce qu'elle donne la possibilité aux victimes d'être acteurs de leur histoire et pas simplement objets, peut avoir un rôle thérapeutique. Par l'action, leur regroupement identitaire, par le soutien apporté aux autres victimes dont elles comprennent mieux que quiconque les besoins, par les groupes de parole qui peuvent y être organisés, les victimes peuvent aider les autres victimes et modifier les structures figées qui ont toujours d'extrêmes difficultés à s'adapter aux situations nouvelles.

Les victimes qui ont vécu le même événement au même moment, sur les mêmes lieux auront une meilleure connaissance de leur propre dossier ; elle défendront mieux leurs droits. Mais surtout, elles auront une action positive pour l'avenir en contribuant à faire évoluer le droit, la jurisprudence des tribunaux dans le domaine de l'indemnisation, la place de la victime dans la procédure pénale, la prévention et les règles de sécurité dans tous les domaines touchés par les catastrophes.

Chaque avancée que nous avons pu obtenir dans le cadre du droit des victimes et de l'amélioration de leur prise en charge s'est faite à l'occasion d'une vague d'attentats ou de grandes catastrophes.

Malheureusement, seule la situation de crise rend possible les sauts nécessaires et les acquis doivent faire l'objet de combats permanents. Ils ne sont jamais définitifs, la vigilance doit s'exercer à chaque instant.

## NOTES

- 1 Lagadec, Patrick et Françoise Rudetzki (1996). « Les victimes d'attentats et les médias », *Administration*, n° 171, avril-juin, p. 197-207.
- 2 Voir notre article intitulé : « Conséquences sanitaires des attentats : résultats d'études épidémiologiques menées en France » dans le présent livre.
- 3 Lagadec, Patrick et Françoise Rudetzki, *Ruptures créatrices*, Éditions d'Organisation, coll. Tendances, p. 457-479.

# AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS OU EFFETS PERVERS DES SYSTÈMES D'INDEMNISATION AUX VICTIMES D'ACTES CRIMINELS\*

Geneviève PARENT  
Marie-Marthe COUSINEAU

## INTRODUCTION

**D**epuis les années soixante, un mouvement en faveur des victimes s'est rapidement propagé dans plusieurs pays tels les États-Unis et le Canada qui se sont dotés de législations et de divers services (Wemmers, 1996). Ces services englobent, entre autres, la compensation, la restitution, les transferts aux services sociaux et la médiation.

Le Comité scientifique de la Société mondiale de victimologie est préoccupé par le manque d'évaluation empirique de la pertinence et de l'efficacité des législations et des programmes d'assistance aux victimes. Aussi se questionne-t-il sur les effets pervers potentiels de ceux-ci. Pour leur part, quelques auteurs ont tenté d'évaluer l'efficacité à court terme de ces services. Ceux-ci concluent que ces programmes, quoique fort utiles pour certaines victimes qui en ont bénéficié, ne répondent pas directement aux besoins des victimes en général et, pire encore, risquent de nuire à la réhabilitation de certaines d'entre elles (Fattah, 1997).

Lorsqu'un crime se produit, la compensation constitue le moyen le plus répandu d'aide accordée aux victimes (Karmen, 1996). Toutefois, cette mesure de compensation n'est pas offerte dans tous les

---

\* Cet exposé est basé sur une étude présentement en cours pour une thèse de doctorat: *Avantages et inconvénients ou effets pervers des systèmes d'indemnisation aux victimes d'actes criminels* par G. Parent (1999; dirigée par M.-M. Cousineau).

États, pays ou provinces et, parmi ceux qui l'offrent, plusieurs font face à de sérieuses compressions (Viano, 1992). Au Canada, le Québec, avec le Service d'indemnisation des victimes d'actes criminels (l'IVAC), a longtemps fait figure d'exemple en matière de compensation aux victimes d'actes criminels, mais il n'a pas non plus été épargné par les critiques. C'est pourquoi, dans le cadre de notre thèse, nous nous penchons notamment sur ce service qui, à l'heure actuelle, fait l'objet de remises en question et d'ajustements en grande partie en fonction des nouveaux impératifs économiques qui marquent le contexte budgétaire.

Cette présentation constitue en fait un compte-rendu de l'état de la recherche concernant les avantages, les inconvénients ou effets pervers des systèmes d'indemnisation aux victimes d'actes criminels. Nous examinerons d'abord la définition et les buts de l'indemnisation. À la suite d'un bref survol des différentes formes que peuvent prendre les systèmes de compensation à travers le monde selon différentes bases justificatives, nous aborderons les critères d'admissibilité. Ensuite, nous nous pencherons sur la question des avantages et des inconvénients en tant que telle. Cette dernière sera explorée par l'intermédiaire de quelques études évaluatives, les besoins des victimes, le lien possible avec la politique et les dangers potentiels de la compensation. En dernier lieu, nous aborderons quelques recommandations faites par différents chercheurs pour que les mesures d'aide fournies aux victimes d'actes criminels soient le mieux adaptées possible.

## DÉFINITION ET BUTS

La compensation constitue l'un des grands piliers de l'assistance aux victimes d'actes criminels. À cet égard, le programme d'indemnisation représente la première aide financière pour la majorité des victimes d'actes criminels. Ce service se distingue de la restitution en ne nécessitant pas l'arrestation ni l'inculpation de l'offenseur pour octroyer une aide financière aux victimes d'actes criminels. Même si les conséquences physiques et physiologiques à la suite d'un événement criminel sont les plus graves et les plus évidentes, l'impact financier peut également être nuisible (United Nation Office, 1999). Ce dernier peut entraîner d'autres types de consé-

quences ou aggraver celles qui sont déjà présentes chez la victime (Parent, 1999). La compensation s'avère donc fort utile, non seulement pour « pallier », jusqu'à une certaine mesure, les pertes encourues par la victime, mais aussi pour aider à prévenir l'accroissement des contrecoups subis par cette dernière.

Au plan pratique, trois buts sont relevés. Le premier consiste à rembourser les victimes. Cependant, vu les critères d'admissibilité, les difficultés bureaucratiques et le faible pourcentage de victimes qui demandent de l'aide (environ 2 %) (Doerner, 1979), ce but est loin d'être atteint. En outre, parmi les demandeurs, au moins deux-tiers n'ont pas accès à la compensation pour plusieurs raisons, dont le fait de connaître l'agresseur, de ne pas fournir des informations ou une coopération suffisantes, etc. Parmi ceux qui reçoivent la compensation, il appert que les montants ne couvrent pas les pertes des victimes pendant, ni depuis leur victimisation (Elias, 1983 ; Sarnoff, 1993).

La prévention ou la résolution des crimes constitue le deuxième but associé à la compensation. Ces systèmes pourraient jouer un rôle aux plans de la prévention et de la solution des crimes par la coopération des victimes incitées à dénoncer le criminel, etc. (Elias, 1984), mais cette proposition reste toujours à prouver (Smith, 1985).

Enfin, l'amélioration de l'attitude du public en général face au maintien de l'ordre et du système de justice, représente un troisième but que sont censés poursuivre les programmes de compensation. Quelques études semblent montrer une amélioration de l'attitude du public en général, mais elles ne sont pas unanimes quant à celles des victimes (Elias, 1983). Toutefois, Sarnoff (1993) rapporte, entre autres, que même les victimes qui ont reçu une compensation sont insatisfaites à l'égard des systèmes de compensation et du système de justice.

## **DIFFÉRENTES FORMES QUE PEUVENT PRENDRE LES SYSTÈMES DE COMPENSATION**

Plusieurs auteurs, dont Elias (1983), semblent plutôt s'appuyer sur des bases justificatives concernant la raison d'être des systèmes de compensation (Mawby et Gill, 1987) pour les distinguer.

### **Bases philosophiques**

Un grand nombre de bases philosophiques ont été prêtées à l'indemnisation (voir Burns, 1992 ; Sarnoff, 1993 ; Haldane et Harvey, 1995 et Duff, 1998). Aussi, quelques-unes d'entre elles portent plus d'une terminologie. Dans le cadre de la présentation, nous nous limiterons à rapporter les principales.

#### *La théorie des droits (Rights Theory)*

La théorie des droits est basée sur l'idée que l'État est responsable de la protection de ses citoyens face au crime et, par conséquent, qu'il doit compenser ceux qui sont victimisés. Selon cette théorie, qui s'est grandement inspirée des idées de Margery Fry qui a proposé le premier système d'indemnisation, l'État joue un rôle de procureur et de percepteur d'amendes. Par ailleurs, il laisse la victime sans moyen d'obtenir une compensation pour ses blessures ou sa défense personnelle. Autrement dit, si les citoyens s'engagent dans un contrat social avec l'État, où ils renoncent à leurs droits de châtier et de récupérer leurs pertes en échange de leur protection personnelle, alors l'échec de l'État à offrir cette protection constitue une violation du contrat social (Schultz, 1965 ; Duff, 1998). Si l'État taxe ses citoyens pour financer leur sécurité et que cette sécurité échoue, il doit leur octroyer une réparation provenant des finances publiques (Fry, 1959 ; Duff, 1998).

Seul un petit nombre d'États ont instauré des systèmes de compensation basés sur cette philosophie (Edelhertz et Geis, 1974). Smith (1985) indique qu'il est possible que les législateurs craignent d'adopter cette théorie comme rationnel pour différentes raisons. À titre d'exemple, il paraît difficile de justifier l'exclusion de deman-



deurs en invoquant le principe des besoins minimum ou d'une quantité minimale de pertes dans une théorie des droits. D'un autre côté, l'État pourrait être soumis à payer des coûts qu'il ne serait pas en mesure de payer sans ces limitations (Smith, 1985).

#### *La théorie de l'État-providence (Welfare Theory)*

La théorie de la providence repose sur l'idée que l'État porte une obligation humanitaire à l'endroit des victimes d'actes criminels qui ne sont pas en mesure de prendre leur réhabilitation en charge. Selon cette théorie, l'État devrait décréter un programme qui permet aux victimes qui ont de la difficulté à faire face aux pertes encourues du fait d'une victimisation criminelle d'être assistées par le gouvernement. Le test financier est souvent utilisé par les systèmes d'indemnisation basés sur ce type de rationnel. Par exemple, au Kansas, une procédure d'évaluation des besoins financiers est utilisée pour déterminer l'admissibilité de ceux qui enregistrent une demande au programme de compensation (Kansas Statistical Annual, 1984).

Les défenseurs de cette théorie soutiennent qu'il faut alors supposer que la société est consentante à payer des prix plus élevés pour les biens et services qu'elle reçoit de l'État pour qu'une compensation puisse être attribuée aux victimes d'actes criminels (Smith, 1985).

#### *La théorie du risque partagé (Shared-Risk Theory) ou de l'assurance*

La théorie du risque partagé est fondée sur le désir d'aider les victimes d'actes criminels sans tenir compte de leurs besoins financiers, mais sans constituer une responsabilité exclusive à l'État. Cette théorie repose sur l'idée que l'État a des responsabilités morales envers les victimes innocentes d'un crime et doit attribuer une compensation à la suite de son échec à protéger adéquatement ses citoyens (Smith, 1985).

Le rationnel du risque partagé repose sur la prémisse de base que le crime est un problème social et que chaque individu partage la même probabilité d'être victimisé étant donné la prévalence du crime. Aussi, plutôt que d'obliger les personnes à payer lorsqu'elles ont été

victimisées, il est prévu que chaque individu partage le risque engendré par l'inaptitude de la société à le protéger. Dans ce cas, la société se voit forcée de fournir un programme disponible à tous les membres de la société sur une base égale et où chaque membre de la société contribue à l'établissement de ce programme (Smith, 1985).

*Un rationnel secondaire : la coopération avec le système de justice*

Dans certains cas, le système de compensation est perçu comme un outil de promotion du système judiciaire. À cet effet, seules les victimes qui assistent les professionnels reliés au maintien de l'ordre ont le droit de recevoir une compensation. Selon cette théorie, cette coopération n'aurait probablement pas lieu sans cette condition. D'ailleurs, plusieurs États ont inclus la condition de coopérer avec la police et les procureurs de la couronne pour pouvoir recevoir la compensation. Cette condition est censée aider le policier à appréhender le criminel ainsi que les procureurs de la Couronne à obtenir sa condamnation. Cependant, les études révèlent qu'en pratique, les résultats désirés concernant la coopération de la victime n'ont pas été obtenus. Aussi, l'agent motivateur économique qu'est censé représenter le système de compensation ne semble pas être efficace, ou du moins suffisant, pour stimuler la participation des victimes au sein du processus judiciaire (dénoncer, témoigner, etc.) (Smith, 1985).

Il a en effet été noté que les victimes sont souvent revictimisées lors du processus judiciaire ; elles doivent faire face à des pertes d'argent et à des pertes de temps en regard de leurs activités normales (Baril *et coll.*, (1984). Après l'évaluation des bénéfices et des inconvénients liés à leur coopération avec le système judiciaire, les victimes jugent que les inconvénients l'emportent sur les bénéfices (Elias, 1983 ; Smith, 1985).

En somme, les rationnels des droits, de l'État-providence, du risque partagé et de la participation des victimes au processus judiciaire représentent les assises justificatives et les catégories de système d'indemnisation les plus répandues que l'on invoque comme base des programmes de compensation. Un système peut par ailleurs reposer sur plus d'une base rationnelle (Carrow, 1980). Il est à noter que les noms identifiant ces rationnels peuvent changer selon

les auteurs. Par exemple, la théorie des droits peut aussi être nommée la théorie du contrat social (titre donné par Doerner et Lab, 1995). Aussi, la théorie de l'État-providence (mais sans le test financier) semble fortement correspondre à la justification humanitaire, et la théorie du risque partagé à celle de l'assurance, théories identifiées par Hastings (1983) que nous verrons plus loin.

Duff (1998) souligne qu'il est nécessaire, voire essentiel, de tenir compte des réalités politiques qui guident ou qui mènent souvent les décisions de compensation vers des intérêts autres que ceux des victimes lors de l'étude de ces questions. En effet, malgré les bases rationnelles, il est à noter qu'en regard des compressions budgétaires (Duff, 1998), des besoins politiques (Sebba, 1996), les critères d'admissibilité ne sont pas sans importance pour contrôler les dépenses attribuées à la compensation aux victimes d'actes criminels (Lowenberg, 1981).

#### **LES CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ**

Même si les critères d'admissibilité varient d'un système de compensation à l'autre, des tendances générales peuvent être relevées. Quatre ordres principaux de limitation peuvent être dégagés de la littérature. La première limitation est celle des demandeurs jugés « indemnisables ». Selon les systèmes, pour être indemnisée, la victime doit être dans le besoin financièrement (dans certains États), elle ne doit pas retirer d'argent de sources supplémentaires (sinon le montant peut être soustrait dans certains États), elle ne doit pas connaître son agresseur, elle doit résider dans l'État en question, etc. La deuxième limitation porte sur le type de crime. En effet, pour certains programmes de compensation, la personne doit avoir été victime d'un crime violent, alors que d'autres systèmes indemnisent n'importe quel acte criminel entraînant des blessures ou la mort (Galaway et Hudson, 1981 ; Burns, 1992 ; Sarnoff, 1993 ; Miers, 1997 ).

Le troisième type de limitation a trait aux pertes indemnisables qui englobent principalement les coûts médicaux, la perte de salaire pendant et après l'acte criminel, les dépenses reliées aux funérailles et à l'enterrement, et la perte du support des personnes dépendantes

de la victime décédée. Enfin, le temps écoulé entre le crime et la dénonciation, la coopération avec les responsables du maintien de l'ordre et l'assistance au processus judiciaire, la période allouée pour enregistrer une demande de compensation et, dans certains cas, le montant relié à la demande représentent d'autres limitations imposées par les systèmes de compensation (Galaway et Hudson, 1981 ; Burns, 1992 ; Sarnoff, 1993 ; Miers, 1997 ).

### **LES AVANTAGES, LES INCONVÉNIENTS OU LES EFFETS PERVERS DES SYSTÈMES DE COMPENSATION RAPPORTÉS PAR LA LITTÉRATURE**

#### **Évaluation des systèmes de compensation**

Quelques études évaluatives s'intéressant aux systèmes de compensation ont été relevées. Nous retrouvons une concentration considérable d'écrits théoriques sur les systèmes de compensation entre 1970 et 1986. La situation est la même pour les études évaluatives.

Elias (1983) a mené une étude comparative entre les programmes de compensation du New Jersey et de New York. Le système de compensation de New York est plus large, plus bureaucratique et plus diversifié au plan philosophique que celui du New Jersey. Il est principalement basé sur le rationnel de la providence. Tandis que le programme du New Jersey est plus petit, plus personnel et plus homogène. Il est basé sur le rationnel des droits et utilise le test de la « moyenne financière » (*financial means*). Le programme du New Jersey semble être mieux perçu par les victimes que celui de New York.

Ses résultats révèlent que les paiements sont pauvres, que moins de 1 % des victimes font des demandes, et que très peu la reçoivent vu le manque d'information et les critères d'admissibilité. De même, Elias (1983) ajoute que ces programmes entraînent un effet qui n'avait jamais été prévu : une augmentation de l'insatisfaction envers le gouvernement et la justice criminelle de la part des victimes insatisfaites du règlement en matière de compensation. Une insatisfaction qui est beaucoup plus importante que si ces ressources

n'avaient jamais existé. L'auteur suggère que les victimes d'actes criminels ne bénéficient pas pleinement des systèmes de compensation. Par contre, les législateurs et les acteurs impliqués au maintien de l'ordre semblent retirer pleinement leur part de profit.

Plus récemment, l'étude de Sarnoff (1993) détermine jusqu'à quel point les caractéristiques reliées aux systèmes de compensation américains influencent la compensation des victimes d'actes criminels. À la suite de ses analyses de type quantitatif et qualitatif, l'auteure révèle, entre autres, que la grosseur du montant moyen attribué est inversement proportionnelle aux taux de compensation (ou de refus), que la procédure en termes de temps est plus longue en ce qui concerne les systèmes plus récents et que les systèmes de compensation plus anciens attribuent les sommes les plus généreuses.

Du côté canadien, Hasting (1983) compare la base philosophique humanitaire avec celle de l'assurance. L'auteur indique que les systèmes fondés sur le rationnel de l'assurance (Québec, Manitoba, Colombie-Britannique) répondent mieux aux besoins des victimes d'actes criminels que les systèmes de compensation basés sur le rationnel humanitaire.

De son côté, Muir (1984) mène une étude dans le cadre d'un projet d'expansion et de renforcement de l'Unité d'aide aux victimes (UAV) du Service de police de Calgary (SPC). À la suite de ses analyses, elle soulève notamment que les besoins des victimes de crimes contre la propriété sont moindres en nombre, en type et en intensité que ceux des victimes de crimes contre la personne. Par ailleurs, les services déjà offerts répondent davantage aux besoins des premiers qu'à ceux des derniers. L'auteure indique également que selon les spécialistes, il y a lieu d'offrir une indemnisation pécuniaire aux victimes d'actes criminels. Le manque d'information concernant les ressources possibles d'aide aux victimes d'actes criminels est un deuxième besoin trop grandement négligé et qui se dégage des résultats de l'étude.

En ce qui concerne l'IVAC, deux études évaluatives ont été menées. Baril, Laflamme-Cusson et Beauchemin (1983) rapportent, entre autres, que le support financier de l'IVAC reste convenable, mais

que son personnel doit être davantage à l'écoute de ses clients. Elles ajoutent que l'IVAC devrait, entre autres, réviser ses standards pour inclure un plus grand nombre de victimes, être plus rapide pour évaluer les besoins des bénéficiaires, financer la recherche sur les besoins des victimes, créer de nouveaux services, etc. La deuxième étude évaluative concernant l'IVAC est effectuée par Laflamme-Cusson, Chicoine et Coiteux (1991). Plusieurs pistes pouvant conduire à l'amélioration du programme de compensation québécois sont dégagées. Parmi celles-ci, nous retrouvons : diffuser davantage d'informations concernant l'IVAC et ses services auprès du public et des intervenants, permettre aux victimes de profiter d'une évaluation rapide et d'une prise en charge rapide, etc.

### **Besoins des victimes**

Le but premier d'un système restauratif est de répondre aux besoins des victimes (Wright, 1991). Vu les circonstances variantes, même des blessures similaires peuvent produire des effets différents chez différentes victimes. Cependant, des besoins communs ont été soulevés chez les victimes : celui de regagner le contrôle sur leur propre vie, le besoin de la reconnaissance symbolique par une autorité qu'un préjudice leur a été fait et le besoin de ventiler leurs émotions (Van Ness et Strong, 1997 ; McAnallen, 2000), le besoin d'être informées, rassurées, considérées, et le besoin de réparation, etc. (McAnallen, 2000). À ces besoins, nous pouvons spécifier que la réparation concerne la perte de propriété et les blessures personnelles ainsi que la perte du sens de sécurité et de dignité (Braithwaite, 1998).

### **Lien avec la politique ?**

Elias (1986) rapporte que les programmes destinés aux victimes font la promotion d'idéologies politiques particulières et de certains intérêts des États. Le renfort du pouvoir du maintien de l'ordre de l'État et l'aspiration à restreindre les droits des offenseurs se retrouveraient parmi les idéologies discrètement favorisées par les systèmes d'aide aux victimes. Le renforcement de la légitimité des gouvernements aux yeux des citoyens par leur intérêt « partagé »

concernant le bien-être des victimes d'actes criminels constitue aussi l'un de ces buts cachés visés par l'instaurateur d'un système de compensation. Par contre, il n'est pas rare que les mêmes gouvernements, qui ont annoncé leur support à l'égard de ces services lors des élections, refusent de voter pour les accommodations ou les ressources financières nécessaires à leur bon fonctionnement une fois élus (Elias, 1986).

### **Les dangers de la compensation**

Les dangers de la compensation sont multiples. Fattah (1999) en soulève une dizaine :

1. le danger que les mouvements provictime se transforment en campagnes de dénigrement envers les offenseurs ;
2. le danger que l'élargissement du filet du contrôle social diminue l'attention nécessaire aux victimes ;
3. le danger d'appliquer des pansements aux symptômes du crime sans s'attaquer aux sources ou agir sur elles ;
4. le danger de placer trop d'accent sur les crimes conventionnels et de négliger ceux qui causent des dommages sociaux (crime de cols blancs) ;
5. le danger d'augmenter l'anxiété face au crime et à la peur du crime ;
6. le danger d'intensifier le conflit concernant le soin des victimes... trop de paternalisme ou d'interférence ;
7. le danger d'étiqueter les victimes ou de créer des stéréotypes de victimes ;
8. le danger d'affaiblir les liens sociaux et d'augmenter la dépendance aux services sociaux ;

9. le danger de retarder le processus naturel de guérison ;
10. le danger de créer des attentes chez les victimes d'actes criminels qui ne seront pas ou qui ne peuvent pas être satisfaites.

### **QUELQUES RECOMMANDATIONS OU ÉLÉMENTS POUVANT AMENER CES SERVICES À MIEUX RÉPONDRE AUX BESOINS DES BÉNÉFICIAIRES**

Déjà en 1983, Elias notait que les systèmes de compensation pourraient être améliorés par le biais de diverses mesures dont : l'adoption d'un programme national de compensation de type risque partagé, l'augmentation des budgets alloués à ces mesures, l'élimination des tests financiers et de certains critères d'admissibilité qui ne font qu'exclure la majorité des victimes d'actes criminels, l'amélioration de la publicité auprès du public concernant leur existence et les détails par rapport à leur application, la réduction du fardeau de la preuve de la victime, la simplification de la procédure d'indemnisation et de son accessibilité, l'avancement de la recherche concernant les besoins des victimes plutôt que de supposer leurs besoins, etc. Il est à noter que ces recommandations ont également été soulevées dans le cadre du Symposium international de victimologie qui a eu lieu à Montréal en août 2000. Enfin, la recommandation première à se souvenir, mentionnée par la majorité des auteurs relevés jusqu'à maintenant : écouter les victimes concernant leurs besoins et les informer sur les ressources disponibles.

### **BIBLIOGRAPHIE**

- BARIL, M., S. LAFLAMME-CUSSON et S. BEAUCHEMIN (1983). *L'indemnisation des victimes d'actes criminels : une évaluation du service québécois (IVAC)*, Canada, Ministère de la Justice du Canada.
- BRAITHWAITE, J. (1998). « Restorative Justice », in *The Handbook of Crime and Punishment*, M. Tonry (ed.), New York, Oxford University Press.
- BURNS, P. (1992). *Criminal Injuries Compensation*, Second edition, Vancouver, Butterworths.



- CARROW, D. (1980). *Crime Victim Compensation : Program Models*, Washington, DC, U.S. Department of Justice.
- DOERNER, W.G. (1979). « The Diffusion of Victim Compensation Laws in the united States », *Victimology*, vol. 4, p. 119-124.
- DOERNER, W.G. et S.P. LAB (1995). *Victimology*, Cincinnati, Anderson Publishing Co.
- DUFF, P. (1998). « The Measure of Criminal Injuries Compensation : Political Pragmatism of Dog's Dinner ? », *Oxford Journal of Legal Studies*, vol. 18, p. 105-142.
- EDELHERTZ, H. et G. GEIS (1974). *Public Compensation to Victims of Crime*, New York, Praeger.
- ELIAS, R. (1983). *Victims of the System : Crime Victims and Compensation in American Politics and Criminal Justice*, New Brunswick, NJ, Transaction Books.
- ELIAS, R. (1984). « Alienating the Victim : Compensation and Victim Attitudes », *Journal of Social Issues*, vol. 10, n° 1, p. 103-116.
- ELIAS, R. (1986). *The Politics of Victimization : Victims, Victimology and Human Rights*, New York, Oxford University Press.
- FATTAH, E.A. (1997). « Toward a Victim Policy Aimed at Healing, not Suffering », in R.C. Davis, A.J. Lurigio et W.G. Skogan, *Victims of Crime*, Second edition, États-Unis, Sage.
- FATTAH, E.A. (1999). « From a Handful of Dollars to Tea and Sympathy : the Sad History of Victim Assistance », in J.J.M. Van Dijk, R.G.H. Van Kaam et J. Wemmers (eds.), *Caring for Crime Victims : Selected Proceedings of the 9<sup>th</sup> International Symposium on Victimology*, Monsey, New York, Criminal Justice Press.
- FRY, M. (1959). « Justice for Victims », *Journal of Public Law*, vol. 8, p. 191-194.
- GALAWAY, B. et J. HUDSON (1981). *Perspectives on Crime Victims*, États-Unis, The C.V., Mosby Compagny.
- HALDANE, J. et A. HARVEY (1995). « The Philosophy of State Compensation », *Journal of Applied Philosophy*, vol. 12, n° 3, p. 273-282.

- HARLAND, A.T. (1981). « Victim Compensation : Programs and Issues », in B. Galaway et J. Hudson, *Perspectives on Crime Victims*, États-Unis, The C.V., Mosby Compagny.
- HASTINGS, R. (1983). *A Theoretical Assessment of Criminal Injuries Compensation in Canada : Policy, Programs and Evaluation*, Crime Victims Working Paper no. 6. Canada, Research and Statistics Section. Policy Planning and Development Branch.
- Kansas Statistical Annual (1984). § 74-7305.
- KARMEN, A. (1984). *Crime Victims : an Introduction to Victimology*, Monterey, CA, Brooks/Cole Publishing Co.
- KARMEN, A. (1996). *Crime Victims : an Introduction to Victimology*, Third edition, États-Unis, Wadsworth Publishing Compagny.
- LAFLAMME-CUSSON, S., F. CHICOINE et J. COITEUX (1991). *L'indemnisation des victimes d'actes criminels au Québec : vingt ans après*, Plaidoyer-Victimes.
- LOWENBERG, D.A. (1981). « An Integrated Victim Services Model », in B. Galaway et J. Hudson (eds), *Perspectives on Crime Victims*, États-Unis, The C.V., Mosby Compagny.
- MAWBY, M. et M. GILL (1987). *Crime Victims*, London, Tavistock.
- MCANALLEN, M. (2000). *Restorative Justice*, Lay Panel Seminar, 6<sup>th</sup> May 2000.
- MIERS, D. (1997). *State Compensation for Criminal Injuries*, Grande-Bretagne, Glasgow.
- MUIR, J. (1984). *Les besoins des victimes d'actes criminels à Calgary*, Ottawa, Ministère du Solliciteur général du Canada.
- PARENT, G. (1999). *Polytechnique, neuf ans plus tard. Conséquences à long terme d'une hécatombe*, Canada, Université de Montréal.
- SARNOFF, S.K. (1993). *A National Survey of State Crime Victim Compensation Programs : Policies and Administrative Methods*, États-Unis, Adelphi University.

SEBBA (1996). *Third Parties : Victims and the Criminal Justice System*, États-Unis, Ohio State University Press/Columbus.

SHULTZ (1965). « The Violated : a Proposal to Compensate Victims of Violent Crime », *St-Louis U.L.J.*, n° 238, p. 241.

SMITH, C.L. (1985). « Victim Compensation : Hard Questions and Suggested Remedies », *Rutgers Law Journal*, vol. 17, p. 51-91.

United Nations Office, (1999). *Report to Congress*, Washinton, D.C., Office for Victims of Crime.

VAN NESS, D. et K.H. STRONG (1997). *Restoring Justice*, Cincinnati, Anderson.

VIANO, E. (1992). *Intimate Violence : Interdisciplinary Perspectives*, New York, Hemisphere.

WEMMERS, J-A. M. (1996). *Victims in the Criminal Justice System*, studies on crime and justice a series from the Dutch Research and Documentation Centre, The Netherlands, Ministry of Justice.

WRIGHT, M. (1991). *Justice for Victims and Offender : a Restorative Response to Crime*, Buckingham and Philadelphia, Open University Press.



# LE SYSTÈME JUDICIAIRE ET LA VICTIMISATION

Nathalie LAMY, M.Sc.

## INTRODUCTION

**B**ien des gens sont accablés par des événements dont ils n'ont jamais souhaité l'existence. C'est pourtant le cas des personnes ayant vécu un acte criminel. Les victimes sont relayées à un rôle de second plan malgré les responsabilités importantes qu'elles portent et le stress qui les habite. Il est donc important de se rappeler l'origine de leur participation dans le système de justice et de tenir compte des particularités personnelles de chacune lorsqu'elles se retrouvent devant les tribunaux.

À l'égard des victimes et des témoins de crime, on doit privilégier une approche empreinte de respect et de considération. On ne doit pas nier les conséquences de leur victimisation à la suite de l'agression ni même celles que peuvent engendrer leur participation au processus judiciaire.

C'est souvent la compréhension de son rôle dans le système de justice, ainsi que le soutien que la victime a reçu, qui peuvent être déterminants dans sa participation à la justice<sup>1</sup>. Pour aider les victimes à ressortir grandies de cette expérience, des ressources telles les centres d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC) sont nécessaires.

Enfin, pouvons-nous affirmer que les droits des victimes ont été négligés au détriment des droits des contrevenants qui se sont vu renforcer par la Charte canadienne des droits et libertés ? Cette inégalité a-t-elle contribué à maintenir la personne victime dans un état de vulnérabilité face au système de justice ? Les instances gouvernementales fédérale et provinciale ont reconnu l'importance des témoins dans le système de justice pénale. C'est l'application de ces principes qui prouvera aux victimes la place qu'on leur accorde.

Sans prétention scientifique, nous croyons que l'implication des différents intervenants du système judiciaire a une incidence certaine sur le mieux-être des victimes au sein de la justice, ce que nous tenterons de mettre en relief dans ces quelques lignes.

### **LA VICTIMISATION ENTRAÎNÉE PAR LE VÉCU D'ACTES CRIMINELS : UNE RÉALITÉ INCONTOURNABLE**

La victimisation représente une violation importante d'un droit fondamental de la personne. Elle constitue une perte de pouvoir et représente l'expression d'un rapport inégal existant entre deux individus. Personne n'est à l'abri d'une telle manifestation dans sa vie, mais certaines personnes sont plus vulnérables que d'autres. Même si les chercheurs hésitent à l'admettre, une partie des victimisations échappe à l'explication scientifique et relève de l'aléatoire.

Un parallèle peut également être établi avec l'expérience du témoignage à la cour. On remarque que certaines personnes sont plus à l'aise que d'autres pour faire face à de telles épreuves. Mais en général, la nature du crime vécu influe beaucoup sur le déroulement du témoignage. En fait, la gravité objective d'un crime constitue un facteur déterminant de l'impact de l'événement sur la personne, mais ne représente pas le seul élément pouvant expliquer l'influence qu'aura l'acte criminel sur cet individu<sup>2</sup>. Enfin, la personne ayant vécu un acte criminel subit des conséquences à plusieurs plans : psychologique, physique, financier, social et spirituel, et nous devons en tenir compte.

### **LES BESOINS DES VICTIMES D'ACTES CRIMINELS**

En lien avec les conséquences entraînées par la victimisation, de nombreux besoins sont exprimés par les victimes.

Selon le groupe d'étude fédéral-provincial canadien sur la justice pour les victimes d'actes criminels :

*Il est convenu, de manière générale, que les victimes d'actes criminels souhaitent être protégées contre une éventuelle répétition*

*du crime, obtenir réparation pour les préjudices subis et être traitées de façon juste et humaine par le système de justice pénale.*

Elles expriment le besoin de détenir un statut actif au sein du système de justice et veulent être entendues dans ce système.

**LE TRAVAIL AUPRÈS DES VICTIMES D'ACTES  
CRIMINELS : UNE INTERVENTION AXÉE SUR LA  
REPRISE DE POUVOIR ET LA DIMINUTION DU RISQUE  
DE REVICTIMISATION PAR LE SYSTÈME JUDICIAIRE**

**Le CAVAC, à l'écoute des victimes**

Le Centre d'aide aux victimes d'actes criminels-MV du Saguenay existe depuis maintenant douze ans. Les droits des victimes stipulés dans la Loi sur l'aide aux victimes d'actes criminels<sup>3</sup> constituent la base des interventions effectuées auprès des victimes de crimes. Face au processus judiciaire, les intervenantes du CAVAC représentent souvent la voix des personnes victimes et témoins.

La préoccupation du respect qu'on porte à cette clientèle ne s'est pas toujours fait sentir de façon soutenue et était beaucoup moins palpable à l'époque qu'aujourd'hui. L'avènement de cette nouvelle Loi sur l'aide aux victimes d'actes criminels ainsi que la naissance du Réseau des centres d'aide aux victimes d'actes criminels ont favorisé l'expression des besoins concrets et justifiés des victimes de crime dans le système de justice.

L'implication des différents représentants du Réseau des CAVAC a permis de donner la parole aux victimes auprès de nos gouvernements. Par exemple, la représentation à des comités interministériels et la consultation sur des questions en lien avec le programme de mesures de rechange, ou les personnes victimes ayant une déficience intellectuelle, constituent des implications importantes. Ces intrusions politiques ont manifestement favorisé une écoute plus attentive de l'expression des besoins des victimes. Notons également que l'implication d'organismes comme Plaidoyer-victimes, qui ont pour

mission la défense des droits, a contribué grandement à l'avancement de cette question.

Par ailleurs, le CAVAC-MV a su emprunter des chemins tout aussi différents qu'innovateurs pour provoquer des changements positifs en faveur des personnes victimes, toute clientèle confondue. Par contre, la question des personnes âgées victimes de violence a toujours été élevée au premier plan des préoccupations manifestées par notre organisme. Mme Vaillancourt, fondatrice du CAVAC-MV, a présenté différents mémoires concernant la clientèle des aînés et le respect qu'on doit leur porter à différents plans. De plus, le CAVAC-MV se distingue par son approche-terrain auprès de la clientèle. Il a su développer une aisance à transiger avec un système que la plupart des gens perçoivent comme étant inaccessible.

Les intervenantes ont notamment acquis une méthode d'intervention bien particulière de représentation des personnes victimes. Ainsi, les droits des personnes victimes ont des chances d'être moins « bafoués » par le système judiciaire. Toutefois, n'oublions pas que, autant que possible, nous impliquons la personne victime dans une démarche proactive. Par exemple, faire valoir son droit pour la victime de témoigner dans sa langue lorsque sa situation le requiert ou demander pendant un huis clos qu'elle puisse compter sur la présence d'une intervenante peuvent représenter des demandes difficiles à exprimer pour une personne victime. C'est donc à ce plan que nous sommes formées pour intervenir.

Le CAVAC-MV a couvert à part entière un secteur d'intervention qui n'était occupé jusqu'à maintenant par aucun autre organisme communautaire. Le CAVAC-MV s'est solidement bâti une place au sein du système judiciaire. Sa création est en lien direct avec la Loi sur l'aide aux victimes d'actes criminels et son mandat est défini clairement à partir de celle-ci : offrir des services d'intervention sociale, d'accompagnement, de support et d'orientation aux victimes d'actes criminels.

Dès sa création, le CAVAC-MV a fait preuve d'innovation ; c'est d'ailleurs ce qui en fait sa distinction et ce qui lui a permis d'être reconnu au fil du temps. L'intervention auprès des victimes de crimes au palais de justice, par exemple, a fait partie de ses premiè-



res préoccupations. Mme Marthe Vaillancourt, à l'époque, a su revendiquer la nécessité pour les victimes et les témoins de disposer d'un local pouvant leur permettre d'attendre le moment du témoignage en toute confidentialité et en toute sécurité.

Cette nouvelle place qu'occupait le CAVAC-MV au sein du système judiciaire ne s'est pas faite sans acharnement et sans efforts. La grande contribution du CAVAC-MV dans l'intervention auprès des victimes lui a permis graduellement et avec assurance de démontrer qu'il était une ressource indispensable qui s'était implantée solidement.

Le CAVAC-MV a mis en place différents projets de promotion de la non-violence et d'information, toujours dans le but de servir mieux et davantage sa clientèle. Mais sans contredit, c'est son projet ACORD-victimes qui poursuit, comme principal objectif, « le respect des victimes dans le système judiciaire », qui se trouve au cœur des réalisations du CAVAC-MV et qui cherche à répondre aux besoins exprimés par les victimes de crime. Un comité consultatif composé de différents intervenants sociaux, communautaires et judiciaires a alimenté les réflexions du CAVAC-MV sur la question. De ces nombreuses discussions, trois priorités se sont retrouvées au centre du projet et ont été sélectionnées :

1. améliorer les attitudes et les comportements des différents intervenants judiciaires afin de les orienter vers le respect des droits des victimes ;
2. réduire le délai de six mois (de l'ouverture d'un dossier jusqu'à sa résolution dans le processus judiciaire) ;
3. améliorer les conditions de témoignage des victimes et témoins.

Différents intervenants tels les policiers, les procureurs de la couronne et de la défense ont été rencontrés pour être sensibilisés. Des mécanismes d'évaluation des délais de résolution des dossiers ont été implantés et différents moyens techniques ont permis aux victimes de connaître de meilleures conditions lorsqu'elles doivent se présenter à la cour. Le CAVAC travaille quotidiennement à la con-

crétisation de ces objectifs et en fait son cheval de bataille auprès de tous ceux qu'il côtoie.

Nous travaillons particulièrement au dernier point concernant l'accompagnement et celui-ci se retrouvera sans aucun doute parmi nos prochaines luttes et revendications.

### **L'ACCOMPAGNEMENT DES VICTIMES D'ACTES CRIMINELS AU PALAIS DE JUSTICE : UN SOUTIEN NÉCESSAIRE**

Une très grande partie du travail des intervenantes est consacrée à l'accompagnement des victimes et témoins au palais de justice des districts de Chicoutimi et d'Alma. Le CAVAC-MV a dispensé des services à Chicoutimi dès sa mise sur pied. Il a toujours reconnu l'importance d'offrir cette catégorie de services à la clientèle des victimes, des témoins et de leurs proches. Des actions concrètes se sont effectuées afin de répondre à ce besoin d'accompagnement et de soutien, mais non sans efforts et sans persévérance auprès des services judiciaires.

Au cours de ses premières années d'opération, le CAVAC-MV a dû se tailler une place que le milieu de la justice ne lui a pas concédée spontanément.

On pourrait qualifier l'intervention du CAVAC-MV de pionnière en matière d'accompagnement. En effet, il a été l'un des premiers organismes communautaires à faire valoir l'importance de ce type d'intervention. Un soutien professionnel adéquat, jumelé à une intervention judiciaire spécifique au CAVAC-MV, se trouve des plus appropriées en de telles circonstances. Le discours quotidien des intervenantes contribue à dresser « un portrait réaliste et non biaisé » du processus judiciaire et du déroulement du témoignage en particulier. Ainsi, la personne victime sait exactement à quoi s'en tenir et peut mieux se préparer à son rôle de témoin.

Le CAVAC est d'avis que le système actuel mérite d'être amélioré et juge important d'expliquer aux gens rencontrés la meilleure attitude à adopter pour ne pas transformer cette expérience en traumatisme ou

en revictimisation. C'est à ce plan, entre autres, que le CAVAC a grandement travaillé. Nous avons cherché, en nous basant sur des expériences extérieures telles que celles vécues au Manitoba, à intervenir de façon efficace et respectueuse auprès des victimes pour ainsi répondre à différents besoins exprimés de leur part, tel le respect. Le projet ACORD-victimes est né de ces préoccupations.

### **LA PRÉPARATION AU TÉMOIGNAGE : UNE ÉTAPE IMPORTANTE VISANT À DIMINUER LE RISQUE DE REVICTIMISATION**

En conformité avec les valeurs qui sous-tendent notre intervention, les intervenantes du CAVAC vont toujours travailler à amener les personnes aidées vers la reprise du pouvoir. Les personnes rencontrées sont tout à fait libres de s'engager dans le processus judiciaire. Quand ce désir est manifesté, elles seront accompagnées dans ce processus par une intervenante qualifiée, prête à les supporter dans leurs inquiétudes et à répondre à leur questionnement tout au long de leur démarche.

### **LA DÉNONCIATION EST EN FAIT LE PREMIER JALON D'UN PROCESSUS DE REPRISE DE POUVOIR ET DE GUÉRISON POUR PLUSIEURS D'ENTRE ELLES**

Le discours tenu auprès des gens rencontrés renferme des éléments communs qui se retrouveront de façon constante dans toutes les entrevues. On implique la victime de façon active dans ce processus à prime abord impersonnel où, en fait, il n'y a pas si longtemps, elle y tenait un rôle très effacé. D'ailleurs, rappelons-nous que ce désir pour la victime d'être proactive fait partie des besoins souvent exprimés de sa part. L'informer simplement de ses droits et recours contribue à lui donner du pouvoir, car nous savons que le pouvoir passe aussi par l'information.

Les premières paroles de l'intervenante servent souvent à souligner le courage de la personne victime face à son geste de dénonciation de la violence. C'est également à ce moment qu'un renforcement est effectué pour amener la personne aidée à entrer en contact avec « la

partie adulte » de son être psychologique, selon la théorie de l'analyse transactionnelle développée par Eric Berne (1971).

Garder les gens dans l'inertie ne favorise en rien la reprise de contrôle sur leur vie. Tout au contraire, nous désirons, par nos actions, favoriser la prise en main individuelle de toutes les personnes rencontrées, tenant bien compte du potentiel et des limites de chacune.

Par delà le processus, il doit exister chez la personne victime un fort sentiment de combativité pour mener sa dénonciation de la violence jusqu'au bout. Plus d'un motif peut venir ébranler ce pont si fragile qu'elle construit graduellement vers l'estime de soi. Particulièrement, pour la femme victime de violence, le sentiment de culpabilité qui l'habite au départ et que son entourage se plaît à renforcer ainsi que la peur de s'engager dans une démarche la plupart du temps inconnue font partie des obstacles possibles. Enfin, le délai requis pour que le processus judiciaire atteigne sa finalité est également source de découragement.

Hormis ces différents éléments dissuasifs, la personne victime doit faire preuve de ténacité et compter sur des ressources expérimentées en liens étroits avec le milieu de la justice, capables de transiger avec les collaborateurs de ce système particulier. C'est principalement pourquoi le Réseau des CAVAC a été créé et est maintenant reconnu.

## **TYPES D'INTERVENTIONS ET D' ACTIONS POSSIBLES POUR FAVORISER LA DÉNONCIATION, L'ACCÈS À LA JUSTICE ET LA DIMINUTION DE LA REVICTIMISATION**

### **Les actions gouvernementales**

D'abord, à la fin des années soixante-dix, une démarche mondiale a été réalisée sur la prise de conscience à l'égard de la situation des victimes d'actes criminels. La Déclaration des principes fondamentaux de justice relatifs aux victimes de la criminalité et aux victimes d'abus de pouvoir a marqué un tournant pour la justice pénale<sup>4</sup>. Les principes de cette déclaration visent alors à faciliter l'accessibilité à la justice et le traitement équitable des victimes.

En 1971 le Québec se dotait de la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels<sup>5</sup>. Plus tard, en juin 1988, le gouvernement du Québec a introduit des mesures destinées à répondre aux besoins et préoccupations des victimes d'actes criminels<sup>6</sup>. La Loi sur l'aide aux victimes d'actes criminels reconnaît les droits et les responsabilités des victimes. Certains des articles de la loi, tel l'article 2, mentionnent le droit pour la victime d'être traitée avec courtoisie, équité, compréhension et dans le respect de sa vie privée. Cette loi prévoit aussi de permettre à la victime de voir ses points de vue et ses préoccupations présentés et examinés aux phases appropriées de toute procédure judiciaire lorsque son intérêt personnel est en cause.

En 1998, la magistrature, le ministère de la Justice du Québec et le Barreau du Québec ont convenu, dans une Déclaration de principe à l'intention des témoins : « de porter une attention particulière aux témoins, particulièrement ceux qui sont vulnérables en raison de leur âge ou d'une déficience physique ou psychique »<sup>7</sup>. Les parties croient également important « de protéger le témoin contre toute manœuvre d'intimidation lors de l'audition et de s'assurer que les interrogatoires ne soient ni vexatoires ni abusifs »<sup>8</sup>.

Le gouvernement fédéral a, quant à lui, présenté dernièrement les faits saillants du projet de loi sur le crime organisé. Il est prévu qu'une protection soit accordée aux personnes qui participent au système judiciaire contre certains actes d'intimidation. « Le recours à la violence pour intimider les personnes participant au système judiciaire ou un membre de leur famille dans l'intention d'entraver l'administration de la justice, constitue une infraction »<sup>9</sup>.

Les organismes qui travaillent auprès des victimes de violence ont accueilli toutes ces implications gouvernementales avec empressement et désirent qu'elles soient appliquées rigoureusement par les magistrats. Elles reflètent une préoccupation grandissante pour le respect des victimes et des clientèles particulières et peuvent contribuer à minimiser la victimisation par le système de justice.

Récemment, le ministère de la Justice a élaboré sa propre Déclaration de services aux citoyens dont le slogan nous dit : « Pour des services qui vous rendent justice... Ensemble, on évolue »<sup>10</sup>. Plusieurs objectifs contenus dans cette déclaration peuvent contribuer au

mieux-être des personnes victimes dans le système de justice et favoriser l'émergence d'une image davantage positive de ce système. Espérons que les services judiciaires provinciaux appliqueront ces principes avec rigueur.

Comme nous l'avons vu précédemment, certains objectifs du projet-ACORD élaborés par le CAVAC-MV prévoient notamment « de permettre l'expression des victimes dans un contexte d'écoute attentive, de respect, de considération, de sécurité ». Il est important de tenir compte des besoins exprimés par les victimes afin de leur permettre de vivre une expérience non victimisante dans le processus judiciaire.

« Le CAVAC-MV prône également le droit de la victime d'être accompagnée par la personne de son choix lors d'une audience », droit qui fait partie d'une volonté légitime exprimée par les victimes de crime et qui ne devrait pas être discutable.

Nous souhaitons rendre possible cette expression de besoin de sécurité chez les victimes. Nous désirons que les dispositions mises de l'avant par les différents paliers de gouvernement se réalisent de façon concrète. L'humanisation du système judiciaire et son accessibilité ne doivent pas être perçues comme des caprices particuliers de la part des victimes et des témoins, mais davantage comme une façon d'accéder plus facilement à l'équité pour tous face à la dénonciation d'actes violents.

#### **IMPLICATION DES INTERVENANTS DU MILIEU JUDICIAIRE : POLICIERS, PROCUREURS, JUGES**

Depuis les dix dernières années, des dispositions à l'attention des victimes et des témoins ont été mises de l'avant, telle la Déclaration de la victime<sup>11</sup>. Concrètement, certaines d'entre elles se sont manifestées par des comportements et des attitudes observables de la part des différents intervenants du secteur judiciaire.

Une meilleure compréhension des émotions et des sentiments exprimés par les victimes nécessite une sensibilisation continue des intervenants judiciaires. Les policiers avec lesquels nous travaillons

quotidiennement reçoivent de la formation leur permettant d'approfondir leurs connaissances sur divers sujets. Ce sont souvent les intervenantes des secteurs communautaires et publics qui vont dispenser ces formations qui touchent particulièrement la violence. Cependant, nous croyons important qu'elles fassent partie d'un programme de formation continue.

L'Institut de police accorde une place importante dans son programme à la familiarisation des futurs agents au vécu des victimes et des témoins. Une volonté de mieux connaître la réalité associée à la victimisation est d'ailleurs palpable chez les candidats que le CAVAC-MV a l'occasion d'accueillir en stage. Un virage important est nécessaire dans les mentalités de tous ces futurs policiers. Nous sommes heureuses de constater que celui-ci semble bien amorcé.

Les rapports professionnels quotidiens que les intervenantes sociales du CAVAC-MV entretiennent avec les substituts du Procureur général nous permettent de faire un constat intéressant. En effet, une sensibilité accrue à l'égard des victimes et des témoins est perceptible de la part des procureurs. Malgré que ceux-ci déplorent le fait de ne pas avoir suffisamment de temps à leur consacrer, on sent tout de même que des efforts importants sont effectués à créer un lien de confiance avec les victimes et les témoins et à favoriser leur bien-être à la cour. Le Réseau des CAVAC a été invité dernièrement à dresser un portrait de ses services et à présenter la réalité des victimes lors d'une réunion provinciale des procureurs-chefs. Cette démarche a permis de sensibiliser davantage tous ces collaborateurs au vécu des victimes. Par ailleurs, la magistrature a elle aussi démontré une ouverture intéressante, entre autres en signant la Déclaration de principe concernant les témoins en juin 1998.

De plus, les modifications apportées par la loi C-79<sup>12</sup> leur permettent d'avoir accès à des informations importantes concernant le vécu des victimes. Pensons à la Déclaration de la victime qui permet désormais aux personnes concernées de s'exprimer sur les conséquences du crime vécu. De plus, les nouvelles dispositions qui permettent aux victimes d'effectuer la même démarche, mais de façon verbale, favorise la prise de conscience des juges face aux inconvénients engendrés par la victimisation. On ne peut rester indifférent à l'expression parfois touchante de ce que les victimes

ont à dévoiler. C'est pourquoi ce moyen contribue sans contredit à sensibiliser la magistrature à leur réalité en partageant devant la cour des parcelles bouleversantes de leur vie.

Certains groupes communautaires de femmes et des tables de concertation ont eu l'occasion d'effectuer une approche auprès de la magistrature pour l'inviter à une sensibilisation future en lien avec la violence faite aux femmes. Une ouverture a été manifestée encore à ce plan.

### **IMPACT DE L'HUMANISATION DU SYSTÈME DE JUSTICE**

Plusieurs victimes nous expriment la nécessité pour elles d'entreprendre une démarche judiciaire pour favoriser la guérison de leurs blessures psychologiques. Ces blessures sont omniprésentes chez les victimes et ne sont parfois qu'à un stade très précaire de régression. Pour d'autres, la dénonciation fait appel à leur devoir de citoyen de signaler tout événement qui peut représenter une menace pour la population. Certaines d'entre elles vont dénoncer parce que leur seuil de tolérance face à la violence a atteint son paroxysme. Plus particulièrement, lorsque le présumé agresseur s'en est pris à d'autres victimes, celles-ci vont réagir par la dénonciation et ce, presque par instinct de protection.

Dans tous les cas, il n'est pas facile pour ces personnes d'utiliser ce mécanisme peu connu qu'est le système de justice. Peu importe la motivation qui les anime, nous devons les écouter dans ce qu'elles vivent et tenir compte de leur réalité.

Comme intervenantes au Centre d'aide aux victimes d'actes criminels, nous entretenons des contacts quotidiens avec les victimes de crimes. Nous recueillons de nombreuses impressions et commentaires lors du déroulement du processus judiciaire comme tel, mais aussi lors de son dénouement. Il nous a donc été possible, au fil des années, de prendre connaissance des besoins réels des victimes et des témoins qui font face au système judiciaire.

Plusieurs de ces besoins sont énoncés dans les différentes lois, déclarations de principes et autres dispositions à l'égard des victimes



et des témoins. Les besoins le plus souvent exprimés font référence notamment au respect de l'intégrité personnelle. Toute personne croit important d'être respectée dans sa particularité et sa différence et d'être ainsi traitée avec diligence et considération en lien avec cette condition personnelle qui fait d'elle une personne unique. Être traitée comme telle fait donc toute la différence sur la perception que la victime a du système de justice.

À notre avis, l'application de ces différents énoncés est dépendante de l'implication personnelle des différents intervenants du milieu judiciaire. Nos douze dernières années passées auprès de la clientèle des victimes nous ont permis de récolter différentes expériences vécues par ces personnes dans le système de justice. Notre contact privilégié avec ces gens nous permet d'énoncer certains constats. Par exemple, lorsque la victime a pu s'exprimer dans le respect et être traitée ainsi, peu importe l'issue des procédures judiciaires, elle gardera une image davantage positive du système de justice. Cette manifestation d'attention contribue à favoriser, chez la victime, le renforcement de son estime d'elle-même. Effectivement, comme nous l'avons énoncé précédemment, le processus judiciaire peut faire partie d'un processus de guérison. De plus, rappelons-nous que la cour est accessible au public. Le message transmis à la population est également très important à considérer par les intervenants du milieu judiciaire.

Une attention plus soutenue à la réalité des victimes et des témoins ainsi que l'application rigoureuse des différentes dispositions élaborées par nos gouvernements ne peuvent que contribuer à minimiser l'écart important et persistant entre les droits des prévenus et ceux des victimes. C'est ce que nous croyons avec conviction. L'expression concrète du respect à l'égard des victimes et des témoins de crime est attendue des personnes confrontées au processus judiciaire.

## CONCLUSION

Incontestablement, un équilibre est nécessaire entre les droits des victimes et ceux des contrevenants dans le système de justice. Le Barreau du Québec estime que tous les efforts, particulièrement

depuis 1988, ont convergé vers une amélioration de la situation des victimes. Somme toute, ce seront notamment les moyens mis à la disposition des victimes qui seront déterminants dans le rétablissement de la confiance de ces dernières dans l'administration de la justice<sup>13</sup>.

À notre avis, ces moyens peuvent contribuer à favoriser la dénonciation, mais ils ne sont pas suffisants pour contrer le risque de subir des conséquences liées à la victimisation par le système de justice. Un changement s'impose dans les mentalités de toutes les personnes travaillant de près ou de loin dans le système de justice. Nous devons comprendre davantage la réalité des personnes victimes de crime. Il incombe à tous de contribuer à leur mieux-être lorsqu'elles décident de s'engager dans une démarche judiciaire.

Nous devons impérativement nous souvenir que derrière tout événement vécu en lien avec une victimisation, il y a une personne humaine. Dans son entourage, il y a également des gens soucieux de son bien-être et qui ont eux aussi été touchés indirectement par le crime. Un acte criminel ne représente pas seulement une série de faits. C'est un événement qu'on ne peut dissocier objectivement de la personne et nous devons nous rappeler de cela. Nous devons également comprendre que ces gens sont encore affligés d'une blessure plus ou moins profonde au moment où ils traversent à la fois ces épreuves et le processus judiciaire.

Nous gardons espoir en nous disant qu'en tant qu'organisme œuvrant auprès des victimes d'actes criminels, nous contribuons de façon certaine à une évolution des mentalités qui leur est favorable. C'est ce que nous croyons avec conviction et espérons avec sincérité !

## NOTES

<sup>1</sup> Mémoire du Barreau du Québec, Le rôle de la victime dans le système de justice pénale, septembre 1998.

- 2 Plaidoyer-victime, guide d'intervention auprès des victimes d'actes criminels, 1995.
- 3 La Loi sur l'aide aux victimes d'actes criminels, L.R.Q c. A13.2.
- 4 Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies, Déclaration des principes fondamentaux de justice relatifs aux victimes de la criminalité et aux victimes d'abus de pouvoir (1985).
- 5 Loi sur IVAC, L.R.Q., c.1-6.
- 6 La Loi sur l'aide aux victimes d'actes criminels, L.R.Q c. A13.2.
- 7 Déclaration de principe concernant les témoins (1998).
- 8 *Idem.*
- 9 Projet de loi sur le crime organisé, Ministère de la Justice (2001).
- 10 Déclaration de services aux citoyens, Ministère de la Justice (2001).
- 11 Projet de loi c-79, Loi modifiant le Code criminel, Ministère de la Justice (mai 1999).
- 12 *Idem.*
- 13 Mémoire du Barreau du Québec, Projet de loi C-79, Loi modifiant le code criminel, mai 1999.



**MISSION D'INTERVENTION EN AFGHANISTAN ET  
AU TADJIKISTAN EN AOÛT 2001 D'AIDE  
PSYCHOLOGIQUE SANS FRONTIÈRES<sup>1</sup>**

Martine BARBIER BOYER

C'est à la suite d'une première mission en juin 2000 destinée à répondre à l'appel des femmes afghanes opprimées par le régime théocratique des Talibans que cette deuxième mission a été organisée, en août 2001, afin d'évaluer la nécessité d'un travail psychologique auprès des populations en difficulté : réfugiées au Tadjikistan et en Afghanistan dans la zone contrôlée par les Mudjahidins du commandant Massoud. Nous avons travaillé essentiellement à Dushanbé au Tadjikistan et dans la vallée du Panjshir.

Le gouvernement afghan reconnu par la France, celui du président Rabbani, nous avait transmis quelques directives pour faciliter la mission d'évaluation d'*Aide psychologique sans frontières* (APSF). Nous avons visité à Dushanbé la clinique dirigée par le Dr Esmat ; dans la vallée du Panjshir et de la région nord de Kapîska, nous avons rencontré le Dr Rahim Dad, responsable de la santé dans la vallée, ainsi que les ONG installées, en liaison avec M. Quaher, responsable du ministère des Affaires étrangères.

Nous avons demandé par courrier au commandant Massoud un entretien qui nous a été accordé le 23 août 2001 ; lors de cette rencontre, des projets d'installation de l'ONG furent envisagés très sérieusement, en compagnie également du Dr Abdullah Abdullah, bras droit de feu le commandant Shah Massoud, aujourd'hui ministre des Affaires étrangères du gouvernement actuel de transition en Afghanistan.

L'objectif général était d'évaluer les besoins sur deux plans : 1) ceux des personnels de santé mentale alors déjà en place, et de s'inscrire dans les réalisations déjà en cours des autres ONG et de l'ONU au Tadjikistan ; 2) de nous rendre compte des besoins de la population,

c'est-à-dire d'agir de manière concertée en raison des différences de culture observées, dans un projet global de consolidation de santé publique.

Rappelons que l'année 2001 était alors consacrée à la santé mentale dans le cadre de l'Organisation mondiale de la santé. On se rend compte que la politique de soins en santé mentale est de plus en plus importante dans les différents programmes de l'OMS : APSF Canada et France sont en partenariat avec ces organisations internationales.

Il s'agissait d'aider les personnels en leur enseignant les techniques actuelles de la victimologie et les outils d'évaluation, les méthodes utilisées en Occident pour traiter les symptômes psychosomatiques, puis de diagnostiquer en adaptant ces techniques aux besoins spécifiques rencontrés sur le terrain et à leur culture afghane.

Nous avons fait le point avec une équipe de cinq psychologues, deux psychiatres et une travailleuse sociale, responsable de l'accueil des nouveaux réfugiés dès les premiers jours, et ils nous ont soumis le cas de quelques patients leur posant un certain nombre de problèmes. Là, nous avons pris nettement conscience qu'il nous fallait progresser très doucement avec eux pour ne pas les heurter par des conceptions trop occidentales ne correspondant pas à leur réalité culturelle ni à leurs moyens matériels limités. Par exemple, une femme ne pouvait être approchée que par une psychologue féminine, en particulier si ses symptômes se rattachaient au corps, symptômes de conversion hystérique qu'il fallait aborder très prudemment.

Le chaos dans lequel se trouvait le pays, et qui dure encore aujourd'hui, a engendré énormément de traumatismes psychiques pouvant aller jusqu'à de très graves troubles psychiatriques. Néanmoins, nous avons pu noter que la structure familiale restait un bastion fort pouvant participer de la résilience ; la religion aussi jouait un rôle structurant très important. Nous pouvons dire sans nous tromper que l'Afghanistan, qui a connu vingt-quatre ans de guerre, est le pays des traumatismes par excellence : traumatismes anciens ankystés, traumatismes plus récents, état de stress post-traumatique pour les blessés de guerre et les personnes en deuil récent.

## **LES PRINCIPAUX SYMPTÔMES OBSERVÉS APRÈS UN ÉVÉNEMENT TRAUMATIQUE**

Parmi les réactions les plus fréquentes, on rencontre :

- des symptômes physiques tels que muscles tendus, tremblements et agitation, des maux de tête, de la transpiration, de la fatigue, des troubles du transit (diarrhées, constipation) ;
- des troubles du sommeil avec difficultés à s'endormir, réveil en pleine nuit, rêves et cauchemars ;
- la perte du goût pour les activités habituelles, y compris la perte d'appétit et une baisse de l'énergie sexuelle ;
- des réactions de sursaut aux bruits forts ou aux mouvements brusques ;
- des reviviscences : les images de l'événement traumatique s'imposent brusquement à l'esprit et sans raison ;
- des difficultés à se concentrer, à se souvenir des choses ;
- un évitement des situations et des lieux qui rappellent l'événement ;
- la peur que l'événement traumatique ne se reproduise ;
- de l'anxiété, de la peur de rester seul, d'être confronté à toute situation susceptible de faire peur, une crainte qu'il arrive quelque chose à soi ou à ses proches ;
- de la tristesse, des sentiments de perte ou de solitude ;
- de la colère, de l'irritabilité dirigée contre ce qui s'est passé, contre l'absurdité et l'absence de sens, contre ce qui a provoqué l'incident, et le fait de se poser sans cesse la même question : « Pourquoi moi ? » ;

- un sentiment de remise en question et de culpabilité reposant entre autres sur le fait de ne pas avoir agi différemment pendant l'accident et de s'en être mieux sorti que les autres, enfin la culpabilité liée à la mort de quelqu'un.

L'intensité de ces réactions varie d'un individu à un autre, elles sont normales. Dans le cas de stress post-traumatique, on assiste souvent à des comportements inadaptés face à la situation réelle :

- forte agitation, activité sans but, agressivité accrue, fuite panique ;
- paralysie, tétanisation, apathie et dépression ;
- comportement régressif, infantile, obstiné, collant et insouciant.

Nous avons aussi pour ambition d'agir sur les répercussions des symptômes psychotraumatiques sur le fonctionnement psychosocial des jeunes Afghans et de leurs communautés en camp de réfugiés, en établissement de santé, en village et dans les écoles. Donc, la mise en place d'un dispositif clinique, ethnopsychiatrique et psychosocial.

Ce programme paraît ambitieux, mais quand nous l'avons conçu, avant les attentats des 9 et 11 septembre 2001, nous étions dans un pays certes en guerre, une guerre qui paraissait éternelle malgré les efforts faits depuis cinq ans pour sensibiliser la communauté internationale. C'était la question posée à Nicole Fontaine, présidente du parlement européen en avril 2001 par le commandant Massoud, lors de sa visite en Alsace (France).

Certains réfugiés étaient là depuis plus de deux ans et, dans le meilleur des cas, ils avaient reconstruit leur maison et s'étaient un peu installés, des terres avaient été distribuées et ils cultivaient leurs petits champs avec des moyens très rudimentaires.

L'Association Negar, la société civile française, à travers un prix que j'ai eu l'honneur de recevoir en mars 2001 — le prix Fémina-hebdo — a permis de payer les salaires des professeurs et de scolariser plus régulièrement les enfants, et surtout les filles.



Il nous est difficile de nous rendre compte de l'état de pauvreté dans lequel sont plongées ces familles afghanes qui ont souvent tout perdu : leur maison, leur famille ou un membre, qui ont été soumises à des exactions de la part de leur propre État. C'est pratiquement miraculeux de les voir encore rire, jouer et écrire des poèmes ! Goûter des moindres plaisirs de la vie.

C'est sur cette résilience que nous nous sommes appuyés pour les aider. Nous avons compris que les Afghans avaient une immense envie de vivre et de croire en la vie, que les souffrances ne pouvaient aller au-delà de ce qu'ils avaient déjà subi et qu'il était impossible que cette guerre n'ait pas une fin ! Ils ne sont pas soumis comme nous à la société de consommation puisqu'ils n'ont rien, ils se contentent de l'essentiel...

Le rapport au temps est également différent, dans la mesure où la plupart des villages sont plongés dans l'obscurité au coucher du soleil (pas d'électricité) ; ils vivent selon la nature et cela leur donne une sorte de placidité. Ils disent : « Inch Allah, si Dieu le veut », et tout arrive comme cela parce que Dieu le veut. Ce qui implique une notion de causalité différente, qui n'est pas recherchée la plupart du temps par les Afghans.

L'Afghanistan vit coupé du monde, anesthésié, sans médias, sans communications, replié sur lui-même ; c'est la famille, la religion qui occupent une place fondamentale, comme dans une bulle hors du temps, d'où le sentiment d'éternité. Aussi, rien n'a changé depuis l'aube des temps, le monde autour d'eux avance, ils le sentent confusément, mais se sentent à part, fiers, conscients de leur nature, attachés à leurs langues et à leurs particularismes, résistants envers ceux qui veulent détruire ce passé multiple qui les a façonnés au cours des siècles. Ils m'ont dit : « L'Afghanistan s'est endormi, hors du temps et du monde, comme suspendu à l'éternité ». Curieux de nous voir, de nous parler, d'acquérir nos méthodes modernes de travail, mais aussi voulant nous montrer qu'ils s'en sortent, qu'ils ont leur philosophie de la vie, qu'ils ne sont pas soumis à l'argent comme nous, et qu'ils peuvent vivre et élever des enfants dans un dénuement total ! Ce qui ne veut pas dire que les traumatismes psychiques ne sont pas présents ; ce n'est pas parce qu'un enfant joue au cerf-volant qu'il n'est pas traumatisé.

## **DESCRIPTION DE NOTRE MISSION**

Nous avons quatre objectifs :

1. aide aux écoles afghanes et aux enfants afghans — programme combiné avec l'Association Negar : acheminement de fournitures scolaires, de vêtements (dons de la population française aux réfugiés) ;
2. mission d'évaluation des dispositifs cliniques d'accompagnement psychologique post-traumatique qui pourraient être mis en place par des cliniciens tadjiks et afghans ;
3. mission de formation de conseils psychologiques post-traumatiques aux techniques thérapeutiques de mise en valeur des ressources résiduelles, individuelles et sociales ;
4. recension des demandes « d'immigration temporaire » des réfugiés afghans. (Ce point ne sera pas traité ici, n'étant plus d'actualité si le pays retrouve la paix.)

## **PROPOSITION D'UNE INSTALLATION D'UNE MISSION PERMANENTE D'APSF INTERNATIONAL ET APSF FRANCE AU TADJIKISTAN ET EN AFGHANISTAN**

Il ressort des constats et des demandes du peuple afghan et de son gouvernement démocratique des besoins de structuration d'équipes cliniques pouvant intervenir en Afghanistan, dans la zone libre, et aujourd'hui partout, ainsi qu'au Tadjikistan. En effet, nous avons relevé des carences énormes de prise en charge médicale, psychologique voire psychiatrique chez les enfants afghans, chez les femmes afghanes qui sont souvent terrorisées et développent des pathologies dues à ces contraintes et cette angoisse permanente dans lesquelles elles se trouvent.

Les hommes afghans, qu'ils soient civils ou combattants, développent des troubles graves et provoquent en ricochet des souffrances à leur famille quand ils décompensent, et affolent leurs proches devant leur état, faisant éclater le groupe familial, base de l'équilibre du clan

afghan. Les besoins étaient alors localisés autant à Dushanbé (Tadjikistan) qu'en Afghanistan Nord (Kapisa) et au Panjshir.

Nous avons pensé installer différents lieux cliniques :

- un espace clinique de la résilience à Dushanbé, par exemple, avec deux spécialistes afghans réfugiés et un clinicien spécialiste post-traumatique occidental (français ou canadien) ;
- une consultation ambulatoire spécialisée avec deux cliniciens (psychiatre et psychologue) à Khwaja Bahauddin, pour un camp de réfugiés très touché par les problèmes sanitaires (conditions de vie très difficiles sous tentes plastiques) ainsi que dans la vallée du Panjshir, longue de 120 km, avec de très mauvaises routes. Aujourd'hui, ces aspects sont à revoir en regard de la libération du pays et de son unification : une concertation avec les responsables de la santé en Afghanistan s'impose.

### **Les aspects cliniques**

Les besoins thérapeutiques sont de 15 % en soins médicaux et en prise en charge psychothérapeutique selon des protocoles de soins variés, groupe de parole de femmes et d'enfants, groupe de parole d'hommes et de prise en charge individuelle d'enfants afghans et tadjiks. Les Afghans réfugiés à Dushanbé présentent des tableaux cliniques enkystés depuis un à quatre ans pour les adultes, plus récents pour les enfants déjà repérés par les médecins tadjiks et afghans et nécessitent une aide spécifique.

Dans les camps de réfugiés à Khwaja Bahauddin, camp de tentes en plastique, et en vallée de Panjshir — deux camps, l'un de maisons de pisé, l'autre de tentes — les besoins sont de 30 % minimum (de 1 500 à 3 000 sujets) en souffrance : enfants, femmes, vieillards et hommes traumatisés par des scènes de violence de masse qui les ont chassés de leurs villages incendiés. Population moyenne des camps : entre 5 000 et 10 000 personnes.

Les enseignants afghans ne peuvent exercer leur rôle pleinement, car l'État afghan d'alors concentrait ses efforts sur la guerre et les

salaires n'étaient pas payés. Les enseignants se transformaient en agriculteurs pour cultiver leur petit lopin de terre et n'assuraient plus les cours. La situation semble en voie d'amélioration depuis notre passage, grâce à l'aide de Negar et du prix Fémina-hebdo pour remédier à cette situation. Cependant, les enfants sont souvent « dans la lune », ils ont également des difficultés de concentration, un manque criant de matériel scolaire, notamment de manuels de base. Une enquête est actuellement déclenchée par le ministère de l'Éducation nationale française et l'Association Negar pour évaluer les différents besoins.

Les hôpitaux (trois sur un rayon de 150 km) demandent notre présence quotidienne pour des enfants à partir de cinq ans dépressifs, sous traitement médicamenteux permanent, et des femmes très décompensées, des combattants, tant Talibans prisonniers que Moudjahidines, souffrant de traumatismes de guerre, polytraumatisés.

Avant tout, il faut un programme de sensibilisation des médecins afghans — environ 500 — par une formation de quatre jours aux phénomènes psychothérapeutiques et à l'analyse des traumatismes, mais les personnels paramédicaux afghans sont également demandeurs (infirmiers, vaccinateurs, personnels hospitaliers) ; ceci représente plus de 70 sessions de dix stagiaires, soit 280 jours de formation pour 700 stagiaires, personnel médical et médecins.

Les responsables de l'éducation pensent qu'un tel programme pourrait profiter aux 500 enseignants, soit la tenue de 50 sessions pour un total de 200 jours de sensibilisation.

La prison du Panjshir demande aussi un programme clinique pour les prisonniers talibans. Les forces armées moudjahidines et les gouvernements du nord de l'Afghanistan ont besoin également d'une sensibilisation aux phénomènes post-traumatiques des officiers, car ils ne repèrent pas à temps ceux qui sont prêts à décompenser après des années de combats, pour certains plus de quinze ans en tant que lanceurs de roquette. Un tel programme mobiliserait un clinicien à Gulbar trois demi-journées par semaine.

Enfin, un orphelinat exigerait une consultation hebdomadaire de soutien et de dépistage des troubles psychiques des enfant afghans ayant perdu toute leur famille.

Nous avons aussi travaillé sur les dispositifs psychosociaux, mais ce travail est actuellement remis en cause par la situation nouvelle dans laquelle se trouve l'Afghanistan. Nous pouvons dire, pour conclure cette partie, que l'Afghanistan a un urgent besoin d'éduquer sa population au plan psychosocial et aux plans scolaire et technique. Vingt-quatre ans de guerre ont laissé des traumatismes énormes et des lacunes terribles. Nous avons envisagé de faire une recherche psychosociologique permettant de repérer les forces résiduelles dans la société afghane. Un sociologue occidental doublé d'un collègue afghan serait à envisager.

### **La formation de formateurs afghans**

Dans les métiers de base, cela permettrait à des centaines d'Afghans de la société civile de retrouver un travail et un salaire, mais surtout de reconstruire leur pays. Une structure comme l'Association pour la formation professionnelle des adultes (AFPA) pourrait être sollicitée en liaison avec APSF international, et permettrait de fournir le matériel et les méthodes d'enseignement accélérées. Ce transfert des compétences a été particulièrement retenu par le commandant Massoud et le Dr Abdullah Abdullah qui ont senti que leur population a retrouvé le chemin de la paix et de la reconstruction de leur être, mais aussi de leur pays.

Jean-Pierre Vouche, psychologue clinicien, responsable d'APSF propose des questions méthodologiques :

*Pour les enfants afghans, nous souhaitons offrir, pour ceux qui ont été particulièrement affectés, non seulement un dépistage au niveau des écoles, mais ensuite la possibilité de thérapies diversifiées, comme par exemple la thérapie familiale systémique, en fondant notre acte clinique sur une redynamisation des liens et des relations qui sont susceptibles de constituer un cadre protecteur pour l'enfant, l'enveloppe psychique dont parle Anzieu, de protection universelle. Les liens familiaux, lorsque la*

*famille n'est pas totalement décimée, restent la ressource essentielle des sujets en situation de dépouillement ou de dénuement.*

*Les enfants dans ce type de situation peuvent avoir le désir de se sauver à travers le désir de sauver l'autre ; avec « l'objet de sauver » s'exprime une relation de confiance mutuelle qui implique l'absence de trahison ou d'abandon. Clivé pendant la période traumatique, cet objet est le représentant de la capacité dépressive du jeune patient, de ses désirs, de ses espoirs de réparation et d'intégrité ; il constitue un objet donneur et renouvateur de significations.*

*L'intervention clinique sera menée par un collectif thérapeutique de groupes culturels différents et parlant plusieurs langues. Le médiateur ethnoclinicien afghan ou tadjik, traduisant les interactions, éclairera les thérapeutes sur la culture d'origine de ces enfants ainsi que sur les variations récentes de leurs habitudes culturelles. Nous souhaitons éviter un questionnement directif agressant les sujets ; c'est comme sujet et acteurs à part entière de l'évaluation que nous envisageons la relation avec ces enfants. En stimulant leur pensée, l'évaluation peut être intégrée au processus thérapeutique.*

#### **L'ÉVALUATION DIAGNOSTIQUE DANS L'ÉCOLE DE SANGONA, VALLÉE DU PANJSHIR, EN COLLABORATION AVEC L'ASSOCIATION NEGAR**

La vallée du Panjshir comptait au moment de notre passage environ 280 000 réfugiés venus pour la plupart à pied depuis la région de Kaboul, en situation de survie. Ici, la situation est moins difficile que dans certaines autres zones de l'Afghanistan : pas de famine, un seul repas par jour, l'élevage permet de manger de la viande de temps en temps. La vallée s'est améliorée depuis quelque temps : construction de petits barrages, de turbines électriques pour avoir l'électricité, petits ateliers de couture et de broderie pour les filles, travaux des champs, élevage de troupeaux, commerces rudimentaires, écoles fonctionnant si les salaires des professeurs sont versés, présence de nombreuses ONG.

L'école de Sangona est mixte pour les petites classes et a la particularité d'être une des rares écoles de filles fonctionnant sur le

territoire afghan (grâce au gouvernement démocratique de M. Rabbani dans la zone protégée par feu le commandant Massoud).

Il y a 294 élèves (rotation des cours), quatorze professeurs, différentes matières sont enseignées, mais la réunion des professeurs nous indique que beaucoup d'élèves sont en difficulté : « dans la lune, bloqués, ayant du mal à mémoriser... ». Relativement bien équipée, l'école possède des bancs pour les élèves, des pupitres, des tableaux, des craies ! Pourquoi intervenir ?

L'Association Negar d'aide aux femmes afghanes intervenait déjà depuis six ans sur tout le territoire afghan pour soutenir les écoles clandestines dans les zones talibans où les filles étaient interdites d'école. Un programme de résistance des femmes afghanes soutenues par leur diaspora était en place. Dans les autres zones, Negar intervenait en appui au gouvernement ; on a appelé ces lieux « Les écoles de Massoud ». Ces enfants déplacés et surtout ces jeunes filles présentaient-elles des séquelles des traumatismes vécus il y a deux ans lors de leur fuite devant les Talibans ? Étaient-elles conscientes de leur situation privilégiée dans cette vallée ? Quels projets formulaient-elles ?

Le Dr Catherine Bonnet, pédopsychiatre, rencontrée avant notre départ, nous avait raconté son expérience en Croatie et en Bosnie où elle avait réalisé une étude itinérante des dessins d'enfants en situation de guerre et d'exil :

*Meurtris par la haine, accablés par le doute, les adultes ne sont plus disponibles pour les besoins des enfants et répondent à leurs interrogations par le silence. Ils ne perçoivent pas combien leurs ruminations alimentent les fantasmes des enfants face au repli des adultes. Les enfants, les adolescents ont des troubles de sommeil... ils développent des troubles du comportement : énu-résie, conduites suicidaires, accoutumances ; réactions agressives, toxicomanie et prostitution guettent les jeunes adolescents.*

Dans l'école de Sangona, la situation était un peu différente : les enfants n'avaient jamais vécu en situation de paix puisque leur pays était en guerre depuis vingt-quatre ans. Il était impossible d'appliquer la consigne du Dr Bonnet pour ses trois dessins : « Dessine comment c'était avant la guerre, ta famille et ta maison. Comment

c'était pendant la guerre, ta famille et ta maison. Comment tu vois l'avenir ». Le dessin étant bien sûr toujours conçu pour accompagner la verbalisation de l'enfant ensuite.

Nous avons choisi d'appliquer une autre consigne plus proche d'une évaluation diagnostique. Nous avons dit : « Dessine ta famille, ou bien dessine un arbre », consigne qui nous paraissait plus proche de la situation actuelle de ces jeunes réfugiés qui se trouvaient dans une relative sérénité, stabilisés depuis deux ans.

L'impact de la famille étant très lourd pour les plus grands, les préadolescents et les adolescents, il fallait donner une alternative. Parler de la famille était difficile étant donné certaines conditions d'hébergement en villages de tentes ; néanmoins, nous avons eu pas mal de maisons. En dessinant sa maison, l'enfant se projette.

## **RÉSULTATS DE CETTE ENQUÊTE À L'ÉCOLE DE SANGONA**

### **Interprétation des données quantitatives (tableau 1)**

Consigne : « Dessine ta famille, ou bien dessine un arbre »

- On constate que les petits enfants dessinent plus volontiers leur famille que les plus grands.
- Il y a une progression dans le dessin de l'arbre jusque vers treize ans ; après, cela décroît chez les plus grands.
- La maison seule n'est que deux fois dessinée (cela correspond pour l'enfant à une projection de lui plus facilement montrable que la famille).
- On assiste à beaucoup de compositions avec deux éléments : maison + famille, personnage et famille. Croissance jusqu'à treize ans, chute ensuite. Même chose pour les compositions à trois éléments : nature + maison ou personnages.



- Les dessins effacés se remarquent chez les petits (manque de confiance en eux, volonté de faire mieux) ; ils n'osent pas rendre leur dessin à des étrangers.
- Les grands font fi de la consigne et veulent surtout se faire plaisir ou nous faire plaisir (des bouquets de fleurs, par exemple).

**Tableau 1****Résultats de l'enquête à l'école de Sangona**

Dessin	Les 5-6 ans	Les 7-9 ans	Les 10-13 ans	Les 14-18 ans	Total
Arbre seul	3	6	11	2	22
Famille seule	13	0	0	0	13
Une seule personne	2	0	0	5	7
Une maison	1	0	1	0	2
Composition à 2	1	9	12	5	27
Composition à 3	3	4	10	7	24
Autre	0	2	0	8	10
Dessin effacé	3	0	0	0	3
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>21</b>	<b>34</b>	<b>27</b>	<b>108</b>

**Analyse du questionnaire**

- Tous sauf trois ont décrit leur famille, le plus souvent nombreuse (6 à 11 enfants). Un seul précise avoir deux mamans.
- Ceux qui ne la décrivent pas invoquent : « Ma famille, on ne peut pas la lire » ou bien refus de répondre ou élucidation : « Ma famille est bienveillante ».
- Les enfants de cette école venaient presque tous de Kaboul, ils étaient là depuis deux ans en moyenne, tous avaient donc changé

de maison pour venir habiter dans un camp de la vallée du Panjshir dans des petites maisons reconstituées en torchis.

- Trois enfants avaient perdu un membre de leur famille : une pendant la guerre avec les Russes, sans préciser qui ; elle n'a pas voulu non plus décrire sa famille. C'est elle qui dit : « Ma famille, elle est très bienveillante » (elle se projette dans une composition : une maison en dur avec des briques dessinées, et un arbre très coloré qui porte des fruits). Une autre a également perdu un oncle dans cette même période, il y a assez longtemps, et dessine une femme de profil habillée à l'occidentale avec une grande capeline. Enfin, une autre vit un deuil plus récent, une sœur ; elle trace un dessin inquiétant : sa sœur, telle Ophélie, gît dans une rivière et elle se représente avec seulement une tête regardant sa sœur. Elle est très traumatisée, elle se culpabilise : « Pourquoi elle et pas moi ? »
- À la question « Peux-tu bien apprendre à l'école ? », la réponse unanime a été : « Oui, mais ce serait mieux s'il n'y avait pas la guerre » (pénurie des écoles, un crayon pour trois élèves, un livre pour vingt-quatre, des cours en alternance, car tout le monde ne peut aller à l'école toute la journée, soif d'apprendre beaucoup plus importante que chez nous, apparemment).
- Les matières préférées sont : 1) le Coran et dans le Coran, une partie, le Hadis : l'étude des lois ; 2) les mathématiques ; 3) l'anglais ; 4) la géographie et le Dari viennent en dernière position. Cette connotation permet de faire deux hypothèses : 1) les filles aiment étudier la partie juridique du Coran, car ce sont des filles et elles veulent se défendre plus tard ; 2) la religion leur apporte un réconfort.
- À la question « Que veux-tu faire plus tard ? », les ambitions semblent démesurées. Les métiers choisis sont de préférence médecins, car la maladie fait souvent rage (choléra, malnutrition, tuberculose), des métiers tournés vers le social, vers les autres, intellectuellement surinvestis ; une voudrait devenir psychologue dans le secteur agricole (a-t-elle voulu me faire plaisir, s'identifier à une personne comme moi ?).

L'analyse quantitative est intéressante, car elle permet de montrer une évolution des thèmes en fonction de l'âge, qui sont des constantes dans le monde : complexification des dessins avec l'âge, apparition des vêtements, du profil, comme chez tous les enfants du monde.

### **Interprétation qualitative**

Nous devons être très prudents dans l'interprétation de dessins d'une autre culture. L'impression globale du dessin, le tracé donnent des indications sur la sensibilité, les défenses : un dessin de maison très ferme, avec des traits tirés à la règle, donne l'impression d'une façade ; l'enfant a voulu faire face, il est défendu.

Le choix du dessin de l'arbre permet de se référer au « test de l'arbre de Koch ». L'idée d'employer le dessin d'un arbre comme diagnostic psychologique vient de Juncker Emile, un conseiller d'orientation professionnelle de la région de Zurich. Il a été passé à partir de 1928 de manière intuitive sans analyse statistique. C'est Charles Koch qui en fit l'analyse méthodique et établit les comparaisons statistiques qui permettent de le faire parler. L'arbre permet donc la projection et, de plus, il est facile à réaliser, il est vivant et moins chargé affectivement que le dessin de la famille.

C'est l'historien de l'art Michel Grünwal qui a eu le mérite d'avoir apporté la preuve, à l'aide d'un test de construction, d'une symbolique de l'espace dans l'art figuratif. On donne au sujet un petit disque qui le représente, et on place devant lui une feuille blanche qui représente la vie, et on lui demande de se situer sur la feuille au point où il estime se trouver. Les positions choisies sont très diverses, elles varient avec l'âge, la maturité. Le sujet se situe et on lui pose la question : « Où était le disque avant et où va-t-il ? ». On obtient une diagonale qui part du côté gauche et va vers la droite.

En Afghanistan où l'on écrit de droite à gauche, il faudrait refaire ce test pour vérifier cette hypothèse.

Les pourcentages d'arbres se répartissent de la manière suivante : chez 26 % des 5-6 ans, ils privilégient la famille ou le personnage

humain ; chez 65 % des 7-9 ans, 100 % des 10-13 ans et 37 % des 14-18 ans, presque aucun arbre n'a de racines et beaucoup sont séparés du sol : ce qui veut dire absence d'enracinement. Tous ces enfants venaient de Kaboul ou des environs, ils étaient réfugiés et tous, sauf un, avaient perdu leur maison initiale. Quelques arbres nous ont paru inquiétants par leur aspect vide : arbres fendus au sommet, arbre sans feuillage venant d'une enfant de neuf ans qui avait perdu son père

Les maisons : elle sont présentes dans de nombreuses compositions, surtout chez les 10-13 ans. Elles sont souvent très colorées, toujours dans les mêmes couleurs : le rouge, le jaune, le marron (couleurs de la guerre, d'après C. Bonnet qui a fait une étude au Kosovo auprès d'enfants réfugiés dans les camps). Les couleurs du dessin, pendant la guerre, se retrouvent dans les couleurs des maisons de l'école Sangona.

Autre particularité, les maisons sont parfois dessinées sans porte et, s'il y a une porte, elle est fermement cadenassée, avec parfois un jardin ou un sentier fermé aussi. Souvent, les maisons sont dessinées à la règle, elles ont l'air solides et dures, pas des tentes ou des masures : l'enfant veut faire face, c'est une sorte de défense. Une maison ressemble à un visage plein d'effroi, ce qui signifie sans doute une projection d'une enfant de dix ans très sensible dans son tracé.

Les fleurs : très présentes, chez les plus grandes filles, c'est leur façon de se représenter ou de faire plaisir, d'offrir un bouquet. Les dessins représentent souvent des motifs de tapisserie vus chez elles ou dans les tapis persans.

Les personnages humains : principalement des femmes (est-ce un tabou de dessiner les hommes ou sont-ils absents ? Ailleurs ? À la guerre ? Ne vivent pas dans la maison, ne s'occupent pas des enfants ?). C'est un point à investiguer.

Les personnages sans bras représentent probablement les tchadris que portent les femmes ou des personnages impuissants, souvent sans bras et sans bouche, voire sans jambes, avec des troncs élargis et barrés (C. Bonnet a constaté au Kosovo qu'il s'agissait souvent

d'enfants témoins de violence ou de viol, d'intrusion qui dessinent ce genre de personnages. Problème de l'enfermement des femmes, de l'impuissance, dessins qui s'effacent car on ne veut pas les représenter...).

Les animaux seuls : ils apparaissent chez les 7-9 ans, semblent copiés d'après une image, dessins habituels style coloriage ; l'enfant a voulu bien faire sans doute.

## CONCLUSION

Cette approche des dessins des petits Afghans permet de faire certaines affirmations.

- Le culturel occupe une part importante. La forme des maisons, les enfants sur le toit, par exemple : on dort souvent sur le toit en été car il fait chaud.
- La gaieté de certains dessins montre la faculté de résilience de ces enfants. Pour compléter, il serait intéressant de faire dessiner les réfugiés en France, de constituer un autre groupe (en cours de réalisation).
- La comparaison avec le travail de la pédopsychiatre Catherine Bonnet sur les dessins des petits Kosovars a permis de faire apparaître une constante dans les couleurs utilisées en temps de guerre (rouge, jaune, marron ou noir).
- Les différentes projections laissent apparaître une problématique très particulières : maison sanctuaire, pas de représentations masculines, projection narcissique dans les bouquets de fleurs très complexes chez les plus grandes, et le choix de vêtements et de chapeaux surtout très occidentaux.
- À noter aussi que, chez les grandes, la projection dans l'avenir semble très disproportionnée avec leur situation actuelle : aucune ne veut rester à la maison pour élever ses enfants, elles veulent toutes devenir médecins, infirmières, professeurs et même psychologues, des métiers à connotation sociale pour

aider les autres, leur peuple, ou grand désir d'apprendre, de se cultiver.

Au cours de cette mission, nous n'avons pas pu faire un réel travail thérapeutique, mais plutôt jeter les bases d'une collaboration avec l'Afghanistan, partenariat qui a brutalement été interrompu par les événements dramatiques vécus par nos deux peuples : assassinat du commandant Massoud, le 9 septembre, et attentats à New York, le 11 septembre 2001.

Nous avons reçu de nombreux appels de nos collègues afghans et tadjiks, mais aussi du service psychologique de l'hôpital de Kaboul où des cas très graves ont été signalés, comme l'explique Sharifa Yagdary qui dirige une unité de soins pour femmes à l'hôpital : « Les Talibans ne nous ont fourni aucun soutien (alors qu'ils étaient au pouvoir) et nous attendons de voir si le nouveau gouvernement va nous aider. Même les ONG nous ignorent ! ».

La directrice générale de l'UNICEF, Carol Bellamy, a fait état d'une étude sur les enfants afghans datant d'il y a deux ans et signalant de profonds traumatismes : « Surtout, ne croyez pas qu'un enfant qui court avec un cerf-volant oubliera totalement ce qu'il a enduré », a-t-elle averti.

Ce dont nous sommes profondément conscients.

## NOTE

- <sup>1</sup> La mission était composée de Jean-Pierre Vouche, psychologue clinicien et président d'APSF France, de l'auteur du présent article, de Shoukria Haïdar, professeure d'éducation physique et interprète afghane, de Chantal Véron, interprète et ex-professeure de français au Lycée français de Kaboul et de Françoise Causse, opératrice de prises de vue pigiste.

## BIBLIOGRAPHIE

AMATI, Sylvia (1989). « Récupérer la honte », in J. Pujet et R. Kaes, *Violences d'État et psychanalyse*, Paris, Dunod.

ANZIEU, Didier (1987), *Les enveloppes psychiques*, Paris, Dunod.

BONNET, Catherine, *Enfances interrompues par la guerre*, Bayard Presse, exposition itinérante de Médecins sans frontières.

CHAUVENET, V. DESPRET et J.M. LEMAIRE (1996). *Clinique de la reconstruction : une expérience avec des réfugiés en ex-Yougoslavie*, Paris, L'Harmattan Santé, Société et Cultures.

CROCQ, L. (1999). *Les traumatismes psychiques de guerre*, Paris, Odile Jacob.

KOCH, Charles (1964). *Le test de l'arbre*, Lyon, Édition Emmanuel Vitte.

WINNICOT, D.W. (1967). « La théorie de la relation parent-nourisson » in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot.





## **LA POSTVENTION EN MILIEU SCOLAIRE AU QUÉBEC : LE PROGRAMME DU CENTRE DE PRÉVENTION DU SUICIDE 02**

Carol GRAVEL, B.A.

**L**e monde scolaire, à qui s'adresse le programme de postvention, occupe une place importante au Centre de prévention du suicide 02. Le centre procède chaque année à de nombreuses activités d'animation et de sensibilisation dans ce milieu. En dépit d'efforts intenses auprès de cette population cible, quelques cas de décès par suicide surviennent chaque année dans des écoles secondaires, et parfois même dans des écoles primaires de la région.

L'avènement d'un suicide est fort bouleversant et la littérature sur le sujet démontre que des effets de « contagion » sont à craindre. Le suicide d'un jeune, au sein d'une communauté, amène d'autres jeunes potentiellement suicidaires à entretenir l'idée que le suicide est une solution plus enviable que d'autres. De plus, l'accroissement des taux de suicide des dernières décennies fait en sorte que les institutions scolaires se trouvent de plus en plus confrontées à des situations de crise engendrées par le suicide ou la tentative de suicide d'une personne de l'école. Enseignants, administrateurs et membres du personnel se sentent souvent démunis, inquiets, voire dépassés en pareille situation.

Le besoin manifeste et les demandes répétées de la communauté ont amené le secteur recherche-développement du Centre de prévention du suicide 02 à entreprendre un long travail qui a conduit, au début des années quatre-vingt-dix, à l'élaboration d'un programme de postvention en milieu scolaire. Celui-ci a été doublé d'une évaluation d'implantation et d'impact afin d'en mesurer l'efficacité. Le programme s'adresse à l'ensemble des élèves de l'institution où un décès par suicide est survenu et à l'ensemble du personnel de l'école qui, lui aussi, est durement éprouvé en pareille situation.

Le programme aide à diminuer le risque d'effet d'entraînement, à faciliter le processus de deuil et à revenir à un mode de fonctionnement « normal » en dispensant l'aide nécessaire aux endeuillés et aux personnes à risque ou en difficulté à la suite d'un tel événement. Il outille et habilite l'ensemble de la communauté scolaire à faire face à une telle situation et contribue à améliorer la qualité et l'efficacité des interventions à la suite d'un suicide ou d'une tentative de suicide en milieu scolaire.

Le programme implique la création d'un comité de postvention dans chaque école. Celui-ci est composé d'administrateurs, d'enseignants, de professionnels des services complémentaires aux élèves (psychologues, travailleurs sociaux, infirmières, etc.) et de collaborateurs extérieurs (CLSC, maison de jeunes, centres jeunesse, etc.). Le nombre de membres varie selon l'institution et les ressources disponibles. Ce comité aura à intervenir à la suite d'un suicide ou de certaines tentatives de suicide d'une personne du milieu scolaire. Il s'agit de mettre en place une structure permanente à l'école permettant la mise en application d'un plan d'action précis en situation de crise. Le programme est comparable à un plan d'évacuation en cas d'incendie.

Dans le cadre de son implantation, une formation de deux jours est dispensée par le Centre de prévention du suicide 02. La première journée de formation est axée sur la prévention et l'intervention auprès des personnes suicidaires. Les connaissances et habiletés devant être acquises lors de cette première journée constituent la base nécessaire pour être en mesure d'aborder le thème de la postvention, objet de la deuxième journée de formation. À la suite de cette formation, les membres du comité de postvention seront en mesure de : définir les responsabilités, les rôles et les tâches liés à la réalisation du plan de postvention ; mettre en place les procédures prévues au programme en cas de suicide ; annoncer la nouvelle du suicide aux enseignants et aux élèves ; évaluer le risque et l'urgence suicidaire ; identifier les réactions possibles des élèves à la suite de l'annonce d'un suicide ; identifier les personnes à risque suicidaire ; intervenir auprès des jeunes suicidaires ; animer des échanges en classe après l'annonce d'un suicide et, enfin, expliquer le processus suicidaire.

Le programme prévoit un éventail de mesures concrètes pour venir en aide aux personnes à risque ou en difficulté, voir au bien-être de ces personnes et réduire le risque d'effet d'entraînement : mobilisation de ressources et mise sur pied immédiate d'un service d'aide à l'école où membres du personnel et élèves pourront recevoir l'aide et le soutien dont ils ont besoin ; diffusion d'information concernant les ressources internes et externes disponibles ; repérage des personnes à risque ou en difficulté effectué par l'ensemble du personnel et échanges en classe avec les élèves. Ces échanges permettent d'extérioriser les émotions, de mettre fin aux rumeurs et aux fausses croyances, de favoriser l'acceptation de la réalité de la perte, de faciliter le processus de deuil, d'identifier les élèves à risque, d'encourager les personnes en difficulté à utiliser les services d'aide disponibles et de diminuer les résistances à la demande d'aide.

L'information relative aux signes précurseurs du suicide et aux divers facteurs de risque (distribuée aux enseignants lors de l'implantation du programme) permet un dépistage efficace des élèves à risque ou en difficulté. Une attention particulière est portée au réseau d'amis de la personne décédée et de l'entourage immédiat. Il y a évaluation du potentiel suicidaire des personnes à risque ou en difficulté afin de guider le comité dans ses interventions. Le comité vérifie les absences auprès des parents. La sécurité des jeunes à risque demeure une priorité pour le comité, même en dehors du milieu scolaire. Des stratégies et des actions concrètes sont mises en place afin de venir en aide aux personnes à risque ou en difficulté en termes de suivi, de transfert de cas, de soutien et d'encadrement. Des rencontres individuelles ou de groupe pour les proches sont effectuées et des contacts ont lieu avec les parents des personnes à risque. Enfin, un compte-rendu journalier de l'évolution de la situation permet la mise à jour des actions et des mesures entreprises ou à entreprendre pour les personnes en difficulté ainsi que la préparation de la prochaine journée de deuil.

Par ailleurs, profondément soucieux de réaliser un programme correspondant en tous points aux besoins du milieu et de s'assurer de son efficacité, le Centre s'est engagé dans une recherche évaluative. Un protocole de recherche a été élaboré. Sur les bases de ce protocole ont été rédigés deux questionnaires, l'un visant à vérifier l'implantation et le second l'impact du programme. Quatre commis-

sions scolaires ont collaboré à l'enquête qui a suivi, deux composant le groupe expérimental et les autres le groupe contrôle. Les résultats de cette recherche sont maintenant disponibles. Il s'avère que l'implantation n'a pas démontré de lacune. Pour ce qui est de l'impact, les tests statistiques confirment que les membres du groupe expérimental ont vu leurs connaissances, attitudes et habiletés progresser de façon significative à la suite de la formation.

L'évaluation du programme de postvention ne s'arrête pas là. Afin de consolider les résultats de l'évaluation initiale et d'aller plus loin en termes d'évaluation d'impact, il a été convenu qu'après chaque intervention effectuée par des comités de postvention de la région, une évaluation-bilan des activités sera réalisée par l'institution concernée et acheminée au Centre. Un outil permettant de faciliter et de standardiser la collecte des données a été élaboré. Jusqu'à maintenant, plus d'une douzaine de rapports d'intervention ont pu ainsi être analysés par le Centre et les résultats obtenus sont des plus positifs. Mentionnons qu'une mise à jour du programme a été effectuée en 1999.

Le Centre, grâce à la collaboration d'une dizaine de centres de prévention du suicide, a rendu son programme accessible aux intervenants en milieu scolaire de l'ensemble de la province. Celui-ci est maintenant diffusé en plus de 6 000 copies, ce qui en fait de loin le programme de postvention en milieu scolaire le plus utilisé au Québec.

## CONCLUSION

Le taux de suicide élevé et la proportion importante de jeunes tentant de s'enlever la vie indiquent une grande détresse chez les jeunes. Cette propension à recourir à des comportements autodestructeurs, doublée du traumatisme inhérent à l'avènement d'un suicide dans l'environnement scolaire, peut créer un contexte favorable à la contagion.

Le Centre de prévention du suicide 02 a relevé le défi de développer et d'implanter un programme de postvention complet, efficace et adapté aux besoins du milieu. Il est l'un des premiers ouvrages

francophones du genre à voir le jour au Québec. Le défi était de taille, et si le Centre est parvenu à le relever, c'est qu'il a procédé de façon très rigoureuse et a pu compter sur l'appui du milieu. Le programme, qui a fait l'objet d'une rigoureuse recherche évaluative, est aujourd'hui bien « campé » dans la région comme dans l'ensemble de la province. Il a fait l'objet d'une deuxième édition bonifiée en 1999 à la lumière des résultats de son processus d'évaluation continue.

Le succès de ce programme démontre, hors de tout doute, que la concertation des divers milieux constitue une force et que c'est seulement en travaillant ensemble que nous pouvons espérer véritablement contrer la problématique du suicide.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- GRAVEL, C. et R. SIMON (1994). *Programme de postvention en milieu scolaire : intervenir à la suite d'un suicide*, Centre de prévention du suicide 02, 76 p.
- GRAVEL, C. (1994). *Évaluation du programme de postvention en milieu scolaire du CPS 02*, Centre de prévention du suicide 02, 162 p.
- GRAVEL, C. (1999). *Programme de postvention en milieu scolaire : intervenir à la suite d'un suicide*, édition revue et bonifiée, Centre de prévention du suicide 02, 151 p.



## L'UTILISATION DE L'INTERVENTION DE GROUPE DANS LES SITUATIONS DE CRISE ET D'URGENCE

Julie NADEAU, B.Sc.

**D**ans cet article, il sera question de l'intervention de crise et en mesures d'urgence. Nous spécifierons, dans un premier temps, les concepts énoncés. Par la suite, nous présenterons les principes sur lesquels sont basés ces types d'intervention. Nous définirons ensuite la notion d'intervention de groupe en décrivant de manière succincte les différents modèles d'intervention possibles dans ces situations. Nous enchaînerons avec le modèle de *debriefing* adapté aux considérations du groupe. Nous conclurons sur une brève présentation des facteurs d'aide dans ces situations, éléments justifiant souvent le recours à l'intervention de groupe.

### LA DÉFINITION DE LA CRISE

Les spécialistes en santé publique qualifient de crise les événements ponctuels où l'équilibre d'un individu ou d'un groupe est menacé. Ce terme, fréquemment utilisé de diverses manières, se veut une notion bien imprécise pour certains. Afin de préciser ce concept, nous avons choisi d'utiliser la définition de Du Ranquet (1991) :

*La crise est un état de bouleversement, de paralysie chez une personne qui subit ou a subi un grand choc. Elle survient quand un stress pèse sur un système et requiert un changement qui se situe en dehors du répertoire habituel de réponses. La personne ou la famille se trouve devant un obstacle qu'elle ne peut surmonter par ses propres moyens.<sup>1</sup>*

Cette crise peut être de différents ordres (Du Ranquet, 1991 ; Lindsay, Ouellet et Bouchard, 1997) :

1. intratemporelle : celle qui survient inévitablement dans le cours normal d'une vie, mais qui ne peut pas nécessairement être prévue (exemple : la perte d'un être cher) ;
2. de maturation : celle qui survient durant une période médiane entre deux stades de développement (exemple : la crise d'adolescence) ;
3. situationnelle : crise reliée à des circonstances imprévues et qui n'a aucun lien avec les stades de maturation. Elle n'est aucunement prévisible. C'est le type de crise auquel nous nous intéressons (exemple : un incendie).

### LA NOTION DE MESURES D'URGENCE

Les mesures d'urgence représentent une notion à la fois floue et de plus en plus utilisée. Il importe d'abord de cerner ce concept en tant qu'intervention précise à laquelle un intervenant social peut être confronté.

Les situations d'urgence (desquelles découle l'intervention en mesures d'urgence) se divisent en deux catégories : les catastrophes naturelles et les désastres technologiques. Ces deux types d'événements sont imprévus et d'une amplitude assez importante. Ils ont des effets sur les gens touchés directement, mais la population entière peut quelquefois en ressentir des effets directs ou indirects (Lindsay, Ouellet et Bouchard, 1997 ; MSSS, 1994).

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (1994) relève huit caractéristiques qui nous permettent de cibler dans quelle situation nous sommes en présence d'un sinistre. D'abord, nous remarquons qu'un **grand nombre de personnes** sont touchées par l'événement. Elles peuvent l'être différemment, mais elles le sont toutes. Ensuite, on est face à un **incident complexe**, remarquable à son étendue, à la désorganisation qu'il provoque ou à la menace qu'il représente. La situation nécessite une **action d'extrême urgence** : des vies sont menacées, les besoins des victimes sont importants. Il y a également un **imposant besoin de ressources** à mettre en place, que l'on pense aux policiers, aux pompiers, aux



travailleurs sociaux, etc. Les **cadres d'intervention normaux sont dépassés**, c'est-à-dire que l'environnement de travail peut être modifié, les horaires alourdis. Ceci amène les intervenants à exécuter des **tâches** qui ne leur sont pas familières : soutien à des gens en crise, nouvelles méthodes de travail, etc. La **hiérarchie d'intervention est aussi modifiée** ; on met en place de nouveaux centres de contrôle. Enfin, toute cette situation extraordinaire amène **plusieurs acteurs** à se mobiliser. Par exemple, le contact est présent entre les policiers, les ambulanciers, le centre de santé publique et le personnel des CLSC, et l'intervention dépend des niveaux d'intervention de tous ces gens qui sont peu habitués à travailler ensemble.

### LES FONDEMENTS DE L'INTERVENTION DE CRISE

Que cette forme d'intervention soit utilisée en groupe ou individuellement, les objectifs demeurent les mêmes. En effet, certains auteurs, dont Morley *et al.* (1967, cités dans Wollman, 1993) suggèrent quatre buts à l'intervention de crise. Le premier est d'aider les individus à acquérir une meilleure compréhension de la crise et des relations entre cette crise et le déséquilibre vécu. Ensuite, les participants doivent discuter de l'événement afin de réduire l'anxiété occasionnée par celui-ci. Troisièmement, le thérapeute discute avec les gens affectés des stratégies d'adaptation à mettre en place afin de réduire l'incidence de la crise. Enfin, il s'efforce de rechercher dans l'entourage de la personne affectée des liens significatifs qui pourraient l'aider à mieux traverser cette épreuve (utilité du réseau social du client).

En résumé, l'intervention en mesures d'urgence a pour but de « réduire au minimum l'apparition, dans une population jusque-là stable, de problèmes d'adaptation et de décompensation psychologique »<sup>2</sup>. Ceci signifie que le but visé, tout comme pour l'intervention en situation de crise, se veut le retour à l'équilibre normal des gens touchés par l'événement. La tangente de ces deux types d'intervention est la même : seul le type d'élément déclencheur diffère.

## LES PRINCIPES SOUS-JACENTS À L'INTERVENTION DE GROUPE

Les principes que nous énonçons ici sont ceux qui sont valorisés en service social des groupes, en fonction du modèle de courant central. Comme le spécifient Toseland et Rivas (1984), deux auteurs s'intéressant à ce type de pratique,

*le service social des groupes est une activité orientée vers un but, auprès d'un petit groupe de personnes, afin de rencontrer leurs besoins sociaux et émotifs, et d'accomplir certaines tâches. Cette activité, qui prend place dans un organisme de distribution des services, est dirigée vers les membres individuels et sur le groupe comme un tout.*<sup>3</sup>

Cette notion est donc centrale pour comprendre dans quelle mesure les interventions de crise et d'urgence peuvent être bonifiées par les considérations collectives.

Schulman (1984, cité dans Turcotte, 1994) expose de façon explicite les caractéristiques de l'aide mutuelle<sup>4</sup>, concept central en intervention de groupe. Ces éléments sont utiles à une bonne compréhension du phénomène d'aide mutuelle :

1. le partage d'informations : les personnes qui vivent une difficulté peuvent être une ressource pour les autres ;
2. la confrontation des idées : les points de vue des membres du groupe sont synthétisés pour en faire une idée globale ;
3. la discussion de thèmes tabous : le courage des uns à discuter de difficultés poussent les autres à ajouter leur point de vue ;
4. tous et toutes dans le même bateau : les membres se rendent compte qu'ils ne sont pas seuls dans leur situation ;
5. le support émotionnel : les participants s'entraident ; ils deviennent tour à tour aidant et aidé ;

6. la demande mutuelle : le changement des uns devient une source de motivation pour les autres ;
7. l'aide à la résolution de problèmes personnels : les problèmes personnels spécifiques des membres sont abordés et discutés en groupe ;
8. la pratique de choses difficiles à faire dans la vie courante : le groupe devient un cadre sécuritaire de pratique d'habiletés, car la confiance instaurée permet l'exploration de nouveaux modèles d'action ;
9. la force du nombre : le fait de se sentir comme une partie d'un tout amène les membres à tenter des actions difficiles.

Bref, ce type d'intervention, avec le sentiment de force qu'insufflé le groupe à chacun des membres, devient un atout considérable pour l'intervenant en situation de crise et d'urgence. La considération pour le « tout » contribue à ce que chacune des personnes impliquées dans un désastre se sente comprise par ses semblables.

#### **LES DIFFÉRENTS MODÈLES DE PRATIQUE EN INTERVENTION DE CRISE ET D'URGENCE**

Différentes pratiques interviennent lorsque surviennent des situations de crise. Nous présentons ici de façon succincte deux modèles dont les écrits font mention.

##### **La rencontre d'information**

La séance d'information est davantage utilisée dans la pratique. Son objectif principal est de réunir des victimes d'un événement traumatisant afin de les renseigner sur les données factuelles liées à l'événement : heure, date, nombre de décès. Elle tente également d'aborder en grand groupe les difficultés qui pourraient être vécues par les sinistrés et de leur donner des pistes pour chercher du soutien (Lindsay, Ouellet et Bouchard, 1997).

### **L'intervention individuelle**

L'intervention individuelle est présentée par Du Ranquet (1991) comme une possibilité de traitement de la personne en crise. Par une action à court terme où l'intervenant crée une relation de confiance, souligne les capacités du client, lui présente une perception réaliste de la réalité, favorise le soutien social et réalise un bilan, la thérapie individuelle est effectuée.

D'autres formes de groupe peuvent être utilisées à la suite d'événements de crise ou d'urgence : des groupes de survivants et de familles, d'endeuillés, de parents et des associations de familles (Tumelty et Seed, 1990). L'important est de retenir qu'il faut être flexible et adapter le groupe aux besoins de la clientèle. Les gens touchés par de tels événements ont besoin d'être écoutés. Il faut donc que l'intervenant social s'adapte au milieu, quel que soit le contexte.

### **LE CRITICAL INCIDENT STRESS DEBRIEFING (CISD) CLASSIQUE (OU LA SÉANCE DE VERBALISATION)**

Initialement réservée aux intervenants d'urgence, la séance de verbalisation (ou le *debriefing*) s'est étendue aux victimes (Mitchell, 1983). Elle vise à aider les personnes touchées à retourner à l'équilibre précrise. Différentes dispositions sont prises afin que les victimes soient accompagnées dans leur cheminement.

Nous avons choisi de nous attarder davantage sur ce modèle, car il est le plus complet et il est le précurseur du modèle de *debriefing* en groupe. Les notions de base sont, dans tous les ouvrages consultés, des répliques du modèle de Mitchell (1983).

### **Les objectifs**

- Favoriser le retour à l'équilibre dynamique pré-événement.
- Réduire ou éliminer les réactions à retardement.
- Encourager l'expression des sentiments vécus.
- Comprendre les réactions normales.

### **Règles à suivre pour la tenue d'un CISD classique**

- **La rencontre doit être faite ici et maintenant.** En effet, le groupe doit servir d'intervention à la suite de l'incident et non sous forme de thérapie sur tous les éléments de vie de chacun des participants.
- **La rencontre doit préférablement être tenue dans les 24 à 72 heures suivant l'événement** (MSSS, 1994 ; Lindsay, Ouellet et Bouchard, 1997 ; Bell, 1995 ; Wollman, 1993 ; Mitchell, 1983). La justification de ce délai est la suivante : avant 24 heures, les individus touchés ne sont pas aptes à discuter et aucun détachement n'est présent. Après 72 heures, les personnes commencent à mettre en place leurs stratégies d'adaptation et tentent de résoudre le problème selon leurs modèles habituels.
- **La coanimation est préférable au simple animateur.** En effet, le coanimateur peut effectuer de brèves interventions et accompagner les individus qui en ont besoin (MSSS, 1994). La charge émotive étant assez lourde, la présence de deux animateurs contribue à une meilleure distribution des tâches et leur permet de s'entraider.
- La durée de la rencontre varie selon les auteurs. On s'entend, par contre, pour **la situer entre 90 et 180 minutes, sans pause.** Une telle durée se justifie par l'importance de tout discuter, car le *debriefing* ne comporte qu'une seule rencontre. La continuité liée à l'absence de pause est légitime compte tenu de l'intensité des propos tenus.

### **Les étapes du *debriefing***

#### *La phase d'introduction*

Cette première étape est similaire à la phase de début en service social des groupes. Elle vise, dans un premier temps, la présentation de l'intervenant (et du coanimateur, le cas échéant). Ensuite, les

objectifs doivent être expliqués. Enfin, le contrat doit être établi, surtout en ce qui concerne la confidentialité.

### *La phase des faits*

Lors de cette phase, l'intervenant demande aux participants de se présenter en situant à quel endroit ils se trouvaient au moment de l'événement. À tour de rôle par la suite, les autres membres se présentent et ajoutent des faits à ceux qui ont été mentionnés précédemment. Cette étape vise la reconstruction psychologique de l'événement, tel un casse-tête. L'intervenant délaisse peu à peu son rôle central.

### *La phase de réaction émotionnelle*

Le but de cette étape est de partager les réactions de chacun à la suite de l'événement. L'intervenant pose les questions suivantes :

- Comment vous êtes-vous senti lors de l'événement ? Cette question vise à identifier les émotions qui se sont manifestées lors de l'événement.
- Comment vous sentez-vous présentement ? Ceci a pour but de mettre en lumière l'évolution des sentiments des participants.
- Aviez-vous déjà ressenti des sentiments semblables auparavant ? Cette interrogation se veut un moyen de vérifier les expériences antérieures de crise.

Les membres expriment à tour de rôle leur point de vue. L'intervenant ne sert que de facilitateur. Il aura pour mandat d'intervenir si un membre se retire de la discussion ou si quelqu'un tente de dominer la conversation.

### *La phase des symptômes*

À cette phase, les participants tentent de répondre aux questions suivantes :

- Quels symptômes inhabituels avez-vous ressentis au moment même de l'événement ?
- Quels symptômes inhabituels ressentez-vous actuellement ?
- Votre vie est-elle changée depuis l'événement ?

Le but d'une telle étape est de connaître les réactions et les répercussions actuelles de l'incident sur leur vie professionnelle, personnelle, physique. On pourrait dire qu'ils partagent leur version des symptômes de réponse au stress.

### *La phase d'information ou d'enseignement ou d'anticipation*

Le rôle de l'animateur devient plus central à cette étape. L'importance de cette partie réside dans le message qu'il doit transmettre : *vous réagissez normalement à des événements anormaux*. L'intervenant devrait démontrer les réactions typiques qui sont présentes dans de telles situations à tous les plans : émotif, psychologique, physique et comportemental.

Le but d'une telle intervention est de normaliser les réactions des individus et de leur transmettre les comportements habituellement visibles à la suite d'un stress inattendu.

### *La phase de stabilisation*

Cette dernière étape a pour but de répondre aux interrogations restées en suspens, de récapituler les thèmes traités pendant la rencontre et de souligner les progrès. On mise également sur l'idée de donner un soutien final et, surtout, de prévoir un plan d'action pour les participants afin qu'ils retournent dans leur milieu avec l'assurance de pouvoir traverser adéquatement cette épreuve. L'intervenant doit

aussi présenter les ressources disponibles pour les membres si des problèmes surgissaient. S'il est disponible pour faire de la consultation, il doit le préciser.

Les principes de base de cette partie de la rencontre ressemblent aux postulats de la rencontre finale en service social des groupes. Il est important que les participants ne se sentent pas abandonnés, mais qu'ils sachent se débrouiller dans leur vie personnelle à la suite de l'incident.

#### *La rencontre de relance (facultative)*

Nullement obligatoire, cette rencontre peut être utile aux besoins du groupe. À la suite d'un appel ou d'une rencontre ultérieure avec les membres, l'intervenant évalue le besoin des participants de se rencontrer de nouveau. Cette séance doit avoir lieu dans les semaines ou les mois suivant la rencontre initiale et non pas dans les jours qui suivent. Par contre, l'intervenant doit savoir que certains groupes ayant participé à un *debriefing* deviennent des groupes d'action sociale ou d'entraide (Tumelty et Seed, 1990).

#### **FACTEURS THÉRAPEUTIQUES ASSOCIÉS À L'INTERVENTION DE CRISE ET AU *DEBRIEFING***

1. La cohésion : les membres deviennent plus impliqués dans le processus de retour à la normale et développent ensemble de nouvelles stratégies d'adaptation.
2. L'universalité : les membres s'aperçoivent qu'ils ne sont pas les seuls dans le groupe à vivre un problème particulier, par exemple les cauchemars, et les autres membres pourront les comprendre et les aider.
3. La catharsis : permettre le défoulement plutôt que le refoulement des émotions et des pertes occasionnées par l'événement.



4. Le comportement d'imitation : les membres observent les autres participants et ils tentent de reproduire le comportement de ceux qui semblent mieux s'adapter.
5. Le sentiment d'espoir : l'intervenant espère que ce sentiment naîtra, car il permettra aux membres de croire que tout ira pour le mieux, qu'ils recouvreront leur état de santé et leur état d'esprit initial, et peut-être mieux.
6. La transmission d'informations : des conseils ou des instructions pourront être données par l'animateur ou les membres, ce qui assurera une circulation des informations et trucs pouvant être nécessaires à l'amélioration des conditions de chacun.
7. L'altruisme : l'expérience des participants sera utile à tout le groupe, en ce sens que tous les membres tenteront d'aider les autres.
8. L'opportunité et l'intensité de l'intervention : comme l'intervention a lieu dans un moment où l'individu est perturbé, déséquilibré, les chances que les membres du groupe influencent son existence et que le changement soit permanent sont plus probables que s'il était dans un état psychologique stable.
9. Les facteurs existentiels : la confrontation des problèmes implique la négociation avec des aspects comme la mort, l'isolement, la liberté, le sentiment de perte de sens, etc., ce qui hausse l'implication et la remise en question des membres individuellement (inspiré de Wollman, 1993).

Bref, on utilise l'intervention de groupe pour le sentiment d'appartenance qu'il procure et pour des motifs de collectivisation des sentiments personnels de tous les gens touchés par les mêmes difficultés.

## CONCLUSION

L'intervention de groupe jumelée à la méthode de *debriefing* classique se veut, selon nous, un moyen de choix pour aider les victimes

d'une situation de crise ou d'urgence à recouvrer un équilibre psychologique et émotif satisfaisant. Par le souci accordé aux personnes, le sentiment de réciprocité découlant de la considération pour l'aide mutuelle et le suivi des étapes du CISD, l'intervenant offrira aux victimes une intervention adaptée à leur vécu.

Il serait, à notre avis, primordial de former les intervenants de groupe à se servir de ce modèle. Il peut être utile dans plusieurs situations qui ne relèvent pas nécessairement des crises sociétales (guerre, tremblement de terre, etc.) ; il peut être utilisé dans certaines situations familiales (deuil, tentative de suicide, violence conjugale, etc.). L'aide mutuelle qui ressort de cette intervention serait, selon tous les auteurs, un facteur de changement et de retour à la normale pour les personnes touchées. Cette méthode d'intervention peut également être pratiquée avec les intervenants touchés par une situation difficile.

## NOTES

- 1 Du Ranquet, M. (1991). *Les approches en service social*, deuxième édition, Éditions EDISEM VIGOT, Montréal, p. 101.
- 2 Ministère de la Santé et des Services sociaux (1994). *L'intervention sociosanitaire dans le cadre des mesures d'urgence – cahier de participation, volet services psychosociaux*, Gouvernement du Québec, MSSS, Direction de la formation et du développement, 211 p.
- 3 Toseland, R.W. et R.F. Rivas (1984), « An Introduction to Group Work Practice », traduit et adapté par D. Turcotte (1994). *Le service social des groupes : sa nature et ses fonctions*, recueil de textes du cours « Service social des groupes – SVS-11651 », Québec, Université Laval.
- 4 Inspiré de D. Turcotte, D. (1994). *Le service social des groupes : sa nature et ses fonctions*, recueil de textes du cours « Service social des groupes – SVS-11651 », Québec, Université Laval.

## BIBLIOGRAPHIE

- BELL, J.L. (1995). « Traumatic Event Debriefing : Service Delivery Designs and the Role of Social Work », *Social Work*, vol. 40, n° 1, p. 36-42.
- DU RANQUET, M. (1991). *Les approches en service social*, deuxième édition, Montréal, Éditions EDISEM VIGOT.
- LINDSAY, J., A. OUELLET et J. BOUCHARD (1997). *Intervention de groupe dans les situations d'urgence et de crise*, Sainte-Foy, Université Laval, Laboratoire de recherche, École de service social, collection des cahiers du service social des groupes, 55 p.
- MICHAEL, S., E. LURIE, N. RUSSEL et L. UNGER (1985). « Rapid Response Mutual Aid Groups : a New Response to Social Crises and Natural Disaster », *Social Work*, vol. 30, n° 3, mai-juin, p. 245-252.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1994). *L'intervention sociosanitaire dans le cadre des mesures d'urgence – cahier de participation, volet services psychosociaux*, Gouvernement du Québec, Direction de la formation et du développement, 211 p.
- MITCHELL, J. (1983). « When Disaster Strikes : the Critical Incident Debriefing Process », *Journal of Emergency Medical Services*, vol. 8, n° 1, p. 36-39.
- NADEAU, J. (2000). *L'intervention de groupe dans les situations de crise et d'urgence*, actes du colloque des Journées Simone-Paré 2000, à paraître.
- TUMELTY, D. et P. SEED (1990). *Social Work in the Wake of Disaster*, London, Jessica Kingsley publishers.
- TURCOTTE, D. (1994). *Le service social des groupes : sa nature et ses fonctions*, recueil de textes du cours « Service social des groupes – SVS-11651 », Québec, Université Laval.
- WOLLMAN, D. (1993). « Critical Incident Stress Debriefing and Crisis Groups : a Review of the Litterature », *Group*, vol. 17, n° 2, p. 70-83.



**PARTIE 8**

**CONSÉQUENCES DES ÉVÉNEMENTS  
TRAUMATIQUES SUR LA SANTÉ  
DES INDIVIDUS ET DES COMMUNAUTÉS**





# **CONSÉQUENCES SANITAIRES DES ATTENTATS : RÉSULTATS D'ÉTUDES ÉPIDÉMIOLOGIQUES MENÉES EN FRANCE**

Françoise RUDETZKI, Ph.D.

## **ÉVALUATION DES BESOINS DES VICTIMES**

**B**ien que la France ait été confrontée à plusieurs vagues d'attentats, il existe peu d'études permettant d'analyser les problèmes de santé publique posés par les actes terroristes : Quelle est leur nature ? Quelles sont leurs conséquences psychiques, somatiques et sociales à moyen et long terme ? Comment sont-ils pris en charge et avec quelles modalités ?

Ces questions sont d'autant plus pertinentes que depuis les années quarante, de nombreux travaux, principalement anglo-saxons, ont montré que les traumatismes collectifs étaient capables d'induire des conséquences psychologiques durables chez les victimes. Mais les facteurs de vulnérabilité individuelle sont mal cernés, ce qui limite les possibilités de prévention et de prises en charge adaptées. De surcroît, les modalités de traitement des victimes de « névroses de guerre » ou des victimes civiles de catastrophes (inondations, etc.) ou d'accidents (incendies d'immeubles, accidents de la voie publique, etc.) ne sont pas nécessairement applicables aux traumatismes psychiques de victimes d'attentats.

Face à ces lacunes, l'association S.O.S. ATTENTATS a estimé qu'il était de sa responsabilité de prendre des initiatives permettant de mieux connaître l'impact de ces phénomènes terroristes.

Tout au long de cette démarche, nous avons bénéficié du soutien d'un comité scientifique international.

S.O.S. ATTENTATS a donc fait réaliser deux études médicales.

### **L'enquête épidémiologique sur les victimes de la vague d'attentats entre 1982 et 1986**

En 1987, l'INSERM a mené une enquête épidémiologique sur le syndrome de stress post-traumatique chez 300 victimes d'attentats entre le 1<sup>er</sup> janvier 1982 et le 17 septembre 1986 afin :

- d'évaluer les préjudices physiques, psychologiques et moraux subis par les victimes ;
- de définir le type d'aide dont elles ont besoin (dans l'immédiat et à long terme) ;
- de fournir aux partenaires concernés (médecins experts, médecins de la Sécurité sociale, magistrats, avocats, administrateurs du Fonds de Garantie et services ministériels) des informations rigoureuses pour une évaluation juste des préjudices.

Les premiers résultats de l'enquête épidémiologique nationale sur l'état de santé des victimes d'attentats ont été rendus publics le 23 septembre 1987 et ont été publiés dans le numéro 3 des Annales de psychiatrie de 1988.

Ces résultats, commentés par les médecins ayant réalisé l'enquête et exploité les questionnaires, ont mis en évidence la spécificité des problèmes de santé que connaissent les victimes et l'urgente nécessité qu'il y avait d'améliorer les services de santé, les services sociaux et les politiques d'indemnisation.

Le risque terroriste présente un certain nombre de spécificités dont il convient de mieux comprendre les conséquences sur la santé des victimes. Il est inhabituel, à la différence des autres traumatismes accidentels qui font partie de la vie quotidienne. Il est bien évidemment imprévisible. Il frappe sans qu'on ait vraiment pu se préparer à y faire face, cette absence de proximité psychologique le différenciant des risques liés aux situations de guerre. Il ne procède pas d'un comportement individuel volontaire. Il agresse de façon aveugle ; mais pour les victimes, il s'agit bien d'une agression intentionnelle.



Pour mieux comprendre les conséquences à moyen terme des actes de terrorisme sur la santé des victimes, l'étude épidémiologique nationale a été réalisée auprès de 254 personnes impliquées dans un attentat survenu après le 1<sup>er</sup> janvier 1982. Environ 40 % des victimes ont été gravement blessées et autant ne l'ont pas été du tout. Au plan psychologique, c'est la fréquence du syndrome de stress post-traumatique (SSPT, 18,1 %) qui est le fait marquant au sein de cette population civile. Une relation existe entre la gravité des lésions physiques et la fréquence du SSPT. Pour les victimes gravement blessées, le risque de SSPT est multiplié par trois.

Le SSPT peut être décrit comme un état séquellaire durable marqué par un syndrome de répétition (cauchemars, réminiscences, sursauts), une attitude régressive de repli sur soi (phobies, régressions, étrangetés) et une constellation de symptômes pouvant s'accompagner de troubles psychosomatiques (irritabilité, troubles du sommeil, culpabilité, troubles de la concentration, etc.). Ces manifestations surviennent en général après un intervalle libre qui peut durer plusieurs mois. L'évolution spontanée n'est pas favorable, mais le pronostic peut être transformé grâce à une thérapie courte.

S'agissant d'événements spectaculaires, médiatisés, survenant dans des lieux publics très fréquentés, le caractère psychologiquement traumatisant de l'expérience n'est pas vraiment étonnant. La reviviscence du traumatisme initial dans des circonstances analogues est un des critères permettant de diagnostiquer le SSPT. Compte tenu de la totale banalité des circonstances des attentats, la grande fréquence de la reviviscence ne peut pas surprendre. Cela explique la fréquence notable (environ 10 %) du SSPT, même chez les personnes n'ayant pas été blessées tout en ayant été impliquées. La fréquence retrouvée chez les victimes gravement blessées (plus de 30 %) est plus forte que celle existant chez les combattants américains au Vietnam (fréquence maximale connue de 23,9 %). Il semble donc bien qu'au-delà de ses caractéristiques conceptuelles propres, il existe une traduction très concrète de la spécificité du risque terroriste, qui concerne moins la nature du trouble que sa fréquence exceptionnellement élevée au sein d'une population de civils.

Un tel résultat vient contredire un point de vue clinique, souvent exprimé, qui décrit une relation inverse entre la gravité des lésions

traumatiques et les séquelles psychologiques. Mais la population consultant un thérapeute est à l'évidence biaisée.

### **L'étude épidémiologique des conséquences sanitaires des attentats (ECSAT)**

Plus de dix ans après cette première étude française, la prise en charge des victimes a été nettement améliorée, mais les initiatives thérapeutiques, si elles sont nombreuses, restent peu coordonnées et peu structurées dans la durée. Ceci est lié en partie au manque de connaissances objectives sur la nature, la fréquence, la gravité et la durée des problèmes sanitaires spécifiques que connaissent les victimes des attentats. Les objectifs de l'étude épidémiologique des conséquences sanitaires des attentats (ECSAT), dont le principe a été décidé en 1997 par l'association S.O.S. ATTENTATS, étaient donc :

- de caractériser les lésions physiques et les séquelles en termes d'incapacité fonctionnelle et de troubles sensoriels ;
- de décrire les principaux troubles psychiques rencontrés par les victimes (ESPT, anxiété, dépression) et d'analyser le ou les liens entre ceux-ci et la gravité initiale des lésions et des séquelles physiques, les autres facteurs modificateurs éventuels (caractéristiques sociodémographiques, circonstances de l'attentat, prise en charge médicale et psychologique, dispositions sociales mises en œuvre, état de santé avant l'attentat) ;
- d'analyser les modifications de la qualité de vie des victimes et le retentissement des attentats sur leur statut social, professionnel et affectif.

Plus de 150 questions ont été abordées et le taux de participation a été excellent. L'étude épidémiologique ECSAT des conséquences sanitaires des vagues d'attentats de 1995 et 1996 en France, ayant fait 544 blessés et entraîné douze décès recensés par le Fonds de Garantie, a été réalisée en septembre 1998 et coordonnée par un comité scientifique international et pluridisciplinaire.

Pour être incluses, les victimes, adhérentes de S.O.S. ATTENTATS, devaient:

- avoir été recensées par le Fonds de Garantie des victimes d'actes de terrorisme (organisme indemnisation) comme victimes d'un attentat à l'explosif survenu sur le territoire français entre 1995 et 1996 ;
- être âgées de dix-huit ans ou plus au moment de l'attentat ;
- parler la langue française ;
- être joignables par téléphone et être volontaires pour participer.

Deux cent cinquante-et-un sujets répondant à ces critères ont accepté de répondre à des enquêteurs professionnels (Institut de sondage Taylor Nelson Sofres) sur la base d'un questionnaire d'une durée d'environ une heure portant sur :

- leur état de santé au moment de l'enquête ;
- les blessures causées par l'attentat et les soins reçus ;
- leur qualité de vie au moment de l'enquête ;
- les conséquences psychologiques, en particulier la recherche de troubles dépressifs et anxieux, les syndromes de stress post-traumatique ;
- les conséquences relationnelles et sociales, le soutien social ;
- leur consommation de médicaments tranquillisants et de somnifères ainsi que leurs antécédents de suivi psychologique avant l'attentat ;
- leurs caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, profession, etc.) en respectant l'anonymat.

Cette étude épidémiologique était transversale (données recueillies sur une période limitée dans le temps, du 16 septembre au 5 octobre

1998) et rétrospective (effectuée de deux à trois ans après les attentats).

Quatre-vingt-cinq pour cent des victimes des attentats, contactées par l'Institut de sondage, ont accepté de répondre (251 sur les 286 contactées). Parmi elles, 196 personnes (groupe 1) avaient eu au moins une expertise médicale en vue de l'indemnisation intégrale de leurs préjudices par le Fonds de Garantie, le ministère de la Défense et la Sécurité sociale, et constituaient un groupe représentatif de l'ensemble des victimes.

Par ailleurs, cinquante-cinq personnes (groupe 2) n'avaient pas eu d'expertise médicale. Ces victimes, dites « impliquées », présentes sur les lieux de l'attentat, ne souhaitaient pas subir d'expertise. Elles ont perçu une somme forfaitaire au titre du préjudice spécifique des victimes d'actes de terrorisme, sur la base des résultats de la première étude de 1986.

Les deux groupes ont donc été analysés séparément.

#### **DES INSTRUMENTS VALIDÉS SCIENTIFIQUEMENT POUR APPRÉCIER L'ÉTAT DE SANTÉ**

Un certain nombre d'instruments d'évaluation ont été utilisés pour réaliser cette enquête : questionnaire de qualité de vie, d'évaluation de l'état de stress post-traumatique, de l'anxiété et de la dépression ; tous ces instruments d'évaluation spécifiques sont reconnus par la communauté scientifique internationale. Outils de dépistage capables de détecter de manière fiable des troubles psychologiques, ils ne sont pas destinés à effectuer des diagnostics précis qui nécessiteraient d'autres instruments inutilisables par le biais d'enquêtes téléphoniques. Par ailleurs, l'accès à des informations médicales objectives par le biais de la consultation des bilans médicaux réalisés lors des expertises permettant de corroborer les résultats obtenus n'a pas été l'objet de cette enquête.

## **RÉSULTATS DE L'ÉTUDE ECSAT : LA SANTÉ MENACÉE DANS TOUTES SES DIMENSIONS**

### **Atteintes initiales : plus du tiers des victimes ont eu une atteinte grave**

- Trente-huit pour cent des victimes ont eu une atteinte initiale grave : 28 % ont été brûlées, 10 % ont eu une fracture osseuse, 2 % ont été amputées.
- Plus des trois quarts des victimes ont eu des sifflements ou des bourdonnements d'oreille au moment de l'attentat.
- Un tiers des victimes avaient reçu un choc à la tête ou à la nuque lors de l'attentat.

La gravité des lésions initiales a conduit une personne sur deux à être hospitalisée immédiatement après l'attentat. Près de deux sur dix ont dû l'être de nouveau dans les semaines ou les mois suivants. Près de deux sujets sur dix ont dû subir une intervention chirurgicale du fait de l'attentat.

### **Séquelles sensorielles : une atteinte auditive massive**

Deux et trois ans après l'événement, les séquelles physiques et sensorielles sont fréquentes et graves chez les victimes : près des deux tiers souffrent de bourdonnements et de sifflements d'oreille.

- La moitié des victimes souffre d'une atteinte auditive grave.
- Neuf victimes du groupe expertisé et une victime du groupe non expertisé portaient un appareil auditif en 1998. Moins d'un quart du groupe expertisé est indemne de toute atteinte auditive.

### **Séquelles physiques : des handicaps multiples et graves**

- Un tiers des victimes déclare souffrir d'une atteinte de l'apparence physique entraînant des perturbations dans leur vie relationnelle, y compris avec des proches.
- Soixante-dix pour cent des sujets souffrent de maux de tête, plus de la moitié de vertiges, près de 20 % de troubles de la vue.
- Plus de la moitié des victimes disent avoir des douleurs (dans le mois qui a précédé l'enquête), 42 % disent avoir été très gênées par ces douleurs dans leur travail comme dans leur vie privée.

L'étude de la consommation de médicaments révèle que 25 % des victimes utilisent régulièrement des antalgiques et des anti-inflammatoires traduisant l'existence de séquelles douloureuses ; cette consommation est associée chez les femmes à un score de gravité initiale élevé et chez les hommes à une atteinte de l'apparence physique.

### **DES CONSÉQUENCES PSYCHOLOGIQUES GRAVES : DE LA DÉPRESSION À L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE**

Les niveaux de dépression et d'état de stress post-traumatique (ESPT) sont particulièrement importants dans le groupe expertisé : 63,3 % des sujets souffrent de détresse psychologique au moment de l'enquête, 49 % de symptômes dépressifs et 31 % de symptômes d'ESPT. Des symptômes dépressifs sont présents chez près de 50 % des victimes expertisées avec une gravité plus grande chez les femmes. La fréquence et l'intensité des symptômes dépressifs dans cette enquête sont deux fois plus élevées chez les victimes expertisées que celles observés dans une population victime d'une catastrophe naturelle en France (enquête réalisée en 1997 dans une commune du Vaucluse cinq ans après des inondations importantes<sup>1</sup>).

L'ESPT est une réaction pathologique anxieuse survenant à la suite d'une exposition à un événement hors du commun et capable d'inclure de la détresse émotionnelle chez la plupart des gens ; ce

syndrome associe une anxiété élevée avec reviviscences de l'événement sous formes de souvenirs intrusifs (*flashbacks*, cauchemars), de conduites d'évitement de tout ce qui est associé à l'événement avec désinvestissement des activités habituelles et des symptômes physiques (palpitations, sueurs, tremblements, etc.) liés à un sentiment de menace et de danger permanents, traduisant une appréhension constante du milieu extérieur. Ces symptômes peuvent être présents avec des intensités diverses.

### **SÉQUELLE PHYSICO-SENSORIELLES ET SOUFFRANCE PSYCHIQUE : DES LIENS ÉTROITS**

Les séquelles physiques et sensorielles des attentats et le niveau de stress au moment de l'événement traumatisant apparaissent nettement corrélés à la présence de troubles psychologiques et à la consommation d'anxiolytiques et d'antidépresseurs, quels que soient l'âge, le sexe et les antécédents psychologiques. Inversement, la consommation de médicaments psychotropes est associée à une atteinte de l'apparence physique, à une atteinte auditive et à l'impression de mourir au moment de l'attentat. Corollaire logique de ces répercussions psychologiques graves et persistantes, plus du tiers des victimes consomment des médicaments psychotropes (antidépresseurs, tranquillisants, somnifères) deux à trois ans après l'attentat.

L'intensité de la souffrance psychique des victimes au moment de l'enquête apparaît nettement corrélée à la gravité des lésions initiales et à celle de leurs séquelles, à l'existence d'une atteinte auditive persistante, à celle de l'apparence physique.

### **QUALITÉ DE VIE : UNE RUPTURE POUR LES VICTIMES**

La qualité de vie des victimes expertisées s'est révélée nettement dégradée par rapport aux normes connues en population générale, plus encore en ce qui concerne la santé mentale, la vitalité, le fonctionnement social et émotionnel qu'en ce qui concerne le fonctionnement physique.

À titre d'exemple :

- une victime sur quatre environ déclare être gênée dans ses relations avec l'entourage du fait des séquelles physiques de l'attentat ;
- une victime sur dix déclare être séparée de son conjoint du fait des conséquences de l'attentat.

La souffrance psychosociale apparaît liée aux atteintes de l'audition et de l'apparence. Le fonctionnement physique est perturbé par la gravité de l'atteinte initiale et celle de l'apparence. De manière logique et cohérente, l'enquête met en évidence une association entre altérations du fonctionnement physique, psychique et social et la présence de troubles psychologiques avérés.

Par ailleurs, plus de la moitié des sujets expertisés interrogés estiment leur état de santé moyen ou mauvais. Dans le groupe non expertisé, 31 % des sujets se perçoivent en état de santé moyen ou mauvais, particulièrement en ce qui concerne la dimension psychologique. Ce fait souligne, comme l'avait déjà montré l'étude sur les victimes de la précédente vague d'attentats (1982, 1986), que des répercussions psychologiques importantes existent aussi chez les sujets ayant été moins touchés au plan somatique.

Les résultats de cette enquête corroborent ceux de l'enquête réalisée douze années plus tôt chez les victimes des attentats de 1982 et de 1986 et fournissent une évaluation plus approfondie et détaillée des conséquences des vagues d'attentats en France. Ils confirment la fréquence des conséquences psychologiques post-traumatiques, celles de l'ESPT et des troubles dépressifs plusieurs années après l'événement traumatisant. L'étude ECSAT montre également le lien entre ces troubles psychiques et la gravité de l'atteinte initiale, le rôle important des séquelles physiques et sensorielles dans la genèse et la persistance de troubles psychologiques, mais aussi les conséquences psychologiques non négligeables dont souffrent les sujets non expertisés et moins touchés au plan somatique.

En outre, elle permet de quantifier l'impact sur l'altération de la qualité de vie des victimes. Dans cette enquête, toutefois, les analyses



des liens entre les risques de conséquences psychologiques et les répercussions sur la qualité de vie, d'une part, et les caractéristiques de l'événement et de ses conséquences physiques, d'autre part, ont été effectuées en comparant les victimes entre elles. Ces dernières ont toutes vécu un événement extrêmement particulier qui les rapproche.

Il est ainsi possible que cette comparaison conduise à une sous-estimation des risques de psychopathologie en fonction de la gravité des conséquences directes des attentats.

### **DES CONSÉQUENCES SOCIALES QUI AMPLIFIENT LE RETENTISSEMENT SANITAIRE**

Dans le groupe 1, une victime sur cinq déclare avoir perdu son travail du fait de l'attentat. Près de la moitié des victimes ont déclaré avoir subi des conséquences financières. Une sur six a déclaré ne pas pouvoir subvenir à ses besoins. Une victime sur cinq n'a pas pu reprendre le métro et le RER ; conséquence d'une importance particulière au plan professionnel et social pour des personnes vivant dans des grandes villes.

### **PRISE EN CHARGE DES VICTIMES DEPUIS LES ATTENTATS : L'IMPORTANCE DU SOUTIEN SOCIAL**

#### **Soutien médicopsychologique**

Plus de 60 % des victimes ont pu trouver un soutien auprès de personnes proches ou d'amis. Environ la moitié a fait appel à des médecins ou à des psychologues.

#### **Soutien social et financier**

Le soutien par les services sociaux n'a concerné qu'une minorité des victimes des deux groupes, même chez celles ayant été expertisées.

Au moment de l'enquête :

- 50 % environ des victimes avaient été indemnisées par le Fonds de Garantie. Les autres ont déclaré que leur dossier était en cours ;
- 44 % des victimes expertisées et 27 % des victimes non expertisées avaient reçu de l'Office national des anciens combattants un soutien matériel de par le statut de victime civile de guerre ;
- 32 % des victimes expertisées et 11 % des non expertisées reçoivent une rente d'invalidité ;
- 32 % des victimes expertisées sont prises en charge à 100 % par la Sécurité sociale pour leurs soins.

La gravité et la fréquence des conséquences psychologiques, la gravité du handicap psychosocial persistant de deux à trois ans après ces attentats soulignent la nécessité d'une prise en charge médico-psychologique et sociale de longue durée des victimes.

#### **PERSPECTIVES : AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE GLOBALE ET PLURIDISCIPLINAIRE DE TOUTES LES VICTIMES**

Il faut dépasser le stade de l'indemnisation, car celle-ci ne guérit pas. Elle ne permet la réinsertion et la restructuration des victimes que lorsque celles-ci sont possibles au regard du traumatisme.

Des tentatives de suicide, des vies brisées, des couples déchirés, des peurs et des angoisses, ce sont, au-delà des blessures physiques, les séquelles dont souffrent de nombreuses victimes des années après les attentats. Ces troubles psychologiques bouleversent les esprits, la vie affective, sociale et relationnelle.

Notre structure pluridisciplinaire composée de victimes, d'assistantes sociales, de juristes, d'un médecin généraliste et d'un psychanalyste assisté de psychologues a prouvé que notre action est globale et

qu'elle s'inscrit dans la durée. Notre intervention rapide n'est est que plus efficace.

En outre, notre expérience, qui rejoint d'ailleurs les descriptions des spécialistes, a révélé qu'un délai de latence plus ou moins long pouvait exister entre l'événement traumatisant et le déclenchement de troubles particuliers, un état pathologique appelé névrose post-traumatique comparable aux névroses de guerre. Cette latence, pendant laquelle le « travail de deuil » se fait ou ne se fait pas, correspond à l'acceptation ou non d'une réalité insupportable.

Ce temps de latence implique qu'à tout moment, les personnes concernées puissent bénéficier de soins adaptés. Aussi, nous travaillons avec les instances déjà prévues par les pouvoirs publics dans le but d'apporter à court et à long terme des aides spécifiques aux victimes et à leurs familles et de prévenir une aggravation du traumatisme psychique subi, la nature même des troubles en cause empêchant les victimes de rechercher spontanément cette assistance. Des informations, des aides humanitaires, sociales et psychologiques d'urgence doivent être obligatoirement mises en place et proposées aux victimes et à leurs familles dans les jours qui suivent un acte de terrorisme.

Nous demandons aux pouvoirs publics de créer des lieux d'accueil et d'écoute de proximité qui puissent apporter à court, à moyen et à long terme des soins adaptés. Un suivi et des informations doivent être mis en place avec des professionnels dans le cadre d'une structure pluridisciplinaire. Cette structure, composée de médecins formés psychologiquement et d'assistantes sociales, devrait prendre en charge l'intégralité des difficultés auxquelles se heurtent les victimes pour les aider à se reconstruire, à retrouver leur autonomie et à obtenir une réparation plus complète.

La prise en charge d'une victime ne peut être que globale et pluridisciplinaire en raison des interactions entre le médical, le social, le psychologique, l'administratif, le juridique et le judiciaire. C'est tout cela qu'il faut savoir mettre en œuvre, dès le premier instant. Ce n'est que si tous ces aspects sont traités simultanément qu'une véritable reconstruction peut être envisagée, permettant ainsi une réintégration sociale, familiale et professionnelle.

Outre la modification des règles d'expertise, l'étude a servi de support à la création, au printemps 1995 par M. Xavier Emmanuelli, Secrétaire d'État à l'action humanitaire d'urgence, d'un groupe de travail sur la prise en charge psychologique des victimes. Mais c'est l'attentat du 25 juillet 1995, commis à la station du RER Saint-Michel (8 morts et 200 blessés), et la visite du Président de la République aux blessés, dans les hôpitaux, qui ont été les éléments déclencheurs de la création, le 28 juillet 1995, des cellules médico-psychologiques d'urgence chargées d'assurer une « prise en charge psychologique et psychiatrique précoce et sur place des victimes d'attentats et d'accidents collectifs ».

Mais aujourd'hui, beaucoup s'interrogent sur le fonctionnement de ces cellules médicopsychologiques. Sont-elles adaptées ? Remplissent-elles leurs fonctions ? Qui assure la formation des intervenants ? Six ans après leur création, ne faudrait-il pas mener une réflexion et une évaluation ?

Le soutien social ne doit pas relever du seul système associatif et bénévole. Les réseaux publics existent et sont sous-utilisés, les travailleurs sociaux doivent être mieux intégrés et le plus rapidement possible dans la prise en charge des victimes et de leur famille. La continuité entre l'urgence gérée par les pouvoirs publics et le post-immédiat assuré par l'associatif n'est pas satisfaite. Le ministère de la Santé a plusieurs fois donné son accord de principe pour que les associations puissent prendre le relais très rapidement. Des propositions concrètes n'ont jamais été formulées.

Les enquêtes médicales sur l'état de santé des victimes d'attentats pourraient servir de base de réflexion. Elles permettent de mieux prendre en compte les besoins des victimes et adapter la durée et la nature de la prise en charge des victimes.

La pratique quotidienne de l'équipe de S.O.S. ATTENTATS laissait penser que de nombreux problèmes n'étaient pas résolus, mais les résultats de cette étude surprennent et inquiètent par l'ampleur de l'impact sanitaire des actes terroristes. Il ne suffit pas de sauver des vies par des interventions urgentes, même s'il faut remercier ceux qui le font dans des conditions parfois difficiles. Nous demandons aux pouvoirs publics de prendre la mesure de ces phénomènes et

d'offrir aux victimes une prise en charge appropriée à leurs besoins dans le cadre d'une véritable concertation avec les victimes et leurs associations. Plus particulièrement, nous voulons :

- qu'une meilleure prise en charge psychologique soit rendue possible, et cela durant une période prolongée (plusieurs années). L'intervention psychologique d'urgence ne peut pas tenir lieu de réponse valable ;
- qu'une véritable formation soit offerte aux praticiens sur la réalité des états de stress post-traumatique et l'ensemble des conséquences des traumatismes psychologiques ;
- que les pouvoirs publics encouragent des recherches sur l'évaluation des différents modes de prise en charge du retentissement psychologique des actes de terrorisme ;
- que les victimes d'événements traumatisants fassent l'objet d'une recherche systématique d'état de stress post-traumatique au moyen d'outils valables et utilisables par les praticiens ;
- que les séquelles de blast O.R.L. fassent l'objet d'une investigation systématique (et pas seulement pour les attentats) ;
- que d'autres victimes bénéficient des apports de la recherche, notamment les victimes d'accidents collectifs, les accidentés de la route, les personnes victimes d'agressions ou de viols.

L'étude des liens entre les troubles psychologiques observés dans l'étude ECSAT et divers indicateurs de santé publique (fréquence des visites médicales, consommation de médicaments psychotropes, voire de tabac) pourrait faire l'objet d'analyses complémentaires, de même que celle des facteurs de risque et des facteurs modificateurs de ces troubles. L'analyse du rôle du soutien social et de celui de l'indemnisation est également un volet capital de cette étude qui devrait être encore développé.

Dès le 21 septembre 2001, cette étude a permis d'alerter les professions médicales de la nécessité de lancer un programme de dépistage des séquelles O.R.L. parmi la population victime de la catastrophe

survenue dans une usine chimique de Toulouse (France), (31 morts et 4 000 personnes ayant reçu des soins, dont une centaine de blessés graves).

En outre, le questionnaire élaboré par le Conseil scientifique a été mis à la disposition d'une équipe de chercheurs de l'INSEM afin de lancer une étude épidémiologique sur les conséquences de cet événement.

Bien entendu, il sera utile, le moment venu, d'effectuer des comparaisons avec les résultats des études qui seront menées auprès des rescapés des attentats du 11 septembre 2001 aux États-Unis et ainsi de progresser peut-être sur la connaissance des besoins des victimes et d'atténuer leurs souffrances. Nous pourrions manifester ainsi notre solidarité à leur égard.

#### NOTE

- 1 Verger, P. *et al.*, *Évaluation épidémiologique des effets psychologiques des inondations de 1992 dans le Vaucluse*. Une étude épidémiologique transversale dans la commune de Bedarides en 1997. Rapport scientifique. Programme Environnement et santé du ministère de l'Environnement. Fontenay aux Roses. Institut de protection et de sûreté nucléaire. Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, faculté de psychologie et des sciences de l'éducation de Louvain la Neuve. LEAD 99-54 ; 1999.

# CONSÉQUENCES À LONG TERME D'UN MASS MURDER, LE CAS DE POLYTECHNIQUE NEUF ANS PLUS TARD<sup>1</sup>

Geneviève PARENT  
Marie-Marthe COUSINEAU

**L**e phénomène du *mass murder* semble prendre une ampleur considérable au cours des deux dernières décennies, faisant un nombre croissant de victimes à travers le monde. Le Québec n'échappe pas à cette tendance. Nous n'avons qu'à penser, entre autres, à la tuerie de l'Assemblée nationale (1984)<sup>2</sup>, à celle de Polytechnique (1989)<sup>3</sup> et au drame de Concordia (1992)<sup>4</sup>.

Il existe très peu d'études sur les victimes survivant à une fusillade. Lorsqu'il en est question, les recherches rapportent essentiellement les effets à court ou à moyen terme de l'événement pour ces personnes. Cette présentation orale rend compte d'une étude exploratoire portant sur les changements de vie, les conséquences (physiques, psychologiques, sociales, existentielles et financières) à court, moyen et long termes que vivent les victimes ayant survécu à la fusillade de Polytechnique. Par victime, nous entendons ici toute personne qui a assisté à l'événement traumatique en question, que cette personne ait été blessée ou menacée, directement ou non, à cette occasion.

Nous allons également aborder la notion de victimisation secondaire. Cette dernière notion fait référence aux douleurs psychologiques infligées à la victime par ses proches, la police, les tribunaux, les services d'aide, les confrères de travail, les médias, etc. à la suite d'une expérience de victimisation. Ces blessures sont suscitées soit par les attitudes, les commentaires ou l'agir des personnes avec qui la victime est en contact. Elles peuvent aussi découler des contre-coups primaires (c'est-à-dire des conséquences physiques, psychologiques, sociales, existentielles et financières). En effet, une aide insuffisante ou inadéquate relativement à ces conséquences peut

aggraver ces dernières en les façonnant en des stress à long terme. En dernier lieu, nous survolerons les différentes avenues de solution.

## **MÉTHODOLOGIE**

Pour réaliser notre étude, nous avons fait appel à une méthodologie double. Nous avons d'abord complété l'étude de vingt-et-un dossiers ouverts à l'IVAC (Service d'indemnisation aux victimes d'actes criminels) pour avoir un aperçu général du vécu des victimes à court et à moyen terme depuis la fusillade de la Polytechnique. Ensuite, nous avons réalisé des entrevues semi-directives auprès des victimes dans le but d'examiner leur vécu plus en profondeur et plus à long terme. Cette étude s'est faite en respectant une approche phénoménologique lors de l'entrevue privilégiant le point de vue des victimes pour comprendre les conséquences vécues par celles-ci.

### **Les non-consentants**

Étant donné le nombre d'années écoulées, neuf ans, il a été difficile de retracer bon nombre des victimes de la tuerie de Polytechnique ayant fait appel aux services de l'IVAC (déménagements, expatriations, etc.). Parmi celles qu'on a pu réussir à contacter, la plupart ont refusé d'accorder l'entrevue ou n'ont pas répondu à l'invitation. En général, parmi celles que nous avons rejointes et qui ont refusé de nous rencontrer, l'idée de revivre des émotions qui risquent de nuire à nouveau à leur vie quotidienne, de partager les difficultés vécues, les obstacles rencontrés quotidiennement et les émotions qui s'y rattachent n'a pas semblé séduisante à bon nombre d'entre elles et elles nous en ont fait part. Par conséquent, on peut dire que leur refus est aussi lié à la notion de victimisation secondaire.

### **Les consentants**

La majorité des gens qui ont accordé l'entrevue ont avoué qu'ils étaient convaincus de regretter leur décision puisqu'à chaque fois qu'ils reparlent de l'événement de Polytechnique, ils y pensent et



revivent des émotions difficiles pendant au moins quelques jours, voire des semaines. Ils ont quand même accepté de nous rencontrer pour, entre autres, qu'on puisse éventuellement mieux les aider et améliorer l'intervention auprès des victimes de *mass murder*.

A priori, nous désirons mener au moins quinze entrevues, mais seulement sept étudiants dont quatre blessés lors de la tuerie ont accepté de nous rencontrer. Cet échantillon n'est pas constitué purement au hasard. Il est construit en tenant compte d'un premier critère spécifique (avoir été témoin oculaire du drame ou de la scène) et selon les possibilités du chercheur de retracer les personnes présentes au moment du drame.

Notre échantillon est nécessairement biaisé puisqu'il provient en totalité des victimes ayant fait appel aux services de l'IVAC. Aussi, toutes les victimes de notre échantillon ont consulté un ou plusieurs psychologues, ce ou ces derniers les aidant à identifier les effets psychologiques liés à l'événement et à y travailler. Il est à noter que rien ne permet de croire que les victimes qui n'ont pas pris contact avec l'IVAC partagent les mêmes caractéristiques et le même vécu que celles qui l'ont fait.

## LES CONSÉQUENCES EN GÉNÉRAL

Lorsqu'on pense aux victimes de tueries, on a tendance à se référer aux victimes qui n'ont pas survécu. Souvent, on oublie les victimes qui ont assisté à l'événement et qui ont subi un traumatisme.

Au moment et à la suite de la tuerie de Polytechnique, au plan physique, plusieurs personnes ont souffert de blessures par balles ou fragments de balles. Quelques-unes se sont blessées en tombant, en tentant de fuir ou autrement. Ces blessures ont entraîné, pour plusieurs, la perte d'un organe ou d'un membre, ou la perte de leur usage se traduisant en blessures perpétuelles. Ces blessures ont aussi provoqué des limitations, des douleurs et des cicatrices résiduelles qui nuisent à différents degrés à la vie quotidienne, sociale et psychologique des personnes affectées. Pour certaines, ces conséquences perdurent neuf ans après l'événement. À titre d'exemple, au cours d'une conversation téléphonique avec l'une des victimes que

nous souhaitions interviewer et qui porte des traces importantes de ses blessures au visage, il est apparu assez évident que ses cicatrices et ses handicaps soulevaient des émotions et des obstacles très difficiles à vivre, parfois même insurmontables et ce, quotidiennement depuis neuf ans. Ces combats quotidiens entraînent tant d'émotions et de souffrance que cette victime, qui admet ne pas se sentir prête à y faire face, a refusé de faire l'entrevue.

Il est à noter que certains effets liés aux blessures peuvent surgir, voire ressurgir quelques années plus tard. Ces effets peuvent se camoufler sous des symptômes qui rendent le diagnostic difficile à établir. À titre d'exemple, une des victimes raconte qu'elle a souffert de céphalées et de douleurs au cou pendant des années sans que les médecins ne puissent identifier l'origine de ces maux. Plus tard, ils ont découvert que ces douleurs étaient dues à des débris de plomb restés lors d'une première chirurgie visant à retirer les balles et débris de balles reçus en 1989. L'exérèse de ces débris s'est fait six ans après la tragédie.

Au plan psychologique, les premiers symptômes ressentis par les victimes étaient en fait, dans tous les cas, des symptômes liés à l'état de stress post-traumatique. Parmi les nombreux symptômes manifestés, nous retrouvons, entre autres : l'engourdissement émotionnel, les problèmes reliés au sommeil, la difficulté à se concentrer, les sursauts, l'hypervigilance, la peur.

Ce drame a aussi suscité un travail sur soi de la part de plusieurs victimes non seulement pour pallier les problèmes liés à l'événement mais aussi, dans certains cas, pour régler d'anciens conflits. Chez la majorité de nos interviewés, plusieurs des symptômes se sont atténués avec le temps en réponse à divers éléments déterminants : un changement de milieu de vie ou de travail, l'arrivée des enfants, la volonté de passer à autre chose, une démarche personnelle accompagnée d'une psychothérapie, l'achat de systèmes de sécurité et l'adoption de certains comportements préventifs. Toutefois, certains événements difficiles ramènent quelques symptômes psychologiques que la personne lésée pensait avoir réussi à atténuer. La date anniversaire de la fusillade ou la période l'entourant peut, entre autres, raviver les anciennes douleurs psychologiques mal ou pas assez guéries.

Malgré la disparition de plusieurs des symptômes psychologiques vécus par les victimes, il apparaît que certains se sont cristallisés jusqu'à devenir résiduels. Il en est ainsi de la peur, de l'hypervigilance, de l'insécurité, de la culpabilité, de l'évitement, des émotions exacerbées ou réfrénées, de l'activation neurovégétative, de l'irritabilité, des excès de colère, des sursauts. Plus grave, à la lumière de nos résultats, nous avons conclu que certains de nos interviewés, neuf ans après l'événement, souffraient encore de l'état de stress post-traumatique.

En ce qui a trait aux conséquences sociales à court terme, plusieurs ont été mentionnées. Il est alors question d'un retour difficile, voire impossible, à ses anciennes activités quotidiennes, de relations interpersonnelles détériorées et parfois même détruites. Ces conséquences sont cause, pour plusieurs, d'isolement social. À plus long terme, des conséquences sociales perçues comme étant « positives » apparaissent chez nos interviewés, notamment la volonté d'améliorer constamment sa qualité de vie et ses relations interpersonnelles, de se faire plaisir et vivre sa vie à plein régime. Toutefois, plusieurs conséquences « négatives » sont aussi restées et se manifestent encore neuf ans après la tragédie : loisirs limités ou modifiés, relations interpersonnelles détériorées ou brisées, changement d'orientation professionnelle à rabais, etc., et ainsi constituent une autre forme de victimisation secondaire.

Tout comme les conséquences existentielles (discutées au prochain paragraphe), certaines conséquences sociales ne font pas l'unanimité dans leur façon d'être perçues comme étant « positive » ou « négative ». Par exemple, le fait d'être encore reconnu et parfois abordé sur la rue par des inconnus qui « veulent prendre des nouvelles » peut être vécu comme étant réconfortant pour les uns et agressant pour les autres.

Quant aux conséquences existentielles, un grand nombre de victimes ont réalisé la nécessité de vivre leur vie à plein au plan individuel, tant à l'intérieur (comme améliorer sa qualité de vie, faire ce qu'on aime) qu'autour d'elles (être plus ouvert et à l'écoute des autres), étant donné la courte durée et la valeur de celle-ci. À la suite de la fusillade, les victimes ont pris conscience de leur vulnérabilité et de leur mortalité. Plusieurs ont remis en question leur propre existence

et ont réalisé qu'il peut leur arriver n'importe quoi, à n'importe quel moment. Ainsi s'est développée, chez bon nombre d'entre elles, une perception plutôt pessimiste et fataliste du cours des choses se répercutant à son tour sur leur vie en général. Aussi, certains répondants semblent pressés de tout faire, comme si un désastre pouvait arriver à tout moment et les empêcher de réaliser leurs projets.

Enfin, au plan financier, les pertes directes et indirectes se révèlent relativement peu élevées pour la majorité des victimes des événements de la Polytechnique de notre échantillon puisqu'elles ont toutes bénéficié des services de l'IVAC et qu'une grande part de ces coûts, liés majoritairement aux conséquences physiques, psychologiques et sociales liées à l'événement, a pu être épongée.

Cependant, la presque totalité des interviewés ont assumé des conséquences financières à long terme. Il s'agit de dépenses qui se situent davantage au plan des frais indirects tels que l'achat de systèmes d'alarme, l'avènement d'une faillite (à la suite de l'émergence de symptômes post-traumatiques), les pertes d'argent liées à un changement d'orientation de carrière, etc.

Par exemple, une victime a dû changer de domaine d'étude à la suite de l'événement et elle se trouve confrontée à un nouveau domaine qui n'offre pas d'ouverture d'emploi. Normalement, elle aurait été sur le marché du travail depuis cinq ans. Or, elle n'a reçu aucune aide financière au cours de cette période sauf pour ses traitements puisque l'IVAC ne voyait pas vraiment le lien entre ses difficultés à se trouver un emploi dans le « nouveau domaine choisi » et la fusillade. Cette victime estime ses pertes financières indirectes à au moins 150 000 \$ qui constituent, en fait, l'accumulation du salaire perdu. Avec le temps, ce bilan s'alourdira si elle n'arrive pas à se trouver un emploi dans le nouveau champ choisi. Toutes ces difficultés ont fait réapparaître chez elle plusieurs émotions et symptômes qui s'étaient dissipés avec le temps et sa thérapie.

Nous avons le sentiment que malgré le petit nombre d'entretiens réalisés, nous avons atteint une saturation des données. Aussi, nous avons pu relever un certain nombre d'éléments communs et un *pattern* de réaction chez nos répondants.

Les blessés ont d'abord eu à faire face à des soins et à des traitements intensifs au plan physique, les autres conséquences ne se faisant pas vraiment sentir, en général, dans les premiers temps (on parle alors d'engourdissement émotionnel). Cependant, au fur et à mesure que l'état physique des blessés s'améliorait ou se chronicisait, des conséquences psychologiques surgissaient avec de plus en plus d'acuité, en nombre et en intensité. Ce n'est finalement qu'en dernier lieu que la majorité des conséquences sociales, existentielles et économiques se sont fait sentir chez les interviewés blessés.

En ce qui concerne les victimes qui n'ont pas été blessées, elles ont d'abord eu à faire face à des problèmes psychologiques dont l'intensité et le nombre peuvent varier. Ensuite, ce sont les conséquences sociales, existentielles et économiques qui se sont fait sentir.

## **INTERVENTION ET TRAITEMENT**

Les victimes que nous avons rencontrées ont, en outre, déploré la lenteur de l'intervention policière, le manque de préparation d'Urgence-Santé en intervention de catastrophe et l'égoïsme des médias plus portés au sensationnalisme qu'à la compassion, le manque de support de l'IVAC dans une perspective à long terme. En effet, tous les préalables liés à une intervention collective efficace (plan de sinistre, coordination, concertation, échange d'informations, etc.) étaient absents, ce qui aurait entraîné un grand nombre de conséquences graves<sup>5</sup>.

Malgré le fait que les médias se soient révélés fort utiles et nécessaires, les victimes et témoins de la tuerie de Polytechnique les ont surtout trouvés intrusifs, abusifs, sensationnalistes, malhonnêtes, irrespectueux, décevants et culpabilisants. On comprend alors que les médias n'ont pas aidé la majorité des victimes du carnage dans leur réhabilitation au plan physique, psychologique et social, créant de ce fait une victimisation secondaire.

En ce qui a trait aux services offerts par l'École Polytechnique et l'Université de Montréal, la presque totalité des répondants se disent très satisfaits. Par contre, ils indiquent que les examens auraient dû

être annulés pour éviter les échecs subséquents causés par l'émergence des émotions post-traumatiques. Ils se disent aussi satisfaits de l'aide psychologique reçue de toutes parts, il se trouvait continuellement quelqu'un sur place pour aider et, surtout, les victimes en étaient informées. Le tout a été organisé rapidement et efficacement. Cependant, quelques-uns ont eu affaire à des psychologues peu compétents et ces derniers ont aggravé les contrecoups psychologiques subis.

Quelques interviewés auraient souhaité bénéficier, entre autres, de thérapies familiales et d'un plus grand nombre de rencontres de groupe. En effet, la communication n'est pas toujours facile au sein des familles ou avec l'entourage immédiat à la suite de tels événements marquant la vie de quelqu'un. Elle est cependant essentielle tant au plan psychologique que pour le bien-être physique. En effet, le survivant d'un événement tel une fusillade éprouve plusieurs besoins : être écouté lorsqu'il en parle, être appuyé dans son cheminement vers la récupération, etc. La famille et le cercle d'amis, de collègues (lorsqu'ils ne sont pas eux-mêmes victimes ou témoins de l'événement) constituent un réseau important pour satisfaire ces besoins. Encore faut-il qu'ils sachent comment s'y prendre.

Concernant l'ensemble des interviewés, ils ont tous atteint une étape différente de leur processus de réhabilitation et font maintenant face à des réalités différentes dans leur cheminement personnel. En effet, une chose évidente est ressortie des entrevues, c'est l'individualité dans la façon de vivre à court et à long terme un événement tel que celui survenu le 6 décembre 1989. Ainsi, même si les réactions suivent un certain *pattern* très général, elles sont quand même différentes d'une personne à l'autre. En outre, à mesure que le temps avance, les besoins changent et diffèrent d'un survivant à l'autre. Il est donc erroné de s'efforcer d'uniformiser l'intervention. Cette dernière doit être individualisée.

Il apparaît capital que les victimes reçoivent de l'aide psychologique le plus tôt possible : les effets à long terme en dépendent. La majorité des victimes ne sont pas habituées à aller chercher des services pour des problèmes psychologiques et elles croient être capables de passer au travers sans aide extérieure. Il importe donc qu'un groupe d'intervenants qualifiés pour intervenir en situation de catastrophe

établit un contact initial avec les victimes d'un événement susceptible d'être traumatisant pour, entre autres, obtenir des transferts pour les services ultérieurs dont elles pourraient avoir besoin. Or, même s'il est important que les survivants soient mis en contact avec des groupes d'aide personnelle et des programmes d'assistance, ils ne s'y présenteront pas nécessairement par eux-mêmes et c'est pourquoi un suivi serait également de mise.

Les suivis à plus long terme semblent donc importants pour vérifier si l'individu continue à progresser ou s'il vit une rechute ou un mal-être persistant lié à l'événement. De tels suivis permettraient à l'individu de recevoir des soins ou des services plus spécialisés lorsque c'est nécessaire. La récupération à la suite d'un événement d'une telle ampleur peut prendre des années ; on doit en être conscient, le reconnaître et agir en conséquence. Ordinairement, on juge que les services offerts sont d'une bonne qualité, surtout au cours de la première année. On devrait rester disponible et attentif aux besoins des personnes au-delà de cette période. Ceci devrait être réalisable, d'autant que le nombre de bénéficiaires diminue substantiellement au cours des années suivant l'événement.

Le rapport de De Coster (1990), produit à la suite de l'événement tragique de Polytechnique, a fait ressortir que tous les préalables liés à une intervention collective efficace étaient absents, lorsqu'est survenue la tuerie de Polytechnique, ce qui a pu en aggraver les conséquences. Toutefois, un certain nombre des recommandations de ce rapport semblent avoir été mises en œuvre par différents organismes impliqués, et plus particulièrement par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Les événements tels la tuerie à l'Assemblée nationale (1984) et le drame de la Polytechnique (1989) ont montré qu'aucun endroit ne peut prétendre être à l'abri de telles situations et que, par conséquent, tout en cherchant à les prévenir, dans toute la mesure du possible, il faut savoir aussi savoir y réagir... correctement.

Avant de terminer cette présentation, un bref survol des principales avenues de solution s'avère nécessaire :

- reconnaître que les séquelles peuvent perdurer très longtemps ;
- qu'elles peuvent apparaître ou ressurgir après un certain temps ;
- qu'elles peuvent être liées directement à l'événement ;
- qu'elles peuvent être reliées à ce qui est vécu à la suite de l'événement (victimisation secondaire).

Les victimes nous ont fait part qu'elles auraient souhaité :

- 1) des thérapies familiales et davantage de thérapies de groupe ;
- 2) du support à long terme ;
- 3) que les médias réalisent qu'ils ont un rôle à jouer qui peut être traumatisant ou aidant.

## NOTES

- 1 Cet exposé est basé sur une étude effectuée pour un mémoire de maîtrise : *Polytechnique, neuf ans plus tard, conséquences à long terme d'une hécatombe*, par G. Parent (1999, dirigée par M.-M. Cousineau). Un article, également inspiré de cette même étude, a été proposé à la revue *International Review of Victimology*.
- 2 Denis Lortie, auteur de la fusillade à l'Assemblée nationale, fait treize blessés et trois morts avant de se rendre. Cette tuerie se passe au matin du 8 mai 1984.
- 3 Le 6 décembre 1989, un jeune homme (Marc Lépine) tue quatorze femmes et blesse quatorze autres personnes à l'École Polytechnique de l'Université de Montréal.
- 4 Le 24 août 1992, vers 15 h 15, un professeur de génie mécanique de l'Université de Concordia (Valery Fabrikant) s'introduit au neuvième étage du 1455 de Maisonneuve Ouest. Il aurait tiré une vingtaine de balles. Il blesse deux personnes et en tue trois autres.
- 5 Rapport de De Coster *et coll.*, *La tragédie du 6 décembre 1989 à l'École polytechnique de Montréal*, Québec, Groupe de travail De Coster, 1990.



# LES CONSÉQUENCES DE L'ÉVÉNEMENT TRAUMATIQUE CHEZ LES VICTIMES DE VIOLENCE SUR LES LIEUX DE TRAVAIL

Hélène CARDU, Ph.D.  
Jean-Yves TÊTU, candidat M.A.

## INTRODUCTION

**D**ans cette recherche, qui a été effectuée dans un centre hospitalier psychiatrique du Québec, nous avons voulu investiguer les relations entre les représentations du milieu organisationnel et la quête de soutien social chez les victimes de violence au travail. Cette recherche, subventionnée par l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité au travail (IRSST), s'inscrit dans le contexte d'une recherche plus large qui porte sur la réinsertion au travail de victimes de stress post-traumatique. Deux organismes publics du Québec nous ont aussi accordé une subvention, soit la Régie régionale de la santé et des services sociaux et le Centre de recherche de l'institution en question. Les recherches sur la violence en milieu de travail sont de plus en plus nombreuses et une récente recension des écrits (Chappell et Di Martino, 2000) jette un éclairage nouveau sur l'intensité du phénomène à travers différents milieux de travail dans le monde. Situait ce phénomène dans une perspective plus large, ces auteurs énumèrent différents facteurs potentiels émergents et des facteurs culturels liés à l'éducation, à la personnalité et à l'organisation du travail. Nous nous intéressons ici aux facteurs liés à l'organisation du travail qui ont été étudiés à travers le prisme des représentations identitaires des victimes de violence en milieu de travail. Il s'agissait pour nous de voir si les groupes en milieu de travail (collègues, supérieurs, subordonnés) étaient perçus de façon positive ou négative lors de la phase postagression, et si cela pouvait avoir un impact sur la recherche de soutien informel ou formel dans l'entreprise ou en dehors de l'entreprise. Nous nous sommes aussi attardés à examiner quelles sont ces sources de soutien dans l'entreprise.

## THÉORIE

Les causes de la violence en milieu de travail sont nombreuses. Les préjugés liés à l'appartenance ethnoculturelle ou au sexe peuvent être à l'origine de comportements violents. Les attitudes des collègues peuvent aussi engendrer de la violence, par exemple quand un membre du personnel est perçu comme menaçant par une autre personne ou un groupe. Enfin, la façon dont le travail est organisé peut générer de l'incompréhension et de la frustration. Quant aux facteurs de stress en milieu de travail, ils sont multiples. On peut penser à l'organisation du milieu de travail, à la structure du travail, à l'organisation de la tâche, à la surcharge de travail, aux conflits de rôle, au style de gestion, à la culture et au climat organisationnel. Ces facteurs de stress sont au cœur de la confrontation. La violence est souvent analysée selon qu'elle correspond aux axes intensité (forte ou faible, ponctuelle ou soutenue) et visibilité (visible ou insidieuse) (Aurousseau et Landry, 1996). Les employés-victimes que nous avons rencontrés ont vécu des épisodes de violence dans leur milieu de travail. Leurs représentations identitaires constituent les fondements des conceptions centrales sur le Soi + : des ruptures de ces conceptions fragilisent les victimes. La recherche sur l'identité sociale des victimes, dont nous présentons ici quelques résultats, sert à explorer les dimensions identitaires perturbées par le trauma, en particulier les représentations identitaires liées à la représentation du milieu de travail. La personne qui a vécu des épisodes de violence au travail vit parfois une perte de support professionnel et une perte d'estime de soi. La victime de violence au travail vit des épisodes importants de rupture psychosociale, rupture du lien de confiance avec l'environnement, rupture identitaire (conception de Soi avant et après l'événement). Explorer le contexte de travail est donc fort important pour permettre une réinsertion optimale à la suite des événements (Joseph, 1999).

## STRESS ET SOUTIEN SOCIAL

Le soutien social consiste en un échange de ressources qui permet d'accroître le bien-être de celui qui reçoit ce soutien (Shumaker et Czajkowski, 1994). Car le soutien social peut aider les victimes à développer des stratégies de *coping* qui peuvent avoir un effet

bénéfique sur leur santé. Plusieurs interventions ont visé à analyser le soutien en milieu de travail donné par les collègues : l'augmentation du soutien donné par des collègues a entraîné une amélioration du climat de travail et a permis de réduire les symptômes de dépression et de somatisation associés à l'épuisement professionnel (Gottlieb, 1985 ; Savoie, 1993).

### **LE CLIMAT ORGANISATIONNEL**

Le climat organisationnel se rapporte à la perception de dimensions importantes dans l'organisation, par exemple les styles de management, la communication, la valorisation de la responsabilité, le type d'autorité, les relations entre collègues, etc. (Brunet, 1983 ; Likert, 1974). Explorer le climat organisationnel (la représentation du milieu de travail) permet de faire émerger la vision subjective de la réalité au travail du travailleur, le fondement de son attachement à l'entreprise (ou non, dans le cas de la violence subie).

### **CONTEXTE ET CLIMAT ORGANISATIONNEL**

Le climat organisationnel renvoie à un découpage de l'entreprise en groupes et sous-groupes d'identification, et donc à un modèle de l'organisation qui est fortement influencé par l'identité personnelle des individus et par les possibilités d'accès à une reconnaissance de soi dans le milieu social de travail. L'appartenance à ces différents sous-groupes d'identité, dont les membres partagent des affinités, renvoie aussi aux réseaux informels de soutien qui existent dans l'entreprise.

### **IDENTITÉ ET CLIMAT ORGANISATIONNEL**

Notre objectif est de comprendre la réintégration au travail de victimes de violence en adoptant la perspective égo-écologique qui permet de décrire les relations personnes-environnement intérieur (Zavalloni et Louis-Guérin, 1984). La notion d'identité psychosociale renvoie à la dynamique représentationnelle qui peut accompagner la rupture face au milieu organisationnel à la suite du trauma : une représentation intégrée de soi sera sans doute plus difficile à

construire-reconstruire sans l'octroi de la reconnaissance d'autrui et de son soutien. Dans cette recherche, nous nous attardons à explorer les représentations du milieu de travail (incluant les groupes de travail) qu'ont ces victimes. Nous avons utilisé une version modifiée et adaptée de la mesure du climat organisationnel de Likert (1974).

## **QUELQUES RÉSULTATS**

Les résultats présentés proviennent d'analyses de contenu et d'analyses des fréquences thématiques associées aux dimensions structurales de l'identité (axes positif et négatif du Soi et Non-soi) tout dépendant si ces représentations sont associées au Soi ou dissociées du Soi.

### **Les représentations de l'identité professionnelle des victimes**

Chez les victimes, les représentations de la profession sont très positives et associées au Soi positif (à 85 %) : elles se rapportent à la responsabilité, à la compétence, à la flexibilité, à la collaboration, à l'autonomie et à l'écoute (N=330), dans la condition NOUS. Dans la condition EUX, les représentations de l'identité professionnelle renvoient au Soi négatif et se rapportent aux thèmes suivants : insécurité, pression à la performance, fatigue, et capacité de passer à autre chose.

### **Les représentations des collègues**

Les représentations sont généralement positives. Elles font référence à l'humour, au fait de travailler fort, à la patience et à des sources de conseil (66 %). Les représentations négatives font référence, quant à elles, à l'insécurité, au manque de respect, à l'intolérance ou peuvent aussi être associées à l'individualisme et à la lâcheté (21 % pour N=165).

### Les représentations des supérieurs

Les supérieurs sont décrits comme à l'écoute, consciencieux, humains (46 % Soi positif), alors que leur leadership formel, leur égocentrisme, leur autoritarisme, leur insécurité et leur jugement sont des attributs ou façons d'être négativement évalués (36 % Non-soi négatif). Nous avons vu qu'un climat organisationnel participatif (où l'on encourage le dialogue et la communication) est associé à des risques minimaux de violence. Un environnement de travail de type autoritaire, où les travailleurs sont isolés et sur la défensive, peut être associé à des risques plus élevés de violence. Voyons maintenant les relations trouvées entre certaines dimensions du climat organisationnel, la gravité et la fréquence du stress post-traumatique à la suite d'un événement violent vécu par les gens dans leur milieu de travail. Le tableau qui suit illustre les relations entre la gravité et la fréquence du stress post-traumatique et certaines dimensions du climat organisationnel.

### Résultats

	TSPT	
	Fréquence	Gravité
- Résolution de conflit	- 46	- 0,58
- Organisation du travail		- 0,49
- Information	- 46	- 0,51
- Attitudes des collègues		- 0,48
- Attitudes des supérieurs		- 0,49

Traduit par R. Stephenson, P. Brillon, A. Marchand, A. et L. DiBlasio (1995).

On constate que l'ensemble des dimensions du milieu organisationnel sont associées à la gravité du stress post-traumatique. Néanmoins, on remarque que la résolution de conflit et l'information sont les seules dimensions du milieu organisationnel qui sont reliées à la fréquence du stress post-traumatique.

## **LES FORMES DE VIOLENCE AU TRAVAIL**

La problématique de la violence au travail, d'après les données que nous avons recueillies, confronte les gens qui la vivent à trois formes majeures : le harcèlement, le conflit de type interpersonnel et l'agression. Le harcèlement provient ici essentiellement d'un collègue, d'un supérieur ou d'un membre d'une structure formelle, soit d'un membre d'un syndicat ou d'un service mandaté de l'évaluation médicale des employés. Le conflit interpersonnel, quant à lui, s'observe entre collègues ou alors entre un employé et son supérieur. Enfin, l'agression peut aussi être unidirectionnelle et provenir des patients.

## **QUELQUES STRATÉGIES POUR RÉAGIR À LA VIOLENCE**

Pour faire face à l'un ou l'autre des obstacles mentionnés, c'est-à-dire pour se protéger ou se défendre, les gens vont opter pour différentes stratégies. D'un côté, le repli sur soi, qui se manifeste par des attitudes de résignation acquise ou d'intériorisation du blâme, par exemple, caractérise les stratégies dites passives. D'un autre côté, les stratégies qui résultent en une action sur le milieu ou une recherche de soutien, soit au sein de l'organisation ou auprès d'une source externe à celle-ci, renvoient aux stratégies dites actives. Une action sur le milieu peut avoir comme objectif un changement aux plans individuel, relationnel ou encore au plan de l'organisation du travail. Une stratégie d'action sur le milieu au plan individuel englobe les changements visés au plan de la motivation et de la performance.

Au plan relationnel, les stratégies que nous avons recensées se rapportent aux attitudes des collègues et des supérieurs, à l'information ainsi qu'à l'ouverture et à la résolution de conflits. Par ailleurs, agir sur l'organisation du travail inclut des stratégies visant les changements d'horaire, les demandes de réaffectation ainsi que celles qui visent à enrayer les conflits de rôle et la surcharge de travail.

### **LES STRATÉGIES PRIVILÉGIÉES PAR LES VICTIMES DE VIOLENCE EN MILIEU DE TRAVAIL**

En situation de harcèlement, il semble que les gens optent davantage pour une stratégie passive (le silence, la résignation, l'ignorance et l'évitement) ou pour une stratégie active de type individuel dont la vigilance, l'attitude centrée sur le travail et la production, la tolérance zéro et la recherche d'une motivation auprès des employés en constituent les principaux exemples. Lors d'un conflit interpersonnel, les résultats indiquent que les gens vont miser sur des stratégies actives de type relationnel : la clarification des rôles et de la situation, la confrontation, la coalition entre collègues et l'humour. Enfin, lorsqu'il s'agit d'une agression, il semble que, tout comme pour le conflit interpersonnel, les stratégies actives de type relationnel soient privilégiées : la tolérance, la communication, l'ignorance de l'autre et l'humour. À titre d'exemple, voici un extrait du discours nous montrant une stratégie de type relationnel, associée à l'humour, lors du retour au travail d'une personne ayant vécu du harcèlement de la part de son supérieur immédiat :

*[...] lors de mon retour au travail, j'étais mal à l'aise de revoir ma supérieure mais... pour essayer de détendre l'atmosphère j'ai décidé de faire quelques blagues... d'après moi, ça a donné des résultats, car depuis que j'utilise l'humour... ma supérieure me respecte davantage...*

Toujours en relation avec les représentations du milieu, nous avons voulu regarder où les gens allaient chercher du soutien. Nous avons vu que la recherche de soutien représente, elle aussi, une stratégie active de la part des employés afin de solutionner un obstacle quelconque, comme le harcèlement, un conflit interpersonnel ou l'agression. On constate que la recherche de soutien, comme stratégie active, est constituée de trois types de soutien : le soutien par soi-même, le soutien interne (à l'intérieur du milieu de travail) et le soutien externe (à l'extérieur du milieu de travail). Les résultats indiquent que les employés vont davantage chercher du soutien auprès des structures informelles d'aide que représentent la famille, le conjoint et les enfants, de même que les amis.

Dans l'entreprise, les employés vont davantage chercher du soutien dans les structures informelles d'aide et les collègues de travail —

ceux-ci sont le plus sollicités par les employés lors de la résolution d'un obstacle. D'ailleurs, voici un exemple associé à un soutien émotionnel de la part d'un collègue de travail lors du retour d'une personne ayant vécu du harcèlement de la part de son supérieur :

*[...] je pense souvent à ma collègue de travail qui m'a beaucoup soutenu lors de mon retour au travail. C'était comme la première fois que je sentais du support à l'intérieur de mon milieu de travail... ça faisait du bien...*

## BIBLIOGRAPHIE

- AUROUSSEAU, C. et S. LANDRY (1996). *Les professionnelles et professionnels aux prises avec la violence organisationnelle*, Montréal, comité conjoint UQAM-CSN-FTQ et la Fédération des professionnels et professionnelles salarié-e-s et des cadres du Québec (FPPCCQ).
- BRUNET, L. (1983). *Le climat de travail dans l'organisation*, Québec, Agence d'Arc.
- CHAPPEL, D. et V. DI MARTINO (2000). « La violence au travail », *Bureau international du travail*, chap. 5, p. 109-134.
- GOTTLIEB, B.H. (1985). « Social Networks and Social Support : an Overview of Research, Practice, and Policy Implications », *Health Education Quarterly*, vol. 12, n° 1, p. 5-22.
- JOSEPH, S. (1999). « Attributional Processes Coping and Post-Traumatic Stress Disorders », in W. Yule (éd.), *Post-Traumatic Stress Disorders : Concepts and Therapy*, London, Wiley.
- LIKERT, R. (1974). *Le gouvernement participatif de l'entreprise*, Paris, Collection Hommes et Organisations.
- SAVOIE, A. (1993). « Les groupes informels dans les organisations : cadre général d'analyse », *Psychologie canadienne*, vol. 34, n° 1, p. 79-96.
- SHUMAKER, S.A. et S.M. CZAJKOWSKI (1994). *Social Support and Cardiovascular Disease*, The Plenum Series in Behavioral Psychophysiology and Medicine, New York, Plenum Press.



STEPHENSON, R., P. BRILLON, A. MARCHAND, et L. DI BLASIO (1995).  
*Évaluation de la modification du stress traumatique*, traduction de « The  
Modified PTSD Scale Self-report ».

ZAVALLONI, M. et C. LOUIS-GUÉRIN, C. (1984). *Identité sociale et conscience : introduction à l'égo-écologie*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal et Toulouse, Privat.



## ANALYSE DE L'ÉVOLUTION D'UN DEUIL TOUCHANT L'ENSEMBLE D'UNE COMMUNAUTE

Françoise LAVALLÉE  
Andrée PELLERIN  
Abbé Clément BÉDARD

**A**u Québec, la tragédie des Éboulements qui faucha brusquement la vie de quarante-quatre personnes d'une petite localité restera gravée à jamais dans nos mémoires collectives. Comme l'a mentionné le coroner<sup>1</sup> dans son rapport d'enquête : « Ce genre d'événements est rare au Québec (et c'est mieux ainsi) [...] l'expérience acquise doit se partager entre les intervenants ». C'est dans cet esprit de partage que nous présentons cette analyse clinique des facteurs qui ont influencé l'évolution du processus de deuil de la grande majorité des personnes de la communauté de Saint-Bernard.

Les observations présentées dans le cadre de ce colloque découlent d'interventions faites auprès des endeuillés et auprès de la population en général de Saint-Bernard. À la suite de la tragédie, nous nous sommes impliqués, plus intensivement durant la première année, en collaboration avec les principaux intervenants de la paroisse.

### CONTEXTE DE L'ACCIDENT

Le 13 octobre 1997, un groupe de quarante-huit personnes de l'Âge d'or de Saint-Bernard participent à un voyage organisé dont l'objectif principal est la visite de l'île aux Coudres. C'est la journée de l'Action de grâce, les couleurs de l'automne et le soleil sont au rendez-vous. Ces gens s'appêtent à fêter Noël en automne, ayant choisi comme thème de la journée : les étoiles.

Le départ de Saint-Bernard s'effectue à 11 heures 20 et l'autobus s'arrête près de Québec pour permettre aux participants de visiter une boutique spécialisée dans les objets de Noël et de se procurer les

accessoires qui créeront l'ambiance du réveillon de Noël prévu pour la soirée. Le groupe reprend la route vers 12 h 40 en direction de Saint-Joseph-de-la-Rive pour s'embarquer sur le traversier qui doit les transporter à l'île aux Coudres.

Dans la dernière étape avant d'atteindre Saint-Joseph-de-la-Rive, l'autobus emprunte le chemin de la Grande Côte. Cette route sinueuse est impressionnante. À partir du haut plateau, elle permet d'atteindre le niveau du fleuve en descendant des côtes ayant de 12 à 19 % de pente. Ces pentes, parmi les plus abruptes au Québec, sont très exigeantes pour le système de freinage des véhicules. Le conducteur de l'autobus n'a pas réussi à maîtriser son véhicule dans ces conditions. Comme les spécialistes en reconstruction d'accidents<sup>2</sup> l'ont affirmé par la suite, des difficultés de freinage ont empêché le conducteur de rétrograder en utilisant le moteur comme frein, laissant ainsi la transmission au neutre. L'autobus aurait alors rapidement pris de la vitesse et, lors de la dernière courbe, a quitté la route pour s'écraser sur un lit de roches une dizaine de mètres plus bas.

Sur les lieux de l'accident, on constate déjà le décès de quarante-quatre personnes, dont le conducteur. Une autre personne succombe à ses blessures le 8 novembre suivant. Seulement quatre des passagers survivront à cette tragédie.

À l'exception du conducteur, toutes les personnes impliquées dans cet accident proviennent du même village, Saint-Bernard. En ce 13 octobre 1997, l'ensemble de cette petite paroisse est sous le choc. Une proportion élevée des personnes âgées de la communauté vient de disparaître tragiquement. Plusieurs personnes viennent de perdre leur mère ou leur père ou les deux. Pour d'autres, elles perdent un grand-parent, un oncle ou une tante. Certains citoyens plus âgés ont perdu un enfant. Il y a un immense vide dans la communauté. C'est le début d'un deuil collectif où tous les individus sont touchés à différents niveaux, et ce, tant sur le plan personnel, familial que social.

## ANALYSE DU PROCESSUS DE DEUIL

Lors d'un deuil, « le caractère unique de chaque individu et la spécificité des liens qui l'unissent au défunt singularisent sa souffrance » (Poirier, 2000, p. 41). Cependant, la dimension traumatisante associée au présent événement teintera de façon bien particulière le deuil de chacune des personnes concernées.

La grille d'analyse retenue pour mieux comprendre ce processus de deuil est celle de Sanders (1989 ; 1994). Cette auteure porte une attention spéciale aux différents facteurs, internes et externes, qui déterminent l'impact d'un décès et contribuent ainsi à l'évolution du processus de deuil. Elle précise également que certains deuils difficiles s'éternisent ; ils deviennent alors des deuils chroniques.

## LE DEUIL SELON LE MODÈLE DE SANDERS

Selon Sanders (1989 ; 1994), le deuil s'effectue selon cinq phases qui comportent chacune une dimension physique, psychologique et sociale.

Dans un premier temps, l'endeuillé vit un état de *choc* (phase 1) qui désorganise sa vie quotidienne. Lors d'une tragédie, les réactions sont amplifiées. L'endeuillé peut vivre une anxiété intense, avoir des pensées envahissantes, des impressions d'irréalité, souffrir d'insomnies, etc. On observe aussi différentes réactions : certains sont figés et ne réagissent pas, d'autres sont surexcités et incapables de se calmer, d'autres encore expriment une colère et une agressivité intenses. Ces réactions sont normales à ce moment, elles expriment toutes de différentes façons une impuissance et une révolte contre une situation inacceptable.

Par la suite l'endeuillé prend de plus en plus *conscience de la perte* (phase 2), ce qui peut déclencher aussi des emportements affectifs intenses (peine, tristesse, colère et agressivité, culpabilité, impuissance, etc.). Sur le plan physique, l'insomnie et la perte d'appétit sont toujours présentes malgré les besoins qui, eux, deviennent de plus en plus importants. Les pleurs et les crises d'agressivité sont très exigeants pour l'organisme ; les refouler l'est tout autant. Au

plan psychologique, l'anxiété est élevée. L'endeuillé devient hypersensible à tout ce qui l'entoure. Il vit dans ses souvenirs, cherchant bien malgré lui un peu de sécurité. Ses rêves se rapportent à la personne décédée, ils sont bien souvent le prolongement du désir de la retrouver. D'autres personnes continuent à refuser, bien inconsciemment, la perte subie ; elles tentent d'oublier leur chagrin en s'impliquant dans toutes sortes d'activités. Cette phase est très difficile à vivre. L'endeuillé épuisé ressent le besoin de se retirer, de s'isoler des autres afin de conserver le peu d'énergie qui lui reste. Lorsque ce retrait se fait sentir, il devient de plus en plus important et entraîne la personne dans la phase suivante.

Pendant cette phase de *préservation et retrait* (phase 3), l'effet du stress intense subi par l'organisme depuis trop longtemps se fait de plus en plus sentir. Le système immunitaire de la personne s'affaiblit. Celle-ci ressent une très grande fatigue et un grand besoin de dormir. Elle a besoin d'isolement et de recueillement. Ses ruminations obsessionnelles, quoique pénibles, l'amènent lentement à accepter la perte subie. La personne réalise que certaines de ses conditions de vie, de ses valorisations ou de ses buts ne sont plus réalisables. Elle peut vivre une remise en question fondamentale où elle choisit de poursuivre sa vie sans la personne décédée. Elle doit développer de nouveaux objectifs personnels, de nouvelles relations, de nouvelles raisons de vivre. Le succès de cette remise en question permet à la personne de passer à la phase suivante de cicatrisation.

Dans certains cas, et pour toutes sortes de raisons, certains endeuillés n'arrivent pas à réinvestir leur énergie et à retrouver leurs capacités d'antan. Ils s'efforcent d'oublier leur malaise. Ils vivent des difficultés psychosomatiques, un mal de vivre qui s'installe sournoisement et dégénère en insatisfaction chronique. Et d'autres, complètement dépassés, sont incapables de poursuivre leur vie par eux-mêmes; ils meurent à petit feu. Toutes ces réactions appartiennent à des individus qui semblent prisonniers de cette phase et qui démontrent ainsi l'incapacité d'apprendre à vivre avec leur nouvelle réalité (deuil chronique). Ils n'atteignent donc pas les phases suivantes de cicatrisation et de renouveau.

La *cicatrisation* (phase 4) se compare beaucoup à la cicatrisation d'une fracture ou d'une amputation. L'endeuillé s'oriente davantage vers l'avenir. Il acquiert un meilleur contrôle sur sa vie, il abandonne certains rôles qui ne sont plus adaptés. Il envisage le futur de façon sereine. Il ressent un certain bien-être et un nouveau sens de compétence. Cependant, il vit encore des moments d'hésitation parce qu'il veut changer, mais en même temps il a peur, ce qui explique quelques faux départs qui ne sont pas dramatiques. Sur le plan physique, l'endeuillé récupère, son énergie augmente, son sommeil devient réparateur et son système immunitaire se renforce. Bref sa santé générale est meilleure. Psychologiquement, l'endeuillé est capable de pardonner, de se pardonner à lui-même et de pardonner aux autres. Il recherche l'harmonie, il a développé une plus grande estime de lui-même, ce qui l'amène à donner une signification à la perte subie. Il sent le besoin de « refermer la boucle », ses souvenirs sont plus réalistes. Sur le plan social, on observe une restructuration de l'identité de l'endeuillé.

L'atteinte de la dernière phase, celle du *renouveau* (phase 5), démontre l'intégration de la perte. L'endeuillé a développé un nouveau mode de fonctionnement, une nouvelle conscience de soi. On observe une plus grande stabilité et une plus grande maturité sur le plan personnel. Un sentiment de revitalisation se fait sentir sur le plan physique, l'endeuillé est plus disponible aux autres, il crée de nouveaux contacts et réinvestit dans de nouveaux projets.

Selon Sanders, l'évolution du processus de deuil est reliée à différents facteurs internes et externes qui se conjuguent les uns aux autres pour expliquer la spécificité et la complexité du deuil de chaque individu.

#### **ANALYSE DES DIFFÉRENTS FACTEURS RELIÉS AUX ENDEUILLÉS DE SAINT-BERNARD**

Mentionnons d'abord que certains facteurs internes tels l'âge, le sexe, les facteurs de personnalité (les capacités à faire face aux changements, la force de l'ego), l'état de santé, les sentiments d'ambivalence envers le décédé, les comportements de dépendance et le type de relation d'attachement jouent un rôle important dans

l'évolution du deuil (Sanders.) Ces facteurs étaient également présents chez les endeuillés de Saint-Bernard. Notre rapport ne porte pas ici sur ces facteurs internes, mais plutôt sur les facteurs externes qui ont été particuliers aux endeuillés de Saint-Bernard et qui ont influencé positivement ou négativement l'évolution du deuil. Par ailleurs, il ne faudrait pas croire que tous les individus qui ont subi les conséquences de l'accident des Éboulements auront des séquelles de ce deuil. Tel que le mentionne Jacobs (1999), c'est l'ensemble de plusieurs facteurs qui détermine l'évolution du deuil.

Les principaux facteurs qui ont influencé le processus de deuil sont : la mort subite, la mort violente, les décès multiples, le deuil communautaire, les autres situations de crise vécues simultanément (annonce du décès, événement très médiatisé, enquête publique), le support social, le lien de parenté avec le défunt, les croyances religieuses et l'impact socio-économique.

### **La mort subite**

Ce terrible accident survient soudainement et brutalement, il ne laisse pas le temps aux endeuillés de prévoir les nombreuses pertes subies. La plupart des personnes décédées n'étaient pas d'un âge très avancé et n'étaient pas malades. Il était difficile, voire impossible de prévoir ces décès, comme c'est le cas lorsque nous savons qu'une personne est atteinte de maladie grave. Tout le monde est pris au dépourvu. Le processus de deuil est déclenché sans avertissement et sans que les endeuillés puissent prendre le temps pour absorber ce choc. Tout se déroule très rapidement dans les heures et dans les jours qui suivent la tragédie. Certains auront beaucoup de difficulté à récupérer ces premiers moments de deuil.

### **La mort violente**

Toutes les personnes décédées ont succombé à un traumatisme fatal. Les endeuillés de Saint-Bernard en sont bouleversés. La mutilation de certains corps suggère des images de douleur et d'horreur. Certains endeuillés n'ont pu voir ou ont refusé de voir la personne décédée à cause de l'état du corps. De telles circonstances amènent



des images obsédantes et des questionnements à savoir si la personne est décédée sur le moment... ou si elle a souffert avant de mourir... On ne peut croire qu'elle soit morte sans souffrance. Pour les endeuillés, on parle alors de traumatisme secondaire.

*Si l'événement est extrêmement violent et imprévisible, s'il est associé à des pertes importantes sur le plan humain... la détresse individuelle, mais collective aussi, sera plus importante encore avec le risque de chronicité. (Saboureaud-Séguin, 2001, p. 20)*

### **Les décès multiples**

Plusieurs endeuillés sont affectés par plus d'un décès : plusieurs ont perdu leurs deux parents ou deux beaux-parents, quelques-uns leurs deux parents et leurs deux beaux-parents, des oncles, des tantes, etc.). Il est difficile d'accepter la mort d'un parent. Dans bien des cas, l'autre parent devient plus important, on s'y raccroche, mais lorsque les deux parents décèdent au même moment, l'insécurité ressentie est plus grande. Quand plusieurs décès surviennent au même moment, l'impact est beaucoup plus difficile pour l'endeuillé. À Saint-Bernard, le nombre de décès a été un facteur important qui a influencé le processus de deuil au plan personnel, familial et communautaire.

### **Le deuil communautaire**

La mort n'a pas frappé des personnes qui étaient réunies par hasard. Ces personnes décédées se connaissaient bien et participaient régulièrement à des activités sociales ensemble. Cet aspect communautaire chez les personnes décédées a coloré la représentation que les endeuillés ont eu de leur perte. C'est une partie de la communauté qui est disparue, ce qui a été vécu comme une perte d'une partie de l'identité sociale par les endeuillés. Dans ce village où toutes les personnes se connaissaient, certains liens d'amitié étaient tout aussi importants que les liens familiaux. Plusieurs ont dû affronter ainsi divers deuils au même moment. Le deuil était généralisé, il était communautaire. Dans cette situation, certaines personnes

très touchées par un deuil moins apparent nous ont mentionné leur incapacité à exprimer leur chagrin, car leur vécu était beaucoup moins important, selon eux, que celui de bien d'autres endeuillés.

### **Les autres situations de crise vécues au même moment**

Au moment du deuil, des crises existantes deviennent exacerbées, de nouvelles crises peuvent survenir et participer ainsi à compliquer davantage l'évolution du deuil. Ces crises peuvent être vécues au plan personnel, familial, religieux, social, politique, etc.

Certains facteurs spécifiques à la situation vécue par les gens de Saint-Bernard sont analysés plus en détail : annonce du décès, événement très médiatisé, funérailles communes et enquête publique.

### **Annonce des décès**

Le soir de l'accident, la gestion de l'information, malgré la meilleure volonté des autorités en place, a été difficile et n'a pas facilité l'amorce du processus de deuil. Il a été difficile de donner une information satisfaisante. Il y a eu confusion sur l'identité de certaines victimes. On savait qu'il y avait peu de survivants, mais sans savoir leur identité avec certitude. Il y a eu des rumeurs, comme c'est souvent le cas dans ces situations de crise. Le manque de contrôle, inévitable dans une telle catastrophe, vient amplifier les inquiétudes et les réactions émotives d'intolérance de la part de parents qui veulent tout savoir pour pouvoir mettre un terme à leur incertitude et à leurs souffrances.

Les autorités ont cependant tout fait ce qu'il était possible de faire pour prendre soin des personnes. Un support psychologique particulier a été offert aux personnes sur place. Ce support a été très aidant pour ceux et celles qui y ont eu recours. Stewart (1999) soutient que ce type de support est fortement déterminant dans l'évolution du deuil.

### **Événement très médiatisé**

L'accident survenu aux Éboulements est rapidement classé par les journalistes comme étant l'un des pires jamais survenus au Canada. Les médias, en très grand nombre, se sont rendus à Saint-Bernard. La présence constante des journalistes et des caméramans dans le village ne laisse pas l'intimité nécessaire aux endeuillés et crée, à la longue, un climat de réserve et même de méfiance envers les inconnus. De plus, des attitudes un peu trop intrusives de la part de certains médias auront pour effet de traumatiser, une seconde fois, les endeuillés.

### **Funérailles communes**

Le nombre impressionnant de victimes (44) dans le même village « oblige » les endeuillés à des funérailles communes. Dans un premier temps, cette décision apporte un certain soulagement aux endeuillés qui se sentent dépassés. Cependant, ces derniers réalisent rapidement la limite de ces funérailles communes, soit le peu de place et d'intimité laissées à chaque famille éplorée. Les familles comprennent très bien la situation et la très grande difficulté de faire autrement.

D'importantes personnalités publiques ou politiques assistent aux funérailles. Certains endeuillés sont réconfortés que l'on donne cette importance au décès d'un être cher. Pour d'autres, ces présences sont l'occasion de distraction de leur cheminement intime. L'omniprésence des médias a suscité plus de réserve. Il est difficile, dans notre société actuelle, d'exprimer notre peine en public ; il est encore plus difficile de l'exprimer lorsque nous voyons les caméras un peu partout qui sont à la recherche d'images sensationnelles. Cependant, cette attitude de réserve des endeuillés leur a également servi de protection contre une trop grande charge émotionnelle liée à l'ampleur de l'événement. En rétrospective, certains diront que, pour eux, les véritables funérailles ont été les funérailles anniversaires qui ont eu lieu une année plus tard.

### **Enquête publique (15 décembre 1997 – 8 décembre 1998)**

Comme il s'agit d'un accident qui peut impliquer une responsabilité humaine, le premier réflexe des endeuillés a été de se dire que le drame aurait pu être évité ou prévenu. Sabouraud-Séguin (2001) soutient que les personnes touchées par une catastrophe humaine sont plus à risque que dans les cas de catastrophes naturelles. La révolte contre les responsables vient perturber le processus de deuil. Il est plus difficile de se révolter contre la nature.

L'enquête publique qui s'est prolongée pendant toute une année a eu un impact certain sur l'évolution du deuil chez les personnes touchées. Elle a été très confrontante à ses débuts parce qu'elle a obligé les endeuillés à regarder toutes les facettes de cette terrible réalité. Par la suite, elle viendra ralentir l'évolution du deuil. On peut difficilement vivre son deuil quand une telle tragédie est rappelée régulièrement dans les journaux et à la télévision pendant plusieurs mois.

L'enquête<sup>3</sup> démontre des lacunes du côté du chauffeur et du propriétaire de l'autobus ainsi qu'à celui des organismes québécois responsables des lois et de la réglementation touchant le transport au Québec.

Le *chauffeur* n'était pas adéquatement formé et n'a pas assumé complètement sa responsabilité : registre d'heures de conduite faux ou inexistant dans 40 % des cas, ronde de sécurité faite sans trop de sérieux (freins défectueux, pneus manifestement en très mauvais état), règlement concernant les heures de conduite non respecté (ce même règlement qui est remis en question au moment de l'enquête). Ces différentes affirmations ont fait réagir vivement les endeuillés de Saint-Bernard. Par ailleurs, l'expert qui témoigne mentionne que ce conducteur « n'est ni mieux ni pire que la moyenne » (p. 24). Comme le conducteur est également décédé dans l'accident, les réactions d'agressivité de la part des endeuillés à son égard sont atténuées ou mêlées de remord.

Quant au *propriétaire*, le coroner rapporte que « plusieurs aspects de la réglementation n'étaient pas observés avec la rigueur requise » (p. 31) parce que le propriétaire les ignorait en très grande partie. Il

soulève l'irresponsabilité de ce dernier quant à l'entretien de son véhicule (aucun des systèmes de freinage n'étaient en bon état et il n'y avait pas de freins ralentisseurs). À la suite de sa comparution, les réactions sont encore plus vives que dans le cas du chauffeur. Par ailleurs, le propriétaire démontre, au moment de l'enquête, beaucoup de regrets et de tristesse. Son attitude désamorcera, dans un deuxième temps, beaucoup d'agressivité qui aurait pu être exprimée à son endroit.

Le coroner porte également un blâme sévère à l'endroit de la *Société d'assurance automobile du Québec* qui « ne vérifiait aucunement ces entreprises ni sur la route, ni en entreprise » (p. 34). Ce dernier blâme vient amoindrir ou diluer les réactions de colère déjà mentionnées envers le chauffeur et le propriétaire.

Finalement la dernière partie de l'enquête est très technique. Les endeuillés qui ont vécu toutes sortes d'émotions s'en désintéressent de plus en plus. Le processus de deuil suit son cours.

### **Support social**

Durant cette période de crise, plusieurs décisions démontrent le support des dirigeants de la communauté (organisation commune des funérailles, retour en groupe sur le lieu du sinistre, etc.). Ce type de support, très aidant pour les endeuillés, requiert aussi la participation de plusieurs individus au quotidien que nous appellerons « les travailleurs de l'ombre », ces gens qui ont la délicate tâche de faire en sorte que les décisions se concrétisent rapidement. Il est important de mentionner qu'à Saint-Bernard, plusieurs « travailleurs de l'ombre » ont collaboré au bon fonctionnement de la communauté durant cette période. Ces gens très dévoués et d'une très grande qualité ont énormément facilité le processus de deuil, et ce, pour toute la population. Nous profitons de cette occasion pour rendre hommage à ces nombreux « travailleurs de l'ombre » qui ont mis leurs bras, leur tête et leur cœur au service de leur communauté et ont ainsi collaboré au mieux-être des endeuillés de Saint-Bernard.

Cette collaboration, effectuée le plus humainement possible dans le respect des forces et des limites de chacun, est un très bon indice du niveau de support apporté aux endeuillés, tant sur le plan physique qu'émotif. Dans un tel contexte, soulignons aussi l'importance de l'altruisme, de la tolérance, de la solidarité, du support mutuel, du respect et de l'empathie. Le support réciproque offert par les endeuillés eux-mêmes a été vécu comme particulièrement réconfortant et utile dans l'accompagnement du processus de deuil. Ces attitudes sont une partie importante de la trame de fond nécessaire à l'évolution d'un deuil. La population de Saint-Bernard a su se mobiliser, se concerter et s'appuyer mutuellement afin d'être plus forte pour affronter la tragédie.

### **Type de parenté avec le défunt**

Les personnes décédées étaient dans la soixantaine et plus. Elles laissent donc en majorité des enfants adultes dans le deuil. Selon Sanders (1994), le deuil d'un parent devrait être moins difficile que celui d'un enfant ou d'un conjoint. Cependant, la dimension traumatisante de l'événement associée au fait que des endeuillés ont perdu plus d'un parent ajoute une plus grande difficulté face au deuil. Certaines des victimes (4) avaient encore un parent vivant. Pour ces dernières personnes, très âgées et de santé précaire, ce deuil d'un enfant est très difficile malgré l'âge de leur enfant. Cinq endeuillés ont perdu leur conjoint ou conjointe avec qui ils (ou elles) avaient vécu 40 ou 50 ans. Ces deuils sont aussi très difficiles à vivre.

### **Croyances religieuses**

Les croyances religieuses des endeuillés sont les mêmes qu'ailleurs au Québec. Les plus jeunes ont des croyances différentes de celles de leurs parents. Par ailleurs, on remarque une volonté pour un certain nombre de consulter des médiums de tous genres afin d'obtenir des réponses à leurs questions concernant la mort de leur parent. Ont-ils réellement obtenu les réponses escomptées ?

### **Impact socio-économique**

Le plus grand nombre d'endeuillés sont de jeunes adultes. Un certain nombre d'entre eux peuvent avoir perdu le support financier que leur apportait la personne décédée. À l'opposé, d'autres ont reçu des héritages qui ont pu leur permettre d'améliorer leurs conditions de vie. Pour certains, l'impact socio-économique de ces décès a été un facteur aggravant ; pour d'autres, il a pu être une source d'ambiguïté émotionnelle dans le processus de deuil.

Dans le présent contexte, les différents facteurs mentionnés ci-haut ne peuvent avoir un effet simple, ils sont forcément en interrelation les uns avec les autres et viennent ainsi augmenter les risques de complication du deuil, allant même jusqu'à retarder considérablement ou même empêcher l'intégration de la perte.

### **CONCLUSION**

À la suite de la lecture de ces facteurs qui ont influencé le processus de deuil vécu par les endeuillés de Saint-Bernard, il est facile de réaliser l'ampleur, l'intensité et la complexité de ce deuil et ce, depuis le tout début, c'est-à-dire depuis l'annonce du décès.

Aujourd'hui, quatre années plus tard, l'événement tragique qui est à l'origine de ce terrible deuil est encore très présent à Saint-Bernard. Nous observons encore différentes réactions, même si elles sont beaucoup moins intenses et moins publiques : certains disent qu'ils ont tourné la page, qu'ils vivent dans le présent et qu'ils ne reviennent pas sur l'événement. D'autres vivent plus retirés et ne parlent jamais de leurs émotions. D'autres encore sont plus colériques ou plus déprimés. Plusieurs se sont « jetés dans le travail », etc. Dans toutes ces réactions, nous pouvons décoder des formes possibles de protection qu'il est important de respecter. Pour certains, le processus de deuil a suivi les phases habituelles, même s'il a été plus difficile compte tenu de l'ampleur de la tragédie. Pour d'autres, le processus a été encore plus pénible et il n'est pas complété ; ils s'efforcent d'oublier, de se protéger ou de réagir du mieux qu'ils le peuvent. Chez ces personnes, il est normal d'observer une plus grande difficulté à s'adapter aux problèmes de la vie quotidienne.

Ces personnes n'ont pas réussi à récupérer de l'événement, elles peuvent être fatiguées, à bout de souffle. Elles peuvent être plus irritables, plus rigides et elles peuvent manifester des réactions émotives excessives déclenchées par des situations ordinaires. Ces réactions intenses sont l'expression émotive indirecte du deuil non résolu. Ces personnes ont donc encore besoin de reconnaître l'impact toujours présent de la tragédie. Elles ont surtout besoin de compréhension, de support et d'assistance professionnelle pour avancer dans ce processus de deuil qui s'est rigidifié au bout de quatre ans et qui ne reçoit plus le même support de la part de plusieurs personnes de la communauté. Plus le temps passe, plus il devient difficile d'exprimer directement l'émotion par rapport à la tragédie.

Par ailleurs, plusieurs endeuillés ont beaucoup cheminé. Ils sont très conscients de la très grande difficulté qu'ils ont dû affronter et qu'ils ont encore un effort à faire, « la vie s'en va vers l'avant et non pas vers l'arrière », disait une personne endeuillée. Ces personnes continuent d'apprivoiser la perte subie en acceptant de ressentir les émotions qui y sont encore associées. Elles mentionnent que des personnes décédées sont encore présentes dans leurs rêves et que ces rêves ont maintenant un effet bienfaisant. Il est important de reconnaître et d'encourager l'expression émotive de ces personnes.

Pour évaluer l'évolution d'un deuil, il est important de toujours avoir en tête les différentes phases du processus de deuil afin de pouvoir interpréter adéquatement les réactions de l'endeuillé. À titre d'exemple, une colère très intense est bénéfique dans les premières phases du processus, il faut alors encourager son expression. Cependant cette même expression deux ans plus tard sert davantage à cristalliser le processus (deuil chronique). Dans ce dernier cas, l'intervention la plus aidante sera plutôt d'amener l'individu à dépasser cette colère après l'avoir exprimée. Après un certain temps, les ruminations, qu'elles servent la dépression, la colère, la culpabilité ou les regrets, ne sont plus aidantes.

En terminant, le deuil vécu par la population de Saint-Bernard en est un de taille. Les différents facteurs analysés en démontrent l'importance. Encore aujourd'hui, les réactions observées sont compréhensibles, elles situent les endeuillés à différents niveaux bien



personnels à chacun. Comme nous l'avons vu dans les différentes phases, l'individu se transforme à la suite d'un deuil ; c'est de cette façon qu'il en vient à intégrer la perte subie et à développer une nouvelle conscience de soi. À Saint-Bernard, le processus de deuil n'est donc pas terminé. Il a transformé et continue à transformer les personnes ; il a transformé et continue à transformer la communauté.

## NOTES

- 1 Rapport d'enquête du coroner, Gouvernement du Québec, 1999.
- 2 *Ibid.*, p.19.
- 3 *Ibid.*

## BIBLIOGRAPHIE

- JACOBS, S. (1999). *Traumatic Grief Diagnosis, Treatment and Prevention*, Philadelphia, Brunner/Mazel.
- POIRIER (2000). « L'éducation à la perte et au deuil », *Frontières*, vol. 13, n° 1, p 40-44.
- SABOURAUD-SÉGUIN, A. (2001). *Revivre après un choc*, Paris, Éditions Odile Jacob.
- SANDERS, C.M. (1994). *Surviving Grief and Learning to Live again*, New York, John Wiley & Sons.
- SANDERS, C.M. (1989). *Grief the Mourning after*, New York, John Wiley & Sons.
- STEWART, A.E. (1999). « Complicated Bereavement and Posttraumatic Stress Disorder following Fatal Car Crashes », *Death Studies*, n° 23, p. 289-321.



## **PARTIE 9**

### **GESTION DES CATASTROPHES AU CANADA ET AU QUÉBEC**





# **QU'EN EST-IL DE L'INTERVENTION PSYCHOSOCIALE EN SÉCURITÉ CIVILE AU QUÉBEC ? <sup>1</sup>**

Claude MARTEL, M.Sc.

**P**rès de dix ans après sa conception, il s'avère pertinent de présenter le contexte du volet d'intervention psychosociale en sécurité civile au Québec. Il arrive encore que certains agitent les épouvantails de problèmes survenus lors de l'incendie de BPC à Saint-Basile-le-Grand, de la tuerie à l'École Polytechnique à Montréal, du feu de pneus à Saint-Amable et de la crise amérindienne à Oka. Ces événements sont encore d'actualité dans une certaine mesure, notamment puisqu'on en a tiré des leçons qui ont conduit, au début des années quatre-vingt-dix, à la conception de l'actuel volet psychosocial en sécurité civile.

Éprouvé à l'occasion de sinistres importants dans les dernières années, ce volet possède des assises solides et est constamment mis à jour. Au tournant de l'an 2000, son approche intégrée a acquis ses lettres de noblesse. Des sinistres plus récents ont fait ressortir des éléments importants au plan psychosocial (verbalisation, retour à la vie normale, qualité des services municipaux, intrusion, évaluation) et, plus globalement, au plan du développement d'une culture de sécurité civile.

## **DESCRIPTION DU VOLET PSYCHOSOCIAL**

Le rôle et la responsabilité du volet psychosocial au sein de l'organisation des mesures d'urgence constituent un champ important et relativement complexe. Ce volet nécessite donc une approche intégrée. Sa description comprend ici la présentation du modèle organisationnel, de la planification, de l'approche et des fondements théoriques, des phases de l'intervention, des catégories de personnes touchées, du type d'intervention, du programme de formation et

de la trousse d'outils qui constituent le volet psychosocial en sécurité civile.

### **MODÈLE ORGANISATIONNEL**

Pour débiter, il faut situer l'intervention psychosociale au sein de l'organisation sociosanitaire en sécurité civile au Québec<sup>2</sup>. Lorsqu'un sinistre survient, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) doit, en vertu de sa mission, s'assurer que la population sinistrée reçoive les soins et les services à l'égard de trois volets essentiels : 1) la santé physique ; 2) la santé publique ; 3) les services psychosociaux.

Dans chacune des régions administratives, il revient aux régions régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS) de planifier et de coordonner les mesures d'urgence pour ces trois volets sociosanitaires. Pour leur part, les établissements du réseau socio-sanitaire effectuent les interventions d'urgence. Plus particulièrement, les services psychosociaux d'urgence sont dispensés par les centres locaux de services communautaires (CLSC) en collaboration avec les partenaires du milieu.

Si une situation sort de l'ordinaire mais que les interventions sont des activités normales et qu'elles sont adaptées au sinistre, les ressources habituelles sont utilisées. La coordination des interventions est prise en charge au niveau local et les autorités régionales sont informées.

Si les interventions requises débordent du cadre des activités normales d'un établissement, d'un organisme ou d'une ressource et que la situation requiert des ressources inhabituelles, la coordination est prise en charge au niveau régional et le niveau provincial est avisé.

Si plus d'une région est touchée ou que la situation déborde les capacités régionales d'intervention, la coordination est prise en charge au niveau provincial et des ressources nationales et internationales peuvent être mises à contribution.

Un sinistre constitue un événement qui nécessite l'intervention efficace de multiples ressources. De fait, pour faire les bonnes choses au bon moment et de la bonne manière, l'intervention des mesures d'urgence repose sur cinq principes fondamentaux :

1. tenir compte de notre mission propre ;
2. connaître nos rôles réciproques ;
3. travailler avec les autres partenaires ;
4. éviter d'être un héros solitaire ;
5. favoriser des communications claires et précises.

### **PROCESSUS DE PLANIFICATION**

Tout d'abord, les éléments qui doivent être pris en considération dans une situation de mesures d'urgence sont les dommages provoqués par un sinistre, les services requis par la population et les partenaires nécessaires pour faire face à la situation<sup>3</sup>. Le tableau 1 présente ces éléments selon quatre types d'aspects (physique, psychologique, milieu de vie et environnement) allant du plus intime au plus périphérique à la personne.

Fondamentalement, l'intervention adéquate doit être appuyée par un processus de planification. Pour leur part, les services psychosociaux offerts en sécurité civile sont planifiés selon les étapes suivantes :

1. décrire l'événement ;
2. déterminer les catégories de personnes touchées ;
3. prévoir les effets psychosociaux ;
4. prendre connaissance des besoins ressentis ;
5. élaborer les stratégies d'intervention ;
6. analyser la capacité du CLSC à répondre aux besoins des personnes touchées ;
7. évaluer les activités et réévaluer les besoins.

**Tableau 1**  
**Éléments devant être pris en considération en situation de mesures d'urgence**

Éléments-aspect	Physique	Psychologique	Milieu de vie	Environnement
Conséquences	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Survie</li> <li>• Blessures</li> <li>• Morbidité</li> <li>• Séquelles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déséquilibre</li> <li>• Vulnérabilité</li> <li>• Stress élevé</li> <li>• Craintes-peurs</li> <li>• Incertitudes</li> <li>• Deuils-pertes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Travail</li> <li>• Menace pour la santé de la population</li> <li>• Augmentation des suicides</li> <li>• Difficultés de transport</li> <li>• Désorganisation des services de santé</li> <li>• Problèmes de toxicomanie</li> <li>• Hébergement temporaire</li> <li>• Vie de l'école</li> <li>• Déstabilisation de la famille</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pertes économiques</li> <li>• Coûts importants</li> <li>• Médiatisation importante</li> <li>• Influence sur les valeurs</li> <li>• Aspect politique</li> <li>• Qualité de l'environnement</li> <li>• Incertitudes par rapport à l'avenir</li> </ul>

...suite



Tableau 1 (suite)

Éléments- aspect	Physique	Psychologique	Milieu de vie	Environnement
Services à offrir	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soins préhospitaliers</li> <li>• Soins hospitaliers</li> <li>• Soins primaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Services psychosociaux</li> <li>• Réseau d'entraide et de soutien</li> <li>• Prise de contact avec les sinistrés</li> <li>• Prise en charge des personnes dépendantes</li> <li>• Soutien aux personnes en situation de stress</li> <li>• Information adéquate</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Services d'inscription, d'information, d'hébergement, d'alimentation et d'habillement</li> <li>• Aide financière</li> <li>• Aide à la reconstruction</li> <li>• Réorganisation des milieux</li> <li>• Rétablissement du tissu social de la communauté</li> <li>• Soutien aux familles</li> <li>• Surveillance de la santé</li> <li>• Transport temporaire</li> <li>• Centre d'information</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programme d'aide à la reconstruction</li> <li>• Planification et application de mesures de prévention et de protection</li> <li>• Consultation de la population touchée</li> <li>• Attitude d'ouverture quant à la nécessité d'apporter des correctifs à la suite de l'événement</li> <li>• Contrôle de la qualité de l'environnement</li> <li>• Collaboration avec les médias</li> <li>• Information de qualité</li> </ul>

...suite

Tableau 1 (suite)

Éléments-aspect	Physique	Psychologique	Milieu de vie	Environnement
Partenaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entreprises ambulancières</li> <li>• Centres hospitaliers</li> <li>• CLSC</li> <li>• Cliniques médicales privées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CLSC</li> <li>• Services de psychologie</li> <li>• Ressources privées</li> <li>• Entreprises</li> <li>• Organismes d'entraide</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CLSC</li> <li>• Direction régionale de la santé publique</li> <li>• Réseaux d'entraide</li> <li>• Associations professionnelles</li> <li>• Écoles, garderies</li> <li>• Clubs sociaux et organismes communautaires</li> <li>• Bénévoles</li> <li>• Entreprises de transport</li> <li>• Hôtels, auberges</li> <li>• Municipalités</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministère de la Santé et des Services sociaux</li> <li>• Régies régionales</li> <li>• Autres ministères</li> <li>• Universités</li> <li>• Protection civile du Canada</li> <li>• Police</li> <li>• Experts internationaux</li> <li>• Médias</li> <li>• Santé Canada</li> </ul>

## APPROCHE ET FONDEMENTS THÉORIQUES

L'intervention psychosociale en sécurité civile soutient le processus d'adaptation selon la prémisse que les personnes possèdent des capacités à composer avec une situation stressante. Ainsi, cette intervention adopte une approche psychoéducative et véhicule un message de normalisation des réactions.

Ce type d'approche et ce genre de message ne placent pas d'emblée les personnes touchées comme des victimes, mais comme des personnes faisant face à un sinistre. De fait, les personnes sinistrées ressemblent généralement plus à des acteurs possédant des ressources qu'à des victimes complètement dépendantes. Il ne s'agit pas de minimiser ce que les personnes vivent, mais plutôt de les mettre en contexte, de leur transmettre des connaissances par rapport à leurs réactions et de reconnaître les personnes plus vulnérables émotionnellement afin de les diriger vers les ressources adéquates.

Ainsi, avant un sinistre, la majorité des personnes est dans un état d'équilibre. À la suite d'un événement stressant important apparaît un état de déséquilibre conjoncturel qui s'accompagne d'un besoin de rétablir l'équilibre. En réaction à cette dynamique, l'intervention psychosociale doit soutenir et faciliter le processus de rééquilibrage.

Dans le processus de retour à l'équilibre, on peut situer les sinistrés entre deux positions types opposées. Dans la première, la situation type optimale, les sinistrés ont des facteurs de compensation auxquels s'ajoutent une perception réaliste de l'événement, un soutien approprié et un bon mécanisme d'adaptation. Cela mène à la solution du problème avec le retour à l'équilibre sans crise. À l'opposé, nous avons la situation type la pire, où il n'y a pas de facteurs de compensation et où l'on constate une perception déformée de l'événement, une absence de soutien et une déficience du mécanisme d'adaptation. Cela donne comme résultat un problème non résolu, un maintien du déséquilibre et une crise. Alors, le recours à une intervention post-traumatique peut être requis<sup>4</sup>.

Quoi qu'il en soit, différentes pertes importantes sont ressenties par les personnes sinistrées à l'égard d'êtres chers, de la santé, de biens matériels, d'animaux de compagnie, du travail, du milieu d'appar-

tenance, de projets de vie, etc. Chacune vit alors un processus de deuil qui la fait passer par la négation, la colère, le marchandage, la dépression et l'acceptation, après quoi elle pourra composer, à sa propre façon, avec l'expérience du sinistre<sup>5</sup>.

La phase qui suit immédiatement un sinistre comporte une période de choc parce qu'il bouleverse la population par son effet de surprise et la prend au dépourvu. Par conséquent, il est compréhensible que les personnes sinistrées présentent diverses réactions biopsychosociales au moment de la phase d'impact<sup>6</sup>. Nous vous en présentons une liste dans le tableau 2.

**Tableau 2**  
**Réactions biopsychosociales des sinistrés**  
**à la phase d'impact**

Physiques	Émotionnelles	Cognitives	Comportementales
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lutte ou fuite</li> <li>• Palpitations</li> <li>• Tremblements</li> <li>• Nausées</li> <li>• Tensions musculaires</li> <li>• Évanouissements</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Choc, stupeur, torpeur</li> <li>• Angoisse profonde</li> <li>• Sentiments d'impuissance, de fragilité, de vulnérabilité</li> <li>• Sentiment d'être le seul à être touché</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rationalisation de la situation</li> <li>• Difficulté à prendre des décisions</li> <li>• Confusion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesures de protection de ses proches</li> <li>• Incapacité d'agir</li> <li>• Actions héroïques</li> </ul>

Ainsi, certaines réactions émotionnelles sont liées aux événements survenus. Il peut s'agir de la peur, de la tristesse, de la douleur ou de l'anxiété, toutes émotions qui affectent le comportement. Le message important à transmettre aux personnes sinistrées, c'est que

ces réactions et ces comportements sont humains, naturels et normaux, et que c'est plutôt le sinistre qui est anormal.

Un sinistre majeur touche plusieurs personnes de groupes d'âge variés. Chaque groupe d'âge présente certaines caractéristiques principales :

- enfant : il éprouve de la peur ;
- jeune : il veut comprendre le comment et le pourquoi ;
- adolescent : il veut être traité comme un adulte ou retourner à son rôle d'enfant ;
- adulte : il vit un conflit entre ses responsabilités et ses propres besoins ;
- personne âgée : elle est capable de déterminer ses besoins et les services correspondants<sup>7</sup>.

À la suite de la période de choc, il faut activer les mécanismes de rétablissement de l'équilibre émotionnel. À cet effet, le but des interventions et des activités qui composent l'intervention psychosociale en sécurité civile est, d'abord, de restaurer et d'accroître les sentiments de sécurité, de confiance, de compétence, d'estime de soi, d'autonomie et d'affirmation de soi, ensuite de favoriser le processus d'intégration de l'événement.

## **PHASES D'INTERVENTION**

L'intervention psychosociale en sécurité civile se réalise selon trois phases.

1. L'action immédiate : elle se résume à l'intervention avant, pendant et immédiatement après le sinistre. Les actions de cette phase sont, par exemple :
  - le processus de planification préalable ;
  - la formation des intervenants ;
  - l'intervention sur les lieux du sinistre ;

- la prise de contact avec les personnes sinistrées ;
  - la prise en charge des personnes dépendantes ;
  - le soutien aux personnes en situation de stress ;
  - l'installation d'une ligne d'écoute téléphonique ;
  - la participation aux séances d'information des municipalités ;
  - les activités de verbalisation sur l'événement ;
  - la diffusion d'informations sur la normalisation des réactions ;
  - l'avis sur la disponibilité des services du CLSC<sup>8</sup>.
2. L'action transitoire : elle concerne l'intervention au moment où les personnes sinistrées commencent à vaquer à leurs occupations quotidiennes. Les actions de cette phase sont, par exemple :
- les services de soutien aux personnes en situation de stress ;
  - les activités d'information pour différents groupes ;
  - les dépliants, conférences, ateliers, cours ;
  - les séances d'information ;
  - les activités de verbalisation sur l'événement<sup>9</sup>.
3. Le programme de retour à la vie normale : il se rapporte à l'intervention qui se prolonge au-delà de l'action transitoire en raison des besoins ressentis par la population. Les actions de cette phase sont, par exemple :
- les relances et les suivis du plan d'intervention ;
  - le recours à des groupes de soutien et d'entraide ;
  - les conférences sur les thèmes correspondant aux besoins ;
  - les consultations individuelles et de groupe ;

- le plan de communication à moyen terme ;
- le recours à des ressources, spécialisées ou non<sup>10</sup>.

### **CATÉGORIES DE PERSONNES TOUCHÉES<sup>11</sup>**

L'intervention psychosociale en sécurité civile s'intéresse à trois catégories de personnes touchées.

La catégorie primaire : les personnes qui ont vécu directement l'événement traumatisant, c'est-à-dire les survivants et les témoins directs du sinistre.

La catégorie secondaire : les gens qui ont à assumer la perte d'une personne proche à cause du sinistre et celles affectées par le sort d'une victime du sinistre en raison de liens affectifs.

La catégorie tertiaire : la population ou les groupes touchés par le sinistre et les ressources humaines ayant apporté de l'aide au moment du sinistre.

### **TYPE D'INTERVENTION**

La prise de contact avec les sinistrés comporte des principes de base. Les intervenants doivent être actifs : ils vont dans la communauté, ils se mêlent aux sinistrés sans attendre qu'on les appelle ou qu'on se présente à leurs bureaux. Ils doivent aller là où sont les personnes sinistrées : dans les centres de services aux sinistrés, dans les centres d'hébergement, à domicile ou dans tout autre lieu où leur présence est nécessaire. Le soutien à apporter aux personnes sinistrées qui vivent un grand stress repose sur des attitudes adéquates, des gestes simples à faire et des gestes à éviter.

Sur le plan des attitudes, il faut établir le contact d'une manière calme, courtoise et rassurante. Ainsi, il faut être compréhensif, chaleureux et emphatique. Les personnes qui interviennent doivent éviter de prendre pour elles la colère exprimée par les personnes sinistrées. La compassion, l'écoute empathique et parfois même le

silence sont souvent ce dont une personne sinistrée a le plus besoin dans la phase d'impact.

Pendant cette phase, l'intervention se fait par des actions simples comme :

- se mêler aux sinistrés et intervenir de façon informelle ;
- s'assurer que les personnes sinistrées reçoivent une réponse ;
- offrir un soutien émotionnel ;
- reconforter les personnes angoissées ou bouleversées avec des gestes amicaux ou une présence rassurante ;
- permettre aux sinistrés d'exprimer librement leurs pensées et leurs réactions ;
- soutenir le processus de verbalisation ;
- aider les personnes à comprendre la situation et leurs réactions ;
- diriger les personnes dont les réactions sont préoccupantes vers les ressources appropriées ;
- retirer le plus tôt possible d'un groupe les personnes perturbées qui risquent d'y provoquer un désordre ;
- renforcer les comportements positifs.

Par contre, il faut éviter :

- de secouer les personnes ;
- de laisser croire aux personnes que leurs réactions sont anormales ;
- d'ordonner à une personne de se « réveiller » ;
- de dire : « Moi aussi, j'ai déjà vécu cela » ;
- de donner de fausses assurances comme « tout va bien » ;
- de s'apitoyer « pauvre vous, vous faites tellement pitié... » ;
- d'administrer des médicaments ou de donner de l'alcool<sup>12</sup>.



Les intervenants qui agissent dans les situations d'urgence doivent se connaître et apprendre à se protéger pour le bien des personnes dont ils s'occupent et pour leur propre bien-être. Il arrive que ces intervenants aiment l'action, le risque, qu'ils souhaitent diriger, se faire remarquer, se sentir utiles et être récompensés immédiatement. Cela peut expliquer que certains d'entre eux se donnent parfois trop, qu'ils prennent des risques de dépasser leurs capacités et leurs limites, qu'ils aient peur de perdre la maîtrise de la situation et qu'ils ne veuillent pas perdre la face.

Dans ces circonstances, certaines réactions se révèlent des indicateurs d'un stress croissant chez les intervenants et d'un dépassement de la capacité à gérer ce stress. Ces indicateurs sont :

- l'excitation à son comble ;
- le sentiment d'invincibilité ;
- la volonté de tout faire soi-même, le sentiment de devoir continuer malgré tout ;
- les tremblements, les spasmes ;
- la distraction, le débordement, l'impuissance, la désorganisation, les erreurs de jugement ;
- l'irritabilité, la frustration ;
- l'incapacité à jouer son rôle.

De fait, les intervenants qui ont des réactions de stress aigu présentent divers signes et symptômes<sup>13</sup>. Nous vous en présentons une liste dans le tableau 3.

### **PROGRAMME DE FORMATION ET OUTILS D'INTERVENTION**

À la suite des sinistres des années quatre-vingt, il est apparu nécessaire de développer la capacité de répondre aux besoins psychosociaux des personnes sinistrées. Ainsi, au début des années quatre-vingt-dix, le MSSS a mis sur pied un programme de formation pour l'intervention psychosociale dans le cadre des mesures d'urgence.

Depuis, les RRSSS ont la responsabilité de coordonner et d'organiser la formation des intervenants des CLSC situés dans leur région. Actuellement, plus de mille intervenants ont reçu cette formation au Québec.

Ce programme, d'une durée de trois jours, est composé de huit modules comprenant des objectifs d'apprentissage spécifiques (voir l'annexe 1).

Une formation complémentaire, préparée plus récemment, est offerte au personnel d'intervention psychosociale en sécurité civile. Elle concerne la pratique de la verbalisation sur l'événement. D'une durée d'une journée, elle procède par des jeux de rôle. Elle a été conçue sous la responsabilité du MSSS et elle se donne depuis avril 1998.

En même temps qu'il préparait ce programme de formation, le MSSS concevait une trousse d'outils pour l'intervention psychosociale dans le cadre des mesures d'urgence. Les CLSC possèdent cette trousse d'outils en français et, depuis quelques années, en langue anglaise (le contenu en est présenté à l'annexe 2).

## **APPLICATION LORS DES RÉCENTS SINISTRES MAJEURS**

Au cours des dernières années, le personnel d'intervention psychosociale du Québec a dû faire face à trois sinistres importants à l'occasion desquels ils ont mis en pratique le volet psychosocial des mesures d'urgence.

### **Inondations au Saguenay<sup>14</sup> en juillet 1996**

Les inondations qui ont eu lieu au Saguenay en juillet 1996 ont affecté 16 000 personnes. Dès les premiers moments du sinistre, plusieurs membres du personnel des CLSC ont été dépêchés dans les quinze centres de services aux sinistrés mis sur pied par les municipalités touchées. Près de 150 personnes formées en mesures d'urgence provenant des six CLSC de la région ont fourni des services aux sinistrés.

**Tableau 3**  
**Les signes et les symptômes du stress aigu**

<b>Physiques</b>	<b>Émotionnels</b>	<b>Cognitifs</b>	<b>Comportementaux</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Augmentation de la tension artérielle</li> <li>• Fatigue</li> <li>• Douleurs musculaires</li> <li>• Nausées</li> <li>• Tremblements</li> <li>• Sueurs</li> <li>• Augmentation du rythme cardiaque</li> <li>• Hyperventilation</li> <li>• Maux de tête</li> <li>• Frissons</li> <li>• Douleurs gastro-intestinales</li> <li>• Indigestion</li> <li>• Désorientation, diminution de la coordination</li> <li>• Douleurs thoraciques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anxiété</li> <li>• Peur</li> <li>• Repli sur soi</li> <li>• Ressentiment</li> <li>• Recherche d'un bouc émissaire</li> <li>• Culpabilité</li> <li>• Sentiment d'impuissance</li> <li>• Chagrin</li> <li>• Diminution de l'affectivité</li> <li>• Colère</li> <li>• Accablement</li> <li>• Sentiment d'être abandonné</li> <li>• Dépression</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incapacité à effectuer des calculs</li> <li>• Confusion</li> <li>• Perte de mémoire</li> <li>• Attention limitée</li> <li>• Difficulté à prendre des décisions</li> <li>• Obsession du détail</li> <li>• Mauvaise concentration</li> <li>• Difficulté à réfléchir</li> <li>• Rappels éclairs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Isolement</li> <li>• Repli sur soi</li> <li>• Abus d'alcool</li> <li>• Augmentation du tabagisme</li> <li>• Agressivité</li> </ul>

Il s'agissait d'abord pour elles d'entrer en contact avec les sinistrés et d'évaluer la situation. Dès lors, elles ont principalement aidé les sinistrés à retrouver un peu de sécurité et regroupé les familles tout en s'assurant que les enfants étaient avec des adultes importants pour eux. Dans les endroits isolés, des intervenants psychosociaux ont été dépêchés par hélicoptère ou par avion.

Par la suite, les intervenants ont continué à être présents auprès des sinistrés dans le milieu, dans les centres de services aux sinistrés, aux endroits où avaient lieu les séances d'information publiques, aux endroits de distribution de compensations financières et de biens. Cela leur a permis de bien comprendre le climat psychosocial et les réactions des sinistrés, d'assurer la continuité de l'intervention et de transmettre de l'information. Plusieurs séances de verbalisation ont été offertes à certains groupes de sinistrés ; on a également tenu des séances individuelles. De plus, des bénévoles ont été formés afin de soutenir les personnes touchées.

Au cours de la période de réintégration massive, les équipes psychosociales de la région ont reçu l'aide de dix-sept intervenants psychosociaux formés en mesures d'urgence venant des régions de la Chaudière-Appalaches et de la Montérégie. L'ensemble des sinistrés a été accompagné par des intervenants psychosociaux, compte tenu de l'importance du contact direct avec des personnes qui ont subi des pertes considérables.

Certains intervenants sont passés de porte en porte pour soutenir les sinistrés et les informer des services offerts par les CLSC. Une attention particulière a été prêtée aux sinistrés les plus affectés. Un service d'écoute téléphonique jour et nuit a aussi été mis en fonction pour offrir un soutien psychosocial aux personnes touchées. Par ailleurs, des travailleurs communautaires ont aidé certains groupes à se réorganiser.

De plus, un plan de communication visant à joindre les personnes dont les besoins pouvaient perdurer a été réalisé. Notons la publication de la brochure *Pour qu'après la pluie... vienne le beau temps !* traitant des réactions des personnes sinistrées par groupe d'âge et des moyens à utiliser pour retrouver un certain bien-être.

Enfin, la qualité de l'intervention psychosociale réalisée lors de ce sinistre a incité le MSSS à produire le document vidéo *L'intervention psychosociale — Saguenay* afin d'illustrer l'intervention psychosociale en sécurité civile.

### **Accident d'autobus à Saint-Joseph-de-la-Rive<sup>15</sup> le 13 octobre 1997**

Le 13 octobre 1997, à 11 heures 30, un autobus partait de la municipalité beauceronne de Saint-Bernard avec plusieurs personnes à son bord. Dynamiques, alertes, actives et en relative bonne forme, ces personnes retraitées assumaient en grande partie l'organisation des ressources bénévoles et communautaires dans leur région. Vers 14 heures, l'autobus a quitté la route dans une côte et a plongé au bas d'une falaise. Il en a résulté le triste bilan de quarante-trois morts et cinq blessés sérieux. Il s'agissait de l'accident le plus grave au Canada.

Le personnel formé pour l'intervention psychosociale en sécurité civile s'est rapidement mobilisé. Ainsi, dès le 13 octobre en soirée, la salle municipale de Saint-Bernard a été ouverte à la population et des intervenants psychosociaux étaient présents. Le lendemain, ces intervenants, en plus d'assurer une disponibilité au sein de la population touchée et à la salle municipale, réalisaient les interventions suivantes :

- deux intervenants du CLSC et deux intervenants de la commission scolaire ont rencontré les enfants de l'école primaire Aquarelle ;
- deux intervenants du CLSC et deux intervenants de la commission scolaire ont rencontré les étudiants touchés de la polyvalente de Sainte-Marie ;
- deux intervenants ont rencontré des occupants d'un HLM et d'une résidence privée pour personnes âgées, où habitaient un nombre important de victimes avant l'accident ;
- cinq intervenants ont accompagné les familles et les proches au cimetière Saint-Charles lors de l'identification officielle des

corps et de la remise des effets personnels des personnes décédées.

Le 15 octobre, la coordination régionale des services psychosociaux a participé, avec les autorités municipales et le curé, aux préparatifs du service commémoratif qui s'est tenu le lendemain. Pendant cette cérémonie, trois intervenants étaient disponibles pour reconforter les citoyens.

De façon soutenue au départ puis décroissante, le volet psychosocial en sécurité civile a offert une disponibilité et une présence au sein de la communauté dès les premiers moments du sinistre et ce, pendant plusieurs semaines.

De la même façon, la population touchée a été informée au sujet des services psychosociaux disponibles 24 heures par jour, notamment par les services téléphoniques des CLSC et Info-Santé. Des messages de normalisation des réactions ont été livrés constamment. À cet effet, il y a eu une bonne participation des médias écrits et radiophoniques. De plus, on a eu recours à un organisme d'entraide spécialisé, le Groupe Jonathan, afin d'apporter du soutien à certaines personnes endeuillées.

Le milieu touché a principalement une vocation agricole et il est imprégné des valeurs traditionnelles qui accordent une très grande importance à la famille. On y retrouve un taux de mariage intramunicipal très élevé (environ 70 %). Il s'agit d'une communauté relativement unie, autonome, en bonne position financière et habituellement désireuse de régler ses affaires elle-même. Les habitants sont des gens fiers et peu enclins à demander de l'aide. Il a donc fallu que les intervenants respectent ces caractéristiques et ils ont dû réaliser, dans une bonne proportion, des interventions plutôt personnalisées.

Pendant la période plus intensive de l'intervention, on a recouru aux services de quinze intervenants psychosociaux formés en mesures d'urgence venant de six CLSC de la région de la Chaudière-Appalaches. De plus, compte tenu du lieu de l'accident, un intervenant de la région de Québec a collaboré avec cette équipe.

À moyen terme, certaines actions sont prévues, notamment :

- prêter une attention particulière aux réactions post-traumatiques au moyen du suivi à domicile effectué par le personnel infirmier du CLSC ;
- soutenir les ressources du milieu afin de restructurer les organismes locaux de bénévolat, d'entraide et autres ayant perdu une grande partie de leurs dirigeants et membres importants ;
- mettre un mécanisme en place afin d'assurer la continuité des services psychosociaux offerts par les CLSC aux personnes affectées provenant de territoires voisins à la municipalité de Saint-Bernard ;
- faire une évaluation continue des besoins de certaines catégories de personnes.

### **Crise du verglas sur l'ouest du Québec en janvier 1998**

Le sinistre provoqué par le verglas qui s'est formé sur l'ouest du Québec au début du mois de janvier 1998 est constitué en fait de trois événements distincts qui se sont succédé.

Dans la période du 5 au 9 janvier, le sud-ouest du Québec a connu un phénomène climatique exceptionnel. La pluie verglaçante a produit une accumulation importante de glace, tant au sol que sur les structures aériennes. Les jours suivants, le sinistre a aussi revêtu un caractère technologique avec l'interruption de l'approvisionnement en électricité causé par l'effondrement de lignes de transmission et d'alimentation. Dans les endroits les plus affectés, cette interruption a duré près d'un mois. Enfin, les intempéries et les interruptions de l'approvisionnement électrique ont entraîné un certain dysfonctionnement d'infrastructures importantes de la société. Mentionnons, entre autres, les télécommunications, le transport, le commerce et les institutions financières...<sup>16</sup>

Compte tenu des variables relatives à l'ampleur, à la durée, à l'étendue et aux conséquences du sinistre, on est en présence d'un phénomène complexe qui recouvre des réalités multiples, tant sur le

plan des besoins de la population que sur celui de la réponse à ces besoins, en y incluant les aspects psychosociaux.

Toutefois, il apparaît que la gestion du sinistre a souffert, à certains égards, de lourdeur administrative par rapport au traitement auquel on doit s'attendre dans un contexte de mesures d'urgence. De plus, un certain nombre de municipalités touchées ne possédaient pas de plan de mesures d'urgence. Ces facteurs ont aussi eu des conséquences sur la population et sur l'administration des services.

Un bilan sommaire de l'événement fait ressortir les données suivantes :

- environ 1 300 000 personnes ont été touchées ;
- une trentaine de décès sont imputables aux événements reliés au verglas ;
- l'ouverture de 450 centres de services aux sinistrés.

Dans ce contexte, il est aisé de comprendre que l'intervention psychosociale a, elle aussi, varié d'un endroit à l'autre. Ainsi, pour la majorité des régions et des endroits touchés, elle s'est relativement bien déroulée. Cependant, dans quelques secteurs qui ont été très touchés et qui ont connu certaines déficiences dans la coordination des mesures d'urgence, l'intervention psychosociale a rencontré des difficultés.

Par ailleurs, le volet provincial à l'égard de l'intervention sanitaire de première ligne en sécurité civile n'existait pas au moment du sinistre. (Ce volet est en préparation actuellement.) Cela a fait en sorte que le volet psychosocial est apparu en certains endroits comme favorisé par rapport aux autres services de première ligne.

Nous ne pouvons résumer ici l'ensemble de l'intervention psychosociale qui s'est déroulée au moment du sinistre provoqué par le verglas. À titre indicatif, nous vous fournissons certaines données relatives à la région la plus touchée, soit la Montérégie. Ainsi, les CLSC de cette région sont intervenus dans environ 150 centres de services aux sinistrés répartis dans 108 municipalités. Dans une cinquantaine de ces centres, des intervenants psychosociaux assu-



raient une permanence tandis que, dans une soixantaine d'autres, ils offraient un service quotidien. Dans les autres centres, les intervenants fournissaient des services à la demande des citoyens, des municipalités ou d'un autre organisme. Il est important de souligner que plusieurs intervenants étaient eux-mêmes sinistrés, comme une bonne part des travailleurs affectés aux services d'urgence.

Pendant plusieurs semaines après le verglas, les CLSC ont enregistré une augmentation significative des demandes de consultations psychosociales. D'après un sondage réalisé pour la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 20 % de la population déclare avoir vécu plus de difficultés dans ses relations interpersonnelles durant la crise du verglas. De plus, au moins 10 % affirment que le sinistre a donné lieu à des actes d'agressivité ou de violence verbale au sein de la famille<sup>17</sup>.

Globalement, l'intervention psychosociale qui s'est déroulée sur l'ensemble du territoire touché par le verglas a nécessité plus de 500 intervenants, la plupart formés en mesures d'urgence, venant des 71 CLSC des huit régions administratives touchées. De nombreux autres intervenants psychosociaux sont venus en renfort de partout au Québec.

#### **PERCEPTION ET RAYONNEMENT DU VOLET PSYCHOSOCIAL EN SÉCURITÉ CIVILE**

Depuis les cinq dernières années, le volet psychosocial en sécurité civile du Québec a suscité l'intérêt de partenaires externes tel que le Centre de crise psychologique belge, l'Assemblée fédérale-provinciale-territoriale des directeurs des services d'urgence de Santé Canada, l'Association québécoise pour l'évaluation d'impacts, la revue de la Protection civile du Canada, le Réseau canadien du stress traumatique (CTSN-RCST)<sup>18</sup>, l'Institut des études sociales de l'Université de Varsovie en Pologne, la « Rocky Mountain Region Disaster Mental Health Conference » (Université du Wyoming)<sup>19</sup>, le réseau sociosanitaire australien par l'intermédiaire du Dr R. Kaneyson, le « Emergency Preparedness Office of Vejle County Authority » du Danemark et le Regional Support Population Health

and Board Development, Health and Social Services, des Territoires du Nord-Ouest.

Répercussions de ce rayonnement : après la tragédie aérienne au large de Peggy's Cove, des dépliants d'information sur les réactions psychosociales ont été produits à partir de dépliants types de la trousse d'outils du Québec et ensuite distribués à la population.

Le volet psychosocial en sécurité civile reçoit aussi un accueil favorable de ses partenaires québécois. La plupart de ces organismes s'occupent principalement de la gestion et de l'administration de services aux citoyens ainsi que de la recherche en sciences sociales.

Ce volet se situe bien au sein de l'Organisation de sécurité civile du Québec au niveau national et dans la majorité de ses organisations régionales. Par ailleurs, plusieurs présentations et échanges ont été réalisés auprès de divers partenaires intéressés par les mesures d'urgence, désireux de mieux comprendre le volet psychosocial en sécurité civile et d'y collaborer. Ces collaborations ont eu lieu principalement auprès des partenaires suivants : l'Association des chefs de services d'incendie du Québec, l'Association québécoise plaidoyer-victimes, l'Association des services de réhabilitation sociale, la sécurité civile de la Communauté urbaine de Québec, des chercheurs en psychiatrie sociale et en sociologie de l'éducation du Département des sciences de l'éducation de l'Université du Québec à Montréal, le Département des sciences humaines de l'Université du Québec à Chicoutimi et le Centre de formation en sécurité incendie.

## **PRINCIPAUX CONSTATS DES DERNIÈRES ANNÉES**

Les bilans des sinistres majeurs des dernières années ont été riches en enseignements. Nous vous présentons certains constats au sujet du recours à la verbalisation, du programme de retour à la vie normale, du lien étroit entre la qualité des services municipaux aux sinistrés et l'état psychosocial des sinistrés ainsi que du phénomène que nous appelons l'intrusion.

### **Recours à la verbalisation sur l'événement**

La verbalisation est un outil d'intervention qui s'est grandement répandu dans la dernière décennie. Aujourd'hui encore, elle constitue un sujet de discussion et de polémique. C'est une technique utilisée auprès du personnel qui effectue les opérations de secours, c'est-à-dire les policiers, les pompiers, les ambulanciers, les secouristes, etc. Au sein du volet psychosocial des mesures d'urgence, cette technique a été adaptée afin de s'adresser à la population sinistrée selon divers groupes d'âge et elle prend la forme d'activités de verbalisation sur l'événement.

Somme toute, nous considérons que la verbalisation sur l'événement est une technique valable, au même titre que d'autres, afin d'aider les sinistrés à exprimer leurs sentiments, à comprendre leurs réactions émotives et leurs comportements ainsi qu'à retrouver leur équilibre. Cependant, il ne s'agit pas d'une panacée et elle doit être utilisée selon des conditions particulières en fonction de certaines limites dues à sa nature et à celle du sinistre.

Cette activité de groupe nécessite une certaine homogénéité entre participants. La technique s'applique difficilement ou de façon assez limitée si le sinistre s'étend dans le temps, dans l'espace ou encore s'il est d'une grande intensité, comme ce fut le cas des inondations du Saguenay et de la crise du verglas, puisque les sinistrés vivent alors des émotions très diversifiées, à des moments différents, et des pertes aux proportions variables. Ce genre de sinistre nécessite plutôt des interventions de différents types — individuel, familial et communautaire — soutenues par une bonne stratégie de communication auprès des sinistrés.

### **Programme de retour à la vie normale**

La phase de retour à la vie normale correspond au moment où les sinistrés ont repris leurs activités quotidiennes habituelles mais où, en raison des effets psychosociaux et des besoins ressentis au sein de la communauté, on doit prolonger les interventions psychosociales<sup>20</sup>.

Lors de l'établissement du volet psychosocial des mesures d'urgence, au début des années quatre-vingt-dix, cet aspect a été considéré, mais de façon relativement succincte. Les récents sinistres majeurs ont fait ressortir la nécessité de développer les éléments de l'intervention pour cette phase. D'ailleurs, des travaux sont entrepris en ce sens.

Les principaux éléments qui font l'objet d'une réflexion afin de rendre plus efficace l'intervention psychosociale pendant cette phase sont :

- le recours aux ressources appropriées afin de permettre la prise en charge de certaines catégories de personnes après la crise (besoins particuliers, besoins communautaires, plan de communication, besoins post-traumatiques, etc.) ;
- les conditions professionnelles, physiques et matérielles qui déterminent les circonstances dans lesquelles l'intervention s'effectue (contexte de travail sans crise, essoufflement des intervenants et des autres employés, démobilisation des partenaires, bilans, remerciements, etc.) ;
- le soutien au processus de réintégration à la suite d'une évacuation (pression des corvées, des démarches administratives, des démarches de restauration, des délais, etc.) ;
- la préparation à l'égard du phénomène de l'évocation. Il s'agit du rappel du sinistre chez les sinistrés ; il est lié à la nature du sinistre ou à des références temporelles (la saison du sinistre, la date anniversaire, une période symbolique dans la vie des personnes touchées, etc.).

Le module du programme de formation qui concerne le programme de retour à la vie normale sera enrichi et des outils devraient être ajoutés à la trousse d'intervention actuelle en fonction des résultats des travaux qui se réalisent actuellement.

### **Lien entre la qualité des services municipaux aux sinistrés et l'état psychosocial des sinistrés**

Il apparaît important de rappeler ce qui, pour certains, constitue une évidence. Plus les services municipaux offerts aux sinistrés sont adéquats et imprégnés de respect pour les citoyens, plus les effets psychosociaux chez les sinistrés sont atténués. Par contre, l'absence ou l'inadéquation des services vient ajouter aux effets du sinistre chez les sinistrés et augmenter la pression émotive sur eux.

Les services essentiels d'urgence aux sinistrés des municipalités sont : l'inscription, le logement de secours, l'alimentation de secours et l'habillement de secours. Ces services concernent les besoins de base des sinistrés et influencent grandement leur bien-être. En conséquence, il est primordial que la planification de ces services se fasse en complémentarité avec les services de santé de première ligne et les services psychosociaux. Ainsi, les municipalités et les CLSC doivent se concerter et faire les ajustements nécessaires dans leur processus respectif de planification des mesures d'urgence.

De plus, avec le vieillissement de la population et le maintien dans leur milieu de vie de diverses personnes présentant certaines limites, il apparaît de plus en plus important que les services municipaux aux sinistrés tiennent compte de ces réalités et s'y adaptent.

### **Intrusion**

L'intrusion se définit comme l'agression de facteurs externes dans l'environnement immédiat des sinistrés qui perturbe leur intimité, leurs réactions émotives ou les services qui leur sont destinés. Elle peut provenir de curieux qui ont accès au site de l'événement, de personnages politiques qui arrivent avec leurs accompagnateurs, de journalistes et de techniciens qui envahissent les lieux avec leur équipement, d'une cohue provoquée par le manque de coordination des intervenants ou de l'arrivée de matériels visant le secours et le dépannage des sinistrés ou encore de l'acharnement de certains intervenants.

L'intrusion comporte principalement trois aspects pernicieux. D'abord, elle constitue une transgression de l'intimité des sinistrés. Ces personnes peuvent alors, notamment, se sentir gênées, jugées, blâmées ou agressées ; ce qui inhibe ou exacerbe leurs sentiments et leurs réactions émotives. À cet égard, les intervenants doivent agir avec discernement afin de ne pas en arriver à un certain acharnement thérapeutique. Ce danger est réel pour les intervenants psychosociaux qui, tout en étant actifs et disponibles, doivent procéder à une évaluation judicieuse des besoins des sinistrés afin d'éviter de se livrer à des interventions non désirées ou inopportunes.

Ensuite, l'intrusion gêne le fonctionnement des services directs aux sinistrés. D'une part, elle interfère dans la relation entre les intervenants de première ligne et les personnes sinistrées. En effet, ces services nécessitent une certaine intimité, un climat favorable à une communication humaine et chaleureuse ainsi qu'au développement d'une relation de confiance. D'autre part, elle porte atteinte aux conditions de coordination, de concentration, de temps, d'espace, de communication, d'organisation et autres que requièrent ces services.

Enfin, l'intrusion accapare nécessairement des ressources d'aide humaines, matérielles et logistiques. Toute présence non productive dans l'espace d'un sinistre occupe des ressources qui, par le fait même, sont moins disponibles ou ne sont pas disponibles du tout pour répondre aux besoins premiers découlant du sinistre.

La solution n'est certainement pas dans l'élimination de l'intrusion, puisqu'elle comporte une certaine part de légitimité, mais plutôt dans la gestion de ce phénomène. Voici les principaux éléments qui se dégagent de notre réflexion à cet égard.

Les curieux englobent toutes sortes d'individus qui peuvent être des proches, des voisins ou des passants. Peu importe, il faut informer et éduquer la population en général sur les façons d'apporter de l'aide dans des situations de crise pour qu'elle ne s'en tienne pas à un rôle de gêneur ou de voyeur. Il faut développer les connaissances des individus et augmenter leurs compétences en matière de secourisme et de civisme au regard des mesures d'urgence (comportement adéquat de soutien aux interventions, bénévolat, trousse de base, etc.).

L'avalanche d'offres d'entraide et de dons matériels de toutes sortes provient d'un sentiment spontané de compassion envers les personnes sinistrées. Les élans de générosité s'avèrent fort louables mais, paradoxalement, ces actions improvisées représentent souvent un casse-tête. La gestion des dons de toutes sortes doit être améliorée, notamment à la source, en suggérant à la population d'attendre des consignes claires sur la nature des besoins en ressources et d'utiliser les canaux appropriés pour faire converger les offres et les dons. Par ailleurs, il faut aussi chercher à contrecarrer les tentatives de spéculation ; ces cas sont relativement limités, mais malheureusement il y aura toujours des gens qui chercheront à profiter des circonstances. Les spéculations ne sont pas nécessairement que de nature matérielle ; elles peuvent aussi être de nature intellectuelle et professionnelle. Sur le plan psychosocial, il faut faire attention au discours de ceux qui exagèrent l'importance des besoins et réclament le recours massif à des ressources très spécialisées sous prétexte que les sinistrés ne sont que de malheureuses victimes.

Les intervenants sont souvent des personnes pleines de volonté d'agir et d'aider. Ces dispositions peuvent entraîner un certain acharnement auprès des sinistrés, qui ne correspond pas nécessairement aux besoins qu'ils ressentent alors. Certains intervenants peuvent avoir tendance à voir l'intervention comme une fin plutôt que comme un moyen. En matière de sécurité civile, une formation spéciale, un processus de planification et des mécanismes de coordination des services doivent, pour réduire ce risque, contenir des éléments d'objectivation de l'événement, d'évaluation des besoins et de stratégies sur la façon de donner les services à la population.

Les médias, compte tenu de la liberté de presse et du droit de la population à l'information, doivent couvrir les sinistres. Il faut collaborer avec eux pour que la bonne information leur soit accessible. Cependant, il faut convenir d'une certaine déontologie médiatique afin de respecter les personnes sinistrées, d'assurer le bon fonctionnement des services et, si nécessaire, de limiter l'accès au site compte tenu de la disponibilité des ressources.

Les personnages politiques sont très sensibles aux événements graves qui affectent des citoyens. Leur rôle public les incite à

démontrer qu'ils s'assurent que tout est mis en œuvre afin de solutionner les problèmes découlant d'un sinistre. Leur engagement social est fondamental et doit être pris en considération dans la gestion d'un sinistre afin que leurs préoccupations ne se transforment pas en mesures et en actions qui ignorent l'organisation des services d'urgence ou qui nuisent à l'efficacité des ressources mobilisées et mobilisables.

### DÉFI DE L'ÉVALUATION

De plus en plus, la littérature relative aux effets psychosociaux des sinistres contient un discours soutenant que la majorité des personnes qui vivent un sinistre vont surmonter cette épreuve de façon relativement adéquate.

À la suite des inondations au Saguenay, bien qu'il y ait eu une augmentation des besoins, la crainte d'un ressac psychosocial un certain temps après la période de choc ne s'est pas révélée fondée.

La crise du verglas a soulevé un questionnement au sujet de l'adéquation entre les mesures de protection civile municipales et le niveau de détresse des citoyens.

Ces diverses pistes convergent vers le besoin, au Québec, d'une évaluation des effets psychosociaux réels des sinistres sur la population touchée et de l'efficacité de l'intervention psychosociale en sécurité civile. Bien que ces besoins soient simples à énoncer, ils entraînent un défi des plus complexe.

En effet, cette double évaluation est assujettie à des considérations dont les principales sont l'élaboration d'indicateurs pour mesurer :

- le niveau de détresse des personnes avant, pendant et après le sinistre, selon les territoires touchés ;
- l'intensité des effets du sinistre sur la population, selon le territoire ;
- le degré d'adéquation des services, municipaux ou autres, offerts aux sinistrés selon le territoire ;



- le degré d'adéquation, dans le temps et l'espace, des services psychosociaux donnés selon le degré de détresse des personnes sinistrées ;
- la possibilité de soumettre les résultats obtenus à des tests de comparaison avec des groupes témoins.

Cette évaluation, d'une importance considérable, nécessite une approche globale, des chercheurs des plus compétents, des moyens méthodologiques rigoureux, des propositions réalistes et des ressources financières suffisantes. De plus, toute démarche d'évaluation doit faire en sorte d'éviter d'être une source d'intrusion.

Actuellement, il apparaît difficile de pouvoir rassembler toutes les conditions nécessaires pour relever le défi considérable que représente cette évaluation.

#### **DÉVELOPPEMENT D'UNE CULTURE DE SÉCURITÉ CIVILE**

Dans notre société moderne, l'illusion de l'invincibilité est assez présente et éloigne les gens en général d'une culture de survie. La mémoire des sinistres s'estompe rapidement, tant sur le plan individuel que sur le plan collectif.

Malgré la survenue de sinistres et de tragédies, quel pourcentage de la population québécoise possède des compétences de premiers soins, une trousse d'urgence et des connaissances civiques en cas de sinistre ?

Bien que l'on connaisse au Québec diverses formes de vulnérabilité à l'égard des sinistres, quel pourcentage de municipalités, de corporations privées ou publiques est doté d'un réel processus de planification en cas de mesures d'urgence et y consacre les ressources humaines, matérielles et financières adéquates ?

Trop peu, vraiment trop peu est la réponse à ces deux questions. Pour améliorer la situation, il s'avère essentiel d'acquérir une culture de sécurité civile au Québec, tant du côté des citoyens que de celui des organisations. Plus la société disposera de connaissances et de

compétences pour faire face aux sinistres, mieux elle pourra composer avec leurs conséquences.

Nous croyons que cela favorisera l'atténuation du niveau de détresse individuelle et collective.

## NOTES

- 1 Article publié initialement dans la revue *Santé mentale au Québec*, vol. XXV, n° 1, printemps 2000.  
Dans le présent texte, la forme masculine non marquée désigne aussi bien les femmes que les hommes.
- 2 Ministère de la Santé et des Services sociaux (1994). *L'intervention socio-sanitaire dans le cadre des mesures d'urgence - Volet gestion de la concertation*, Québec, module 3A.
- 3 Ministère de la Santé et des Services sociaux (1994). *Planification des services psychosociaux dans le cadre des mesures d'urgence*, Québec.
- 4 Aguilera, D.C. et J.M Messick (1976). *Intervention en situation de crise*, seconde édition, The C.V. Mosby Company Limited, 168 p.
- 5 Ministère de la Santé et des Services sociaux (1994). *L'intervention sociosanitaire dans le cadre des mesures d'urgence - Volet services psychosociaux*, Québec, module 4, p. 10 et 36.
- 6 *Ibid.*, module 5, p. 28.
- 7 *Ibid.*, module 5, p. 33
- 8 Ministère de la Santé et des Services sociaux (1994). *L'intervention sociosanitaire dans le cadre des mesures d'urgence - Volet services psychosociaux*, Québec, module 5.
- 9 *Ibid.*, module 6.
- 10 *Ibid.*, module 7.
- 11 Ministère de la Santé et des Services sociaux (1994). *Planification des services psychosociaux dans le cadre des mesures d'urgence*, Québec, p. 13.

- 12 Ministère de la Santé et des Services sociaux (1994). *L'intervention sociosanitaire dans le cadre des mesures d'urgence - Volet services psychosociaux*, Québec, module 5, p. 45.
- 13 Ministère de la Santé et des Services sociaux (1994). *L'intervention sociosanitaire dans le cadre des mesures d'urgence - Volet services psychosociaux*, Québec, module 8, p. 25.
- 14 Martel, Claude (1997). « L'organisation des mesures d'urgence socio-sanitaires au Québec », *Revue de la protection civile*, vol. 24, n° 1, janvier-mars, p. 24 et 25.  
*Revue de la protection civile*, trimestriel, Ottawa, Protection civile Canada, vol. 24, n° 1, janvier-mars 1997, p. 25 et 26.
- 15 *Le Psyjournal*, bulletin de liaison du volet psychosocial des mesures d'urgence, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, vol. 2, n° 15, décembre 1997.
- 16 Ministère de la Sécurité publique. Notes pour l'allocution de monsieur Florent Gagné, sous-ministre, Commission scientifique et technique chargée d'analyser les événements relatifs à la tempête de verglas survenue du 5 au 9 janvier 1998.
- 17 Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie (1998). Mémoire de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie présenté à la Commission scientifique et technique chargée d'analyser les événements relatifs à la tempête de verglas de janvier 1998, septembre, p. 20 et 37.
- 18 Site Internet : [http://play.psych.mun.ca/~dhart/trauma\\_net/papers.html](http://play.psych.mun.ca/~dhart/trauma_net/papers.html).
- 19 Site Internet : <http://www.angelfire.com/biz/odoc/page.html>.
- 20 Ministère de la Santé et des Services sociaux (1994). *L'intervention sociosanitaire dans le cadre des mesures d'urgence - Volet services psychosociaux*, Québec, module 7, p. 5.

## ANNEXE 1

### Modules et objectifs du programme de formation du volet psychosocial dans le cadre des mesures d'urgence\*

#### MODULE 1 LES SINISTRES : UNE RÉALITÉ

- Être en mesure de reconnaître les situations de sinistre.
- Connaître certains risques de sinistres qui peuvent toucher la région.

#### MODULE 2 LES MESURES D'URGENCE : UN CONTEXTE D'INTERVENTION PARTICULIER

- Définir ce qui caractérise le contexte des mesures d'urgence.
- Dégager les éléments à prendre en considération au moment de l'intervention dans le cadre des mesures d'urgence.

#### MODULE 3 LE PLAN RÉGIONAL DES MESURES D'URGENCE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

- Acquérir une vue d'ensemble du plan régional des mesures d'urgence du réseau.
- Comprendre le rôle de chaque partenaire de ce plan.
- Situer les urgences psychosociales par rapport à l'ensemble de ce plan.
- Connaître les services offerts par le CLSC dans le cadre des mesures d'urgence.

#### MODULE 4 LE PROCESSUS D'ADAPTATION

- Définir le concept d'équilibre dynamique.
- Explorer diverses pertes importantes pour les personnes sinistrées.
- Connaître les divers facteurs qui influencent le processus d'adaptation des personnes.

---

\* Ministère de la Santé et des Services sociaux (1994). *L'intervention socio-sanitaire dans le cadre des mesures d'urgence - Volet services psychosociaux*, Québec.

- Connaître les facteurs de compensation utilisés par les sinistrés pour retrouver leur équilibre.
- Connaître les phases du processus de deuil.
- Établir des liens entre les phases du processus de deuil et le comportement des personnes sinistrées.
- Se sensibiliser aux critères diagnostiques du trouble associé à l'état de stress post-traumatique.

#### MODULE 5 L'ACTION IMMÉDIATE

- Connaître les principes de base de l'approche d'intervention psychosociale qui est privilégiée dans le cadre des mesures d'urgence.
- Définir les étapes de l'intervention psychosociale dans le cadre des mesures d'urgence.
- Connaître les réactions biopsychosociales des sinistrés.
- Connaître les caractéristiques de chaque groupe d'âge.
- Faire ressortir l'importance d'être actif, de s'organiser et d'aller vers les sinistrés.
- Explorer différentes façons de s'organiser et d'entrer en contact avec les sinistrés.

#### MODULE 6 L'ACTION TRANSITOIRE

- Connaître et approfondir le processus de planification des services psychosociaux offerts dans le cadre des mesures d'urgence.
- Être en mesure de déterminer les catégories de personnes touchées et de déterminer leurs besoins.
- Savoir élaborer des stratégies d'intervention adaptées aux personnes touchées.
- Établir des liens entre le processus de planification et les étapes de l'intervention psychosociale dans le cadre des mesures d'urgence.
- Assimiler les buts des interventions et des activités.
- Approfondir les éléments suivants : la séance d'information, l'outil d'information et la séance de verbalisation sur l'événement.
- Savoir organiser des séances de verbalisation sur l'événement.

#### MODULE 7 LE PROGRAMME DE RETOUR À LA VIE NORMALE

- Connaître les critères indiquant la nécessité d'un programme de retour à la vie normale.
- Donner des exemples d'activités de soutien pour le programme de retour à la vie normale.
- Dégager une vue d'ensemble des multiples activités selon les étapes de l'intervention psychosociale.

#### MODULE 8 LA GESTION DE SON STRESS COMME INTERVENANT

- Connaître les facteurs qui contribuent à accroître le stress au moment d'un sinistre.
- Prendre conscience que plusieurs facteurs ne dépendent pas du personnel d'intervention psychosociale.
- Reconnaître les signes indiquant un dépassement dans sa capacité à gérer son stress.
- Prendre conscience des risques d'épuisement liés à l'intervention qui suit un sinistre.
- Faire le point sur l'efficacité de ses stratégies pour faire face au stress.
- Évaluer la pertinence de mettre au point de nouvelles stratégies.
- Reconnaître ses réactions au stress liées à l'intervention qui suit un sinistre.
- Connaître les signes et les symptômes de stress aigu dans l'action.
- Trouver divers moyens pour gérer son stress.
- Connaître l'importance d'assister à une séance de verbalisation sur l'incident critique.

## ANNEXE 2

### Liste des éléments de la trousse\*

#### VOLET QUI PORTE SUR LES CONNAISSANCES :

- Planification des services psychosociaux dans le cadre des mesures d'urgence.
- Comment intervenir auprès des personnes sinistrées ?
- Le stress chez les intervenants et les intervenantes des mesures d'urgence.
- Informations générales sur divers types de sinistres naturels ou technologiques.
- Comment aider les enfants après un sinistre ?
- Les enfants et le traumatisme (document vidéo).

#### FEUILLETS D'INFORMATION :

- Le feuillet pour les enfants de 0 à 6 ans.
- Le feuillet pour les jeunes de 7 à 12 ans.
- Le feuillet pour les adolescents de 13 à 17 ans.
- Le feuillet pour les adultes.
- Le feuillet pour la population générale.
- Le feuillet sur l'évacuation.
- Le feuillet sur la dynamique familiale.
- Le feuillet sur le deuil.

#### OUTILS D'ANIMATION :

- « La nuit des deux lunes », conte pour les enfants de 3 à 6 ans.
- « Gribouille », cahier d'activités pour les jeunes de 6 à 9 ans.
- « Hargus », banderole dessinée pour les jeunes de 10 à 12 ans.
- « Y'a de quoi capoter », théâtre d'animation pour les adolescents de 13 à 17 ans.
- « Verbalisation », séance de verbalisation sur l'événement.
- « Photolangage », technique d'animation par l'usage de photos.

---

\* Ministère de la Santé et des Services sociaux (1994). *Trousse d'outils pour l'intervention psychosociale dans le cadre des mesures d'urgence*, Québec.





## L'APPRENTISSAGE SYSTÉMIQUE DES CRISES : UNE APPROCHE PRAGMATIQUE

Aladin AWAD

Thierry C. PAUCHANT, Ph. D.

L'essence du pragmatisme est le dépassement de la séparation entre la connaissance et l'action (Dewey, 1929a). En effet, l'étymologie du terme remonte à « pragmatikas » qui signifie en grec « ce qui concerne l'action »<sup>1</sup>. L'apprentissage, dans une vision pragmatique, se fait donc dans l'action et pour l'action. La source de la connaissance est l'expérience, dans un sens l'interaction entre le sujet et l'objet ; on agit donc pour connaître et ainsi l'apprentissage est considéré comme expérientiel<sup>2</sup>. La connaissance, dans le pragmatisme, n'est donc pas passive puisqu'elle est intimement interreliée à l'action. Mais cette action est elle-même dirigée vers le bien commun, dans une quête éthique. Pour Dewey (1929a), la connaissance et l'action sont vaines si elles ne débouchent pas à améliorer une problématique sociétale.

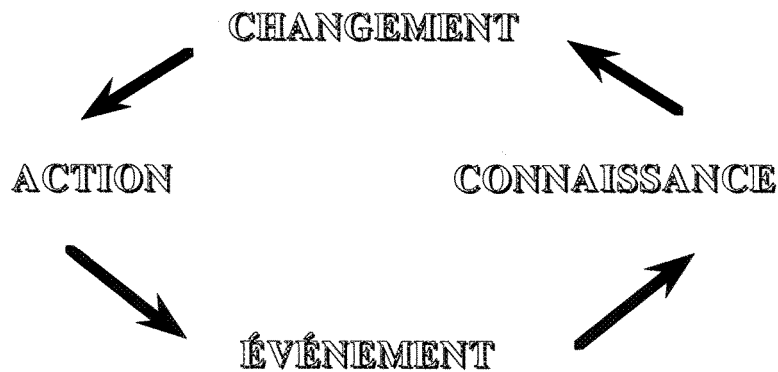
Le modèle proposé consiste à étudier l'interaction entre l'organisation (le sujet) et son environnement (l'objet) à travers le cycle de l'apprentissage<sup>3</sup>. Nous nous intéressons en particulier à l'apprentissage des crises. La crise nécessite au moins deux conditions : premièrement, le système doit être physiquement affecté dans son ensemble et, deuxièmement, les principes fondamentaux des acteurs doivent être mis à l'épreuve jusqu'au point où ils sont dans l'obligation soit de reconnaître la fausseté de leurs suppositions de base, soit de développer d'importants mécanismes de défense contre les attaques à ces suppositions de base (Pauchant et Mitroff, 1995).

En partant d'une crise, l'expérience d'un tel événement peut potentiellement amener les acteurs à une meilleure connaissance d'eux-mêmes et de leurs façons de faire, les incitant ainsi à un certain changement qui peut varier dans sa profondeur, son envergure et ses domaines ; un tel changement se réalise normalement à travers un plan d'action qui représente le fruit de l'expérience. Ainsi, le cycle

de l'apprentissage comporte quatre phases cruciales : l'événement, la connaissance, le changement et l'action (figure 1). Celles-ci correspondent respectivement à quatre caractères potentiels de la crise comme étant un événement *perturbateur*, *révélateur*, *transformateur* et *mobilisateur*. Nous définissons donc l'apprentissage comme étant une connaissance qui émane de l'expérience et qui mène à un changement actualisé dans l'action.

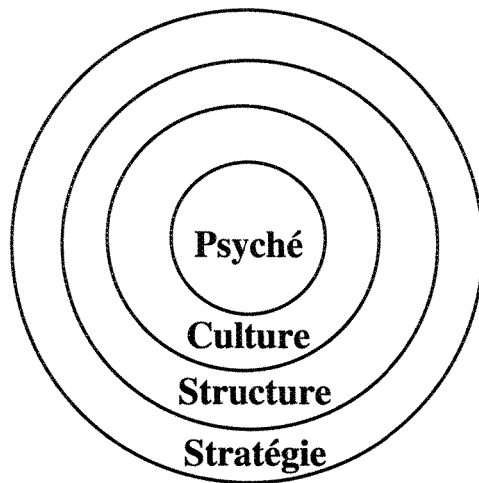
**Figure 1**

**Le cycle de l'apprentissage**

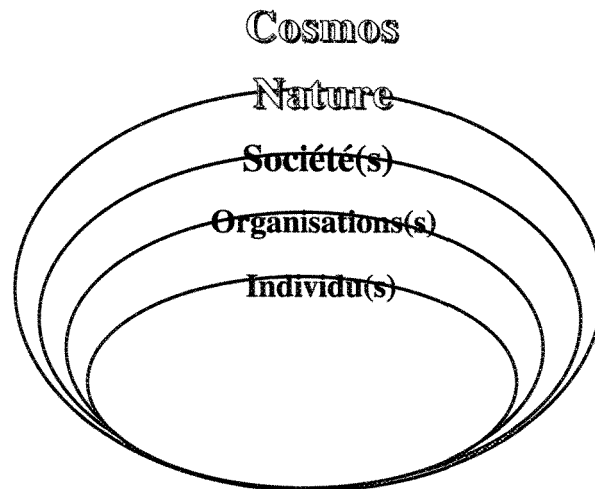


À travers le cycle de l'apprentissage, nous pouvons étudier l'interaction entre l'organisation et son environnement. L'organisation est représentée par le modèle de l'oignon qui comporte quatre niveaux : psychologique, culturel, structurel et stratégique (Pauchant et Mitroff, 1995) (figure 2). L'environnement de l'organisation est représenté par cinq niveaux ou arènes systémiques : les individus au sein et autour de l'organisation, les autres organisations (liens interorganisationnels), la société, la nature et le cosmos (figure 3).

**Figure 2**  
**Le modèle de l'oignon (Pauchant et Mitroff, 1995)**



**Figure 3**  
**Les arènes systémiques ou l'environnement de l'organisation**



Le cycle de l'apprentissage, le modèle de l'oignon (l'organisation) et les arènes systémiques (l'environnement) sont les trois composantes du modèle proposé. Nous allons discuter de l'interaction entre l'organisation et son environnement à travers le cycle de l'apprentissage, en partant de l'événement perturbateur, c'est-à-dire la crise.

### **L'ÉVÉNEMENT PERTURBATEUR**

L'événement est issu des facteurs déclencheurs qui proviennent de l'environnement, comme il est issu de la prédisposition de l'organisation qui relève de sa stratégie, sa structure, sa culture et la psychologie profonde de ses membres. L'événement perturbateur aura des impacts au niveau de l'environnement, ce qui représente l'aspect *physique* de l'événement. La perturbation peut également toucher en profondeur l'organisation au niveau psychoculturel, ce qui représente l'aspect *symbolique* de l'événement.

L'intervention des acteurs en réponse à l'événement se passe souvent dans une situation d'incertitude. Une telle intervention dépend de la perception de l'événement et repose sur les « préconceptions » des acteurs (Weick, 1988). Le résultat de l'intervention vient pour vérifier ou falsifier ces préconceptions, d'où le caractère révélateur de l'événement.

### **L'ÉVÉNEMENT RÉVÉLATEUR**

Bien que la source de la connaissance soit l'expérience, cela n'exclut pas le rôle du sens que donnent les acteurs à leur environnement dans le processus de l'apprentissage. L'aptitude à l'apprentissage dépend de l'interprétation de la connaissance qui émane de l'expérience, comme elle dépend de l'aptitude au changement. Ces éléments subjectifs font en sorte que la connaissance personnelle soit une dimension critique pour l'apprentissage. Autant l'expérience aide l'acteur à mieux se connaître, autant la connaissance de soi est nécessaire pour mieux profiter de son expérience et ainsi mieux connaître son environnement.

Par le biais de l'interaction et du dialogue, les enseignements individuels donnent naissance à un enseignement collectif. Le processus de dialogue permet aux sujets apprenants de mettre en perspective le sens qu'a donné chaque participant à l'expérience vécue et de transcender la séparation entre la dimension empirique et la dimension existentielle et symbolique d'une telle expérience. Comme le disait Dewey (1929b) :

*The social participation affected by communication, through language and other tools, is the naturalistic link which does away with the often alleged necessity of dividing the objects of experience into two worlds one physical and one ideal.*

Un tel processus « dialogique » facilite également l'engagement vers un changement qui serait le fruit de l'apprentissage.

### **L'ÉVÉNEMENT TRANSFORMATEUR**

L'apprentissage implique un changement plus ou moins profond et plus ou moins généralisé couvrant un ou plusieurs champs d'action. Il s'agit donc de la profondeur, de l'envergure et des domaines du changement. Concernant la profondeur du changement, celui-ci pourrait être stratégique, structurel, culturel ou même psychique, et cela du moins profond au plus profond selon les différents niveaux du modèle de l'oignon. Concernant l'envergure du changement, le changement pourrait être individuel ou collectif selon le degré de l'engagement qui suit le dialogue.

L'actualisation du changement dépend de plusieurs dialectiques, entre la volonté de l'acteur, ses habitudes, les contraintes que pose l'environnement et les facilités qu'il offre. Les facteurs existentiels, biologiques et environnementaux sont en interaction. C'est là une approche béhavioriste inclusive qui intègre une dimension humaniste et une autre biologique et qui dépasse ainsi les dichotomies classiques entre le corps et l'esprit, d'une part, et entre le volontarisme et le déterminisme, d'autre part (Dewey, 1950).

## L'ÉVÉNEMENT MOBILISATEUR

Le changement qui suit l'apprentissage définit les fondements de l'action future qui serait proactive par rapport à la réponse à l'événement qui était réactive. L'action a deux qualités principales en pragmatisme : il faut qu'elle soit *éthique* et il faut qu'elle soit *efficace*. L'engagement éthique dépend des valeurs de l'organisation et de son leadership qui sont influencées, mais non nécessairement déterminées, par les valeurs de la collectivité à laquelle ils appartiennent. L'efficacité de l'action dépend des aptitudes de l'acteur, qu'elles soient psychiques, culturelles, structurelles ou stratégiques, et elle dépend de plus des ressources que fournit l'environnement. Plusieurs éléments dialectiques se posent alors : entre les impératifs éthiques et les impératifs de l'efficacité ; entre la volonté d'actualiser le changement et le pouvoir de le faire ; et entre les objectifs de l'action et ses effets inattendus.

Les conséquences de l'action influencent d'une manière intentionnelle ou non intentionnelle à la fois l'organisation et son environnement. Les effets contre-productifs des actes de gestion (conséquences non intentionnelles de l'action) contribuent à la survenue des événements perturbateurs tels qu'éprouvés sous forme de crises. La réponse à tels événements représente une nouvelle expérience et une reprise du cycle de l'apprentissage. C'est là un processus interactif d'une expérience à l'autre à travers le temps, un processus dialectique entre la production et la destruction et entre la stabilité et le changement (Pauchant, 1994).

Ceci étant dit, la figure suivante illustre le modèle avec ses trois composantes et résume d'une façon schématique les modalités d'interaction entre l'organisation et son environnement au long du cycle de l'apprentissage (figure 4).

## APPLICATION DU MODÈLE

Ce modèle a été utilisé pour étudier l'expérience d'un centre d'aide à la gestion de crise à la suite de la tempête de verglas qui a touché le Québec en janvier 1998. Les résultats de cette recherche se situent à trois plans : le contenu, le processus et les fondements de l'ap-

prentissage. Nous présentons ici un résumé de l'essentiel de ces résultats<sup>4</sup>.

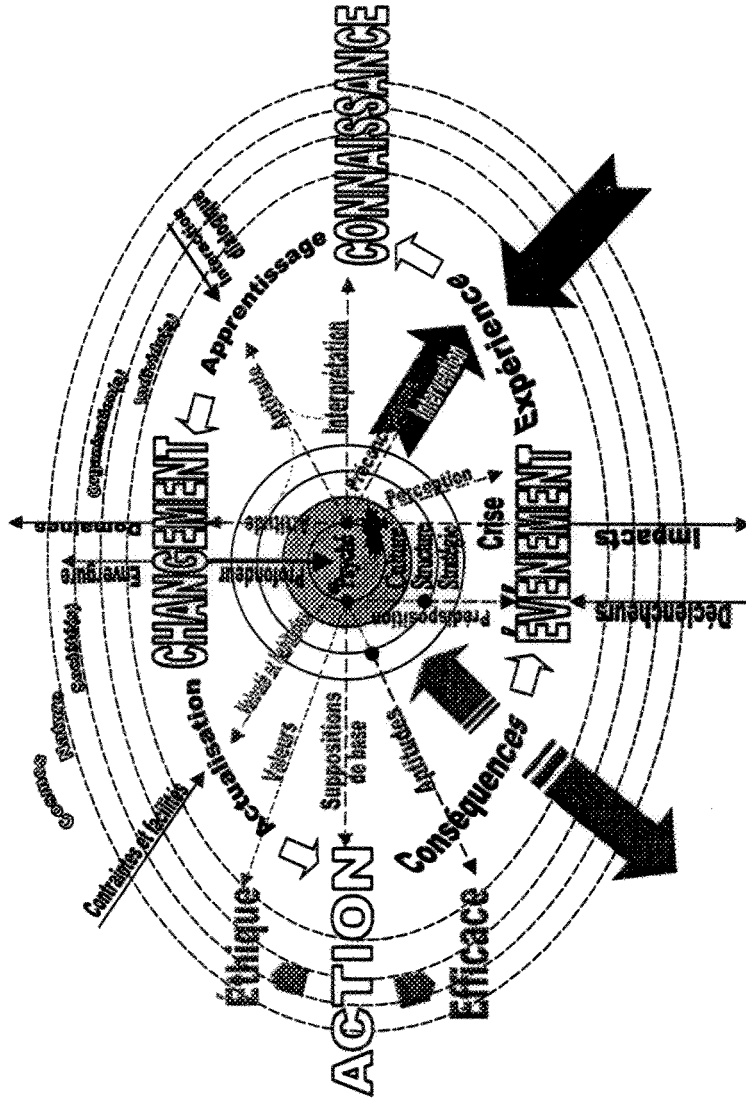
Au plan du contenu de l'apprentissage, cette étude de cas a permis d'établir plusieurs notions et recommandations en matière de gestion des systèmes complexes, de la psychologie d'une telle gestion à la question de l'interdépendance des infrastructures essentielles, en passant par les liens interorganisationnels. Elle a de plus permis de mettre en évidence la distinction entre la dynamique du risque et celle de la vulnérabilité, d'une part, et entre la dynamique du facteur déclencheur et celle de la perturbation, d'autre part. Une connaissance pratique du fonctionnement d'un centre d'aide à la gestion de crise a été également possible grâce à l'implication active du chercheur.

Au plan du processus de l'apprentissage, l'organisme en question avait appliqué une méthode de *debriefing* utilisant le dialogue, à la suite de la tempête de verglas. Ceci a permis d'examiner l'efficacité et l'efficience du dialogue comme un outil d'évaluation post-crise. Le leadership de cet organisme manifeste les caractères des leaders d'« organisation apprenante » tels que discutés par Senge (1990) : « Leader as designer, leader as steward and leader as teacher ». Ce cas illustre bien le paradoxe du leadership des « organisations apprenantes » comme étant à la fois collectif et très individuel (*ibid.*).

Au plan des fondements de l'apprentissage, cette recherche a permis d'identifier plusieurs dichotomies à dépasser entre la production et la destruction, l'ordre et le désordre, l'incrémentalisme et l'émergentisme, la déduction et l'induction, la connaissance et l'action, la pensée et les sentiments, le sujet et l'objet, le déterminisme et le volontarisme, et le macro et le micro.

Figure 4

L'interaction entre l'organisation et son environnement à travers le cycle de l'apprentissage





## NOTES

- 1 Selon Le Robert, Dictionnaire historique de la langue française.
- 2 John Dewey avait élaboré un modèle d'apprentissage expérientiel (Dewey, 1947, cité par Kolb, 1994, tiré par Morin, 1996). Notre modèle est basé sur la pensée pragmatique de Dewey, sans pourtant reprendre sa même modélisation de l'apprentissage qui était conçue pour le domaine de l'éducation et qui se limite plutôt au niveau micro.
- 3 L'interaction entre l'organisation et son environnement représente une lecture stratégique ; cependant, le modèle proposé implique trois lectures parallèles : stratégique, méthodologique et épistémologique. Pour les fins de cette présentation, nous nous limitons à la lecture stratégique du modèle.
- 4 Thèse de doctorat en gestion de crise et systèmes complexes (en cours) de l'étudiant Aladin Awad (programme de DBA, Université de Sherbrooke), sous la codirection de Thierry C. Pauchant, professeur titulaire à l'École des Hautes Études Commerciales (HEC).

## BIBLIOGRAPHIE

- DEWEY, J. (1950). *Human Nature and Conduct : an introduction to Social Psychology*, New York, The Modern Library.
- DEWEY, J. (1929a). *The Quest for Certainty : a Study of the Relation of Knowledge and Action*, New York, Minton, Balch & Co.
- DEWEY, J. (1929b). *Experience and Nature*, New York, Norton.
- MORIN, E. (1996). *Psychologies au travail*, Montréal, Gaëtan Morin.
- PAUCHANT, T.C. (1994). *DARE ! Dialogical Action-Research : Collective Learning for Managing the Destructive Side of Productive Activities*, Unpublished Book Draft.
- PAUCHANT, T.C. et I.I. MITROFF (1995). *La gestion des crises et des paradoxes : prévenir les effets destructeurs de nos organisations*, Montréal, Québec-Amérique.
- SENGE, P.M. (1990). *The Fifth Discipline : The Art and Practice of the Learning Organization*, New York, Doubleday/Currency.
- WEICK, K. (1988). « Enacted Sensemaking in Crisis Situations », *Journal of Management Studies*, vol. 24, n° 4, p. 305-317.



## **LES INTERVENTIONS PSYCHOSOCIALES AU CANADA 1979-2001 : CE QUE NOUS AVONS RETENU**

Robert LAFOND, Ph.D.

### **LES SINISTRES AU CANADA, UNE RÉALITÉ**

**C**haque année, de nombreuses collectivités du Canada subissent toute une gamme de sinistres d'origine naturelle ou humaine : inondations, feux de forêts, tornades, tempêtes de neige ou de grêle, déversement de produits chimiques dangereux, accidents ferroviaires, routiers, aériens ou industriels. La base de données colligée par Protection civile Canada sur les désastres note que de 1900 à 1997, le Canada a été touché par au-delà de 662 sinistres<sup>1</sup>. Robert Jones souligne que depuis 1900, le Canada a été victime de 127 sinistres où les pertes de vie ont excédé vingt personnes<sup>2</sup>.

### **LES CONSÉQUENCES HUMAINES DES SINISTRES**

Bien que les sinistres puissent détruire l'environnement, ils touchent surtout la population. Des gens sont tués ou blessés, des habitations détruites et des familles dispersées. Les deuils, le stress émotionnel et les perturbations socio-économiques qui en découlent portent atteinte au bien-être des individus, des familles et de la collectivité tout entière.

Les personnes touchées par un sinistre doivent donc s'adapter à des changements importants dans leur existence : pleurer les pertes subies, se reloger temporairement, réparer ou reconstruire leur demeure, se trouver un nouvel emploi, faire face à des incapacités ou des blessures physiques, surmonter des crises personnelles ou familiales, apprendre à parler librement de leurs expériences et de leurs sentiments, et affronter un avenir incertain.

## LA PLANIFICATION ET LA FORMATION PSYCHOSOCIALE AU CANADA

Chaque palier gouvernemental au Canada a adopté un projet de loi sur la sécurité civile visant la protection des personnes et des biens contre les sinistres. Ces projets de loi précisent aussi les responsabilités particulières que les ministères et les organismes gouvernementaux assument en matière de sécurité civile. Au palier fédéral, par exemple, selon la *Loi sur la Protection civile* (1985, art. 7)<sup>3</sup>, Santé Canada est le ministère responsable d'assurer la formation et de fournir des conseils aux provinces et territoires et, par l'entremise de ceux-ci, aux administrations locales en matière de santé et de services sociaux d'urgence. Santé Canada, par l'entremise du Centre des mesures et des interventions d'urgence (CMIU) et de son Bureau des services d'urgence (BSU), remplit son mandat en offrant aux planificateurs provinciaux, territoriaux et municipaux un cours de formation et un guide pratique pour la planification, l'organisation et la mise en application des services psychosociaux en cas de sinistre<sup>4</sup>.

Chaque province et territoire a sa propre loi en matière de sécurité civile. Le Québec, par exemple, a adopté le 20 décembre 2001 la *Loi sur la sécurité civile* (projet de loi n° 73). Selon cette nouvelle loi : « Les ministères et les organismes gouvernementaux sollicités par le ministre lui prêtent leur concours, en matière de sécurité civile, dans les domaines qui relèvent de leur compétence »<sup>5</sup>. Au Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) est responsable de la formation et de la planification des services psychosociaux. Le MSSS est le chef de file dans ce domaine au Canada. Par le biais de son Bureau de la coordination ministérielle en sécurité civile, le MSSS veille au développement et à la distribution d'outils de formation et d'intervention psychosociale pour la province. Le Québec compte au-delà de 1 200 professionnels formés en planification psychosociale<sup>6</sup>.

## **LES INTERVENTIONS PSYCHOSOCIALES LORS DE SINISTRES AU CANADA : 1979-2001**

Depuis 1979, le Canada a été touché par plus de cinquante sinistres ou événements traumatiques majeurs. Des programmes d'intervention psychosociale ont été mis en œuvre à la suite de trente-deux de ces cinquante sinistres (voir l'annexe A pour une liste des sinistres canadiens où les services psychosociaux sont intervenus). Cependant, ces chiffres sont plutôt trompeurs puisqu'à la suite de certains de ces sinistres, tels ceux des inondations aux Saguenay—Lac-Saint-Jean et de la tempête de verglas de 1998, plus d'une cinquantaine de programmes psychosociaux de suivi ont été mis sur pied. De même, après l'arrivée des Kosovars au Canada, six programmes psychosociaux ont été établis au Canada pour leur offrir un appui émotionnel.

### **Les services psychosociaux : définition et objectifs**

Les services psychosociaux sont un organisme d'interventions d'urgence planifiées dont l'objectif est de fournir les services psychologiques et sociaux jugés essentiels au rétablissement physique, émotionnel et social des personnes de tous les âges affectées par un sinistre : enfants, adolescents, adultes, personnes âgées, intervenants d'urgence et autres clientèles ayant des besoins particuliers.

Les services psychosociaux ont comme objectif global d'aider les sinistrés à s'aider eux-mêmes, c'est-à-dire à prendre charge de leur propre rétablissement. Cet objectif se réalise par la mise sur pied de services psychologiques et sociaux visant à aider les sinistrés à restaurer et à accroître leur sentiment de sécurité, leur confiance, leur compétence (habileté et capacité), leur contrôle, leur estime de soi, leur autonomie, leur affirmation de soi<sup>7</sup>. Il faut se rappeler que ce ne sont pas que les individus qui ont besoin de restaurer et d'accroître ces sentiments, mais parfois aussi la famille, la communauté, une province, un pays (tels les États-Unis après l'attaque terroriste du 11 septembre 2001).

### **Les services psychologiques**

Voici quelques exemples de services psychologiques offerts aux sinistrés :

- services d'intervention d'urgence ;
- premiers soins psychologiques ;
- services de soutien aux personnes en deuil ;
- activités de verbalisation sur l'événement ;
- télé-aide ;
- campagne psycho-éducative ;
- brochures, bulletins, articles ;
- émissions de lignes ouvertes à la radio et à la télévision ;
- activités de verbalisation pour la communauté ;
- activités psychosociales de rétablissement pour les enfants, les adolescents, les adultes, les familles ou autres groupes à risque ;
- groupes d'entraide ;
- maîtrise du stress ;
- préparation à la vie quotidienne ;
- soutien aux personnes en deuil ;
- programme de suivi à domicile ;
- services à la jeunesse et à la famille.

### **Les services sociaux**

Parmi les services sociaux offerts aux sinistrés, on compte les suivants :

- programme d'aide financière ;
- halte-garderie ;
- halte-accueil pour enfants, adultes ;
- service de logement provisoire ;
- service de ressources pour les sinistrés ;
- service de protection des consommateurs ;
- assurance-habitation ;
- évaluation des dommages ;
- construction et réparation d'habitation ;
- aide financière ;
- aide juridique ;

- services d'action communautaire ;
- prise en charge de soi ;
- forum public ;
- défense des droits et des intérêts des sinistrés ;
- publication et diffusion de bulletins d'information ;
- programmes d'indemnisation ;
- fonds de secours aux victimes de catastrophe ;
- programme de réadaptation ;
- problèmes de la vie courante ;
- programme de relogement.

### **LES INTERVENTIONS PSYCHOSOCIALES AU CANADA 1979-2001 : CE QUE NOUS AVONS RETENU**

Ayant planifié, organisé, coordonné et dispensé une gamme de services sociaux d'urgence à la suite d'un nombre important de sinistres naturels, technologiques ou d'accidents découlant ou non de l'intervention humaine depuis près de vingt ans, les Canadiens ont acquis des connaissances et des habiletés importantes dans la prestation des services psychosociaux aux victimes de sinistres. À la suite de maintes interventions psychosociales, voici les leçons les plus importantes que nous avons retenues.

#### **Première leçon : surmonter notre réticence à la planification d'urgence**

La première leçon que nous avons retenue nous vient d'Enrico Quarantelli, professeur émérite au Centre des recherches sur les sinistres de l'Université Delaware. Selon Quarantelli, la planification d'urgence n'est pas une priorité pour les autorités municipales<sup>8</sup>. Celles-ci sont plutôt portées à croire que leur communauté est à l'abri du danger et que si un sinistre survenait, elles sauraient y faire face. Or, pourquoi cette réticence envers la planification des mesures d'urgence de la part des gens est-elle si prononcée, si universelle ? En raison, semble-t-il, de notre sentiment illusoire d'invulnérabilité.

Selon Janoff-Bullman, les êtres humains entretiennent un certain nombre de notions fondamentales d'eux-mêmes, de la nature

humaine et du monde dans lequel ils vivent. Ces postulats fondamentaux sont inscrits au plus profond de notre être et guident nos réflexions et nos comportements quotidiens. Ils font partie de notre théorie de la réalité. En général, ces croyances, ces postulats nous paraissent évidents et incontestables. Voici en quoi ils consistent. Tout d'abord, les êtres humains croient que **le monde est bon** — on entend par monde tant les gens que les situations : les gens sont bons, généreux, aimants et serviables et les situations se déroulent de manière essentiellement positive. Deuxièmement, **le monde a un sens** : donc quand les gens sont bons, il leur arrive de bonnes choses. Troisièmement, chacun vit dans l'impression générale **d'être bon, honnête, compétent et respectueux** de la morale<sup>9</sup>. Ronnie Janoff-Bullman, qui a contribué à l'élaboration de cette théorie de la réalité personnelle, explique que ces notions ne sont pas tant des « illusions que des généralisations ».

Or, un événement traumatique comme une catastrophe naturelle, un accident d'auto, ou tout autre incident grave qui menace notre intégrité ou notre bien-être — un cambriolage, un viol — fait éclater nos certitudes, nos postulats les plus profonds, les plus enracinés. Sous l'effet du traumatisme, on constate tout à coup que le monde n'est ni bon ni sûr, et que certains événements peuvent nous tuer ; on se met alors à douter du sens du monde. On se dit qu'il n'arrive pas que des bonnes choses aux bonnes personnes, ou même qu'on n'est peut-être pas soi-même une bonne personne. Le sentiment de notre valeur propre s'en trouve alors compromis<sup>10</sup>.

Ces notions fondamentales se répercuteraient sur notre attitude à l'égard de la planification d'urgence et notre volonté de nous préparer à intervenir en cas de sinistre. Nous extrapolons, nous généralisons trop facilement le sentiment d'invulnérabilité que nous avons de nous-mêmes à la collectivité, à nos établissements. Ce profond sentiment d'invulnérabilité est perceptible dans ces expressions où l'on dénie la réalité et qui sont fréquemment entendues lorsque l'on parle de planification d'urgence : « Ça n'arrivera jamais ici. » « L'hôpital, l'école ne brûleront jamais complètement ! » « Si quelque chose arrive, je ne serai pas blessé, non plus que mes proches. »



Comme il est mentionné ci-dessus, les catastrophes se produisent régulièrement au Canada et les collectivités doivent être prêtes à intervenir. Il faut donc surmonter notre résistance naturelle face à la planification et, par des activités d'évaluation et d'analyse du risque, convaincre les élus d'établir un plan d'intervention d'urgence comprenant notamment des services psychosociaux. Heureusement, une bonne majorité des municipalités canadiennes disposent actuellement d'un plan d'intervention d'urgence, mais seulement un petit nombre a prévu d'y intégrer des services psychosociaux.

### **Deuxième leçon : être prêt**

Le nombre et la diversité des services psychosociaux qui doivent être mis en œuvre à la suite d'un sinistre exigent qu'une collectivité ait prévu, dans son programme général d'intervention d'urgence, la présence d'une équipe d'intervention psychosociale qui puisse réagir rapidement et de manière compétente lorsqu'une catastrophe se produit. Malheureusement, bien peu de collectivités à l'extérieur du Manitoba et du Québec possèdent de telles équipes. Si le Manitoba et le Québec sont bien préparés, c'est qu'ils ont connu un grand nombre de catastrophes depuis les années quatre-vingt (voir l'annexe A). Au Québec, par exemple, chaque région compte une ou plusieurs équipes psychosociales qui peuvent répondre rapidement non seulement aux catastrophes, mais aussi à des événements traumatiques ou tragiques qui peuvent survenir dans leur collectivité<sup>11</sup>.

Qu'arrive-t-il lorsqu'il n'y a pas d'équipe psychosociale ? Parfois, il n'y a aucune intervention : le cas de l'Ocean Ranger et de l'écrasement de l'avion Arrow à Gander et de l'avion Air India en sont de bons exemples. Ou alors, s'il y a une intervention psychosociale, on met parfois des semaines à l'organiser. Lorsqu'un sinistre se produit soudainement, par exemple lors d'une tornade, d'une explosion ou d'un accident aérien, les organismes d'aide humanitaire, comme les collectivités qui n'ont pas de plan de mesures d'urgence, sont tellement débordés par la soudaineté et l'ampleur de la catastrophe, et par la complexité des situations qui en résultent, qu'ils ne savent pas par où commencer. Et souvent, dès qu'ils mettent sur pied une équipe, ils s'empêchent dans des querelles

politiques ou administratives : qui est responsable ? Qui doit participer ? Quels services sont requis ? Qui prendra en charge les finances ?

**« Être prêt » pour les services psychosociaux, c'est quoi ?**

Être prêt, c'est tout d'abord avoir un mandat qui relève soit des lois des mesures d'urgence provinciales, soit d'un règlement municipal. Le mandat donne légitimité aux interventions psychosociales et permet d'avoir accès plus facilement à des fonds lorsqu'une catastrophe se produit. Les programmes d'intervention psychosociale sont coûteux : 1,5 million de dollars en Ontario à la suite de la tempête de verglas de 1998.

Être prêt signifie que les services sociaux ou de santé d'urgence d'une municipalité ont en place un équipe de services psychosociaux bien rodée, c'est-à-dire ayant bien prévu les réactions de stress que peuvent vivre les personnes touchées par un sinistre et les mesures à prendre pour aider les gens à mieux comprendre, gérer et exprimer ces réactions. Être prêt suppose aussi une équipe capable d'intervenir rapidement et de manière appropriée dès qu'un sinistre ou un événement traumatique se produit.

Une fois sa légitimité établie, l'équipe psychosociale doit avoir accès à une aide financière afin de former les membres de l'équipe, de préparer le matériel psycho-éducatif nécessaire aux interventions, de soutenir l'équipe lors d'un sinistre et de l'entretenir durant les périodes d'inactivité.

Être prêt exige aussi que l'équipe des services psychosociaux soit pleinement intégrée au réseau d'intervention d'urgence de la collectivité. De cette façon, elle est reconnue et acceptée par les autres groupes d'intervention d'urgence de la communauté — incendie, police, santé — qui font immédiatement appel à ses services lors d'un sinistre ou autre événement traumatique, tel une prise d'otage, un accident de la route, un feu dans un bloc appartement.

### **Troisième leçon : établir une équipe d'intervention psychosociale à caractère communautaire**

Les services psychosociaux au Canada ne sont pas confiés, comme c'est le cas aux États-Unis, à des organisations non gouvernementales telles la Croix-Rouge ou l'Armée du Salut. Les services psychosociaux canadiens sont planifiés et organisés par les services sociaux ou de santé d'urgence de chaque municipalité. L'équipe des services psychosociaux est composée de représentants des différents organismes sociaux et de santé, publics et privés, professionnels et bénévoles, qui œuvrent déjà dans la communauté. Donc, l'équipe psychosociale ne remplace pas les organismes déjà en place, mais prend appui sur eux, estimant que les organismes communautaires sont les mieux placés pour connaître leur communauté : ses aspects politiques, sociaux, culturels et religieux. Les services psychosociaux permettent donc à ces différents organismes de répondre rapidement, et de manière appropriée et coordonnée, aux besoins émotionnels des personnes touchées par un sinistre ou une tragédie.

Cette approche communautaire est importante pour les sinistrés et pour la communauté elle-même, car elle démontre que la communauté a les capacités et les habiletés nécessaires pour se prendre en main. Il ne faut pas oublier que la communauté, et parfois un pays entier, tels les États Unis à la suite de l'attaque terroriste du 11 septembre, a besoin de raffermir ses sentiments de sécurité, de confiance, de compétence et d'estime de soi.

L'approche communautaire favorise aussi l'esprit de collaboration, chaque groupe étant invité à contribuer à l'équipe du personnel, de fournir du matériel, de l'argent, des compétences spécialisées. Lors d'un sinistre, tous les organismes sont consultés régulièrement sur la meilleure façon de résoudre les problèmes et les enjeux.

### **Quatrième leçon : établir et promouvoir des interventions psychosociales basées sur une approche communautaire**

Il importe, dès que le processus de planification du programme d'intervention psychosociale est enclenché, d'adopter une approche axée sur des activités à caractère communautaire. Une intervention clinique ne convient pas puisque ce genre d'approche tend à accentuer l'aspect santé mentale, c'est-à-dire à attribuer les sources de stress comme venant de la personne plutôt que provenant de situations extérieures : situation sociale, économique, culturelle, politique. Le tableau 1 résume bien comment les services psychosociaux à caractère communautaire se distinguent de l'approche traditionnelle en santé mentale.

L'approche à caractère communautaire n'exclut pas la participation des services réguliers de santé mentale qui doivent eux aussi être engagés dans la planification des mesures d'intervention psychosociale. Une catastrophe peut, par exemple, faire réapparaître des réactions à un traumatisme antérieur ou déclencher des réactions de stress aigus, ce qui nécessitera l'intervention d'un professionnel de la santé mentale. D'autres problèmes peuvent surgir qui nécessitent l'intervention des services de protection de la jeunesse ou une consultation pour toxicomanie. L'expérience acquise lors de sinistres antérieurs indique clairement que certains problèmes émotionnels ou sociaux plus lourds ne peuvent être résolus dans le peu de temps que dure une intervention psychosociale.

### **Caractéristiques d'une approche misant sur les moyens d'action communautaire**

Une approche misant sur les moyens d'action communautaire encourage les sinistrés à se prendre en main, à prendre en charge leur propre rétablissement. Le fait d'être les promoteurs de leur propre cause, de leurs propres besoins restaure et accroît leur sentiment d'efficacité personnelle et communautaire, de compétence, de pouvoir et de contrôle. Si les interventions psychosociales au Canada ont connu un bon degré de succès, c'est grâce en grande partie à cette approche communautaire, à ce désir de voir les gens prendre charge de leur propre rétablissement. Voici les principales

caractéristiques de cette approche axée sur les moyens d'action communautaires :

- encourage les gens à s'aider eux-mêmes ;
- s'attend à ce que les gens déterminent leurs besoins et participent à l'élaboration des activités d'intervention ;
- intervient dans les activités de prise de décisions et de résolution de problèmes, y compris dans les interventions sanitaires, psychosociales et de remise en état des lieux ;
- fait appel à toute la collectivité ;
- met l'accent sur l'éducation et la prévention psychosociales ;
- prévoit les réactions et les besoins ;
- adapte les plans d'intervention et les services aux besoins des victimes ;
- se rend dans la communauté et auprès des victimes plutôt que d'attendre que les gens demandent des services ;
- s'installe le plus près possible de la zone sinistrée ou de la collectivité à servir.

L'attitude et l'approche positives et respectueuses des membres de l'équipe d'intervention psychosociale envers les sinistrés sont deux qualités qui découlent de l'approche communautaire et qui contribuent au rétablissement des personnes touchées par un sinistre. L'équipe est sensible, par exemple, au désir qu'expriment les sinistrés d'être considérés différemment des personnes qui reçoivent le bien-être social. Les sinistrés ne veulent pas non plus être renvoyés aux programmes de services sociaux, de santé mentale ou de santé publique réguliers. Ils veulent des programmes et des services créés pour rencontrer leurs besoins particuliers. La création et la prestation de programmes et de services de soutien axés sur eux sont signe que le gouvernement prend au sérieux la santé et les besoins sociaux de la population touchée par le sinistre. Les sinistrés veulent aussi que l'équipe psychosociale puisse travailler auprès d'eux à plein temps afin de les aider à surmonter, le plus rapidement possible, les séquelles biopsychosociales déclenchées par le sinistre.

**Tableau 1****Distinction entre l'approche traditionnelle et l'approche communautaire**

<b>Approche traditionnelle</b>	<b>Approche communautaire</b>
Se déroule le plus souvent dans un bureau.	Se déroule le plus souvent à domicile ou en milieu communautaire (on va là où se trouve le besoin).
Met l'accent sur le diagnostic et le traitement de la maladie mentale.	Porte avant tout sur l'évaluation des forces, la mise en œuvre des moyens d'adaptation existants et l'acquisition de moyens nouveaux.
Tente de modifier la personnalité et le fonctionnement.	Cherche à rétablir les gens à leur niveau de fonctionnement antérieur.
Remet en question le contenu.	Accepte le contenu à sa valeur nominale.
Encourage la réflexion sur le passé afin de découvrir son influence sur les problèmes actuels.	Valide les réactions aux événements en cours et à leur suite, et normalise l'expérience.
A une portée psychothérapeutique.	A une portée psycho-éducative.
Des dossiers sont tenus qui gardent trace des évaluations, des entrevues et des méthodes de traitement.	On garde un minimum de dossiers, sauf dans le cas des personnes ou des familles qui ont besoin d'aide ou de soutien supplémentaires.

Source : Bryan Flynn (1996)<sup>12</sup>.

**Cinquième leçon : offrir une aide immédiate et pratique**

Les services psychosociaux sont importants, mais il ne faut pas oublier qu'une aide immédiate et pratique, selon Sally Livesley, est plus efficace pour modifier l'état émotif des sinistrés qu'un appui émotionnel sans intervention pratique. En quoi consiste une aide immédiate et pratique : par exemple, si la maison d'une personne âgée est endommagée par une tempête, il faut installer une toile en

plastique sur le toit pour protéger les biens de la personne des intempéries, aider quelqu'un à trouver un logis, accompagner une personne chez son assureur, plaider auprès des autorités pour assurer des programmes de compensation financière<sup>13</sup>.

Les résultats des recherches de Tierney et Baisden sur ce que les sinistrés considèrent comme leurs besoins les plus importants à la suite d'un sinistre viennent confirmer les affirmations de Livesley. Les problèmes que les sinistrés placent en tête de liste sont le logement, le chômage, le transport, les difficultés familiales et l'aide juridique<sup>14</sup>.

### **Sixième leçon : offrir des services à tous les groupes d'âge et groupes à risque**

Jusqu'au début des années quatre-vingt, les services psychosociaux étaient parfois offerts aux adultes seulement. Les enfants et les adolescents, de même que les personnes âgées, étaient rarement mentionnés. Cependant, en 1981, le *National Institute of Mental Health* aux États-Unis publia un fascicule intitulé *Manual for Child Health Workers in Major Disasters*<sup>15</sup> (*Manuel pour les travailleurs de la santé œuvrant auprès de la jeunesse à la suite des sinistres majeurs*). Ce manuel décrit les réactions des enfants de différents groupes d'âge et présente toute une gamme de programmes pour les aider à mieux comprendre, gérer et exprimer leurs réactions de stress.

Depuis la tornade de Barrie, en 1985, jusqu'à l'attaque terroriste du 11 septembre 2001, les intervenants psychosociaux canadiens ont développé un ensemble de programmes et d'activités psychosociaux pour les jeunes, les adultes, les personnes âgées et les intervenants d'urgence. Les programmes et les activités visent à valider et à normaliser les réactions de stress que les gens ont pu vivre et les aider à restaurer et à accroître, comme cela a été mentionné à plusieurs reprises, leurs sentiments de sécurité, de confiance, d'estime et de maîtrise de soi. Voici quelques exemples de programmes et d'activités mis en œuvre pour les différents groupes d'âge :

- halte-accueil pour les jeunes, les adultes et les personnes âgées ;
- activités de loisirs où les objectifs thérapeutiques — partager sa crainte, son anxiété, sa colère — sont atteints, tout en se livrant à des activités sociales et physiques ;
- activités d'information : séances d'information avec un spécialiste en météo à la suite d'une tornade, séances de techniques de relaxation avec une physiothérapeute ;
- concours de créations artistiques : faciliter l'expression des émotions par la photographie, l'écriture, la poésie, la musique, le théâtre ;
- cahiers à colorier, enveloppe « Top Secret » qui aident les jeunes à mieux comprendre comment et pourquoi le sinistre s'est produit et à normaliser leurs réactions de stress ;
- un éventail de brochures psycho-éducatives qui s'adressent aux enfants, aux adolescents, aux adultes, aux personnes âgées. Le Bureau des services d'urgence de Santé Canada possède de nombreux échantillons de brochures qui ont été utilisées à la suite de divers sinistres : incendie des BPC de Saint-Basile-le-Grand, Oka, tempête de verglas, Swiss Air ;
- des bulletins d'information utilisés à plusieurs reprises afin de donner une voix aux collectivités pendant leur processus de rétablissement. Après l'inondation à Perth-Andover au Nouveau-Brunswick, en 1993, les sinistrés ont publié un bulletin d'information, tout comme l'ont fait les résidents de Maple Ridge en Colombie-Britannique, pour revendiquer leurs droits à la parole, aux prises de décisions, aux programmes de santé mis sur pied à la suite d'un incendie dans un dépotoir ;
- visites à domicile (*outreach*) de toutes les personnes touchées par un sinistre. Ces visites, mises de l'avant par les services psychosociaux, ont pour but d'aller au-devant des sinistrés, de les rencontrer dans un milieu où ils se sentent sécurisés. Ces visites amicales et de nature préventive permettent aux intervenants d'évaluer les besoins psychosociaux des sinistrés et de



les mettre au courant des services communautaires mis à leur disposition<sup>16</sup> ;

- groupes d'entraide pour aider les gens à surmonter le stress ou discuter de problèmes conjugaux ou parentaux qui ont surgi à la suite du sinistre ;
- programmes de consultation pour l'enfant et la famille ;
- assemblées publiques, tribunes téléphoniques, etc.

### **Septième leçon : identifier les personnes et les groupes à risque**

Parfois, lors d'un sinistre, il est impossible de faire un suivi de toutes les personnes touchées. Il faut alors identifier les personnes et les groupes qui sont le plus à risque. Lors de la tempête de verglas, par exemple, on avait ciblé pour un suivi à domicile les personnes âgées vivant seules, les familles monoparentales avec de jeunes enfants, les adolescents ainsi que les fermiers et les personnes appartenant à de petites et moyennes entreprises.

Dans d'autres situations, telle une tornade, ce sont les personnes directement touchées qui ont fait l'objet d'un suivi : celles dont la vie a été menacée, qui ont perdu un être cher, qui ont été sérieusement blessées ou dont la maison a été détruite. Il est toujours bon, cependant, d'annoncer que des services psychosociaux seront offerts à toutes les personnes dont la vie a été perturbée par l'événement, qu'elles aient été dans la région sinistrée ou non, car souvent, ce genre d'événement fait resurgir des traumatismes ou des deuils antérieurs qui n'avaient pas été résolus ou intégrés.

### **Huitième leçon : être pro-actif dans ses interventions**

Le naufrage de la plate-forme de forage Ocean Ranger et l'explosion en plein vol de l'avion Air India sont deux sinistres importants où les familles des victimes n'ont pas reçu d'aide psychosociale au moment même du sinistre, ni dans les mois et les années qui ont

suivi. Les effets biopsychosociaux des ces deux sinistres sur les familles des victimes furent foudroyants.

*La plate-forme Ocean Ranger.* Le 15 février 1982, lors d'une tempête en mer, la plate-forme de forage Ocean Ranger s'est renversée puis a coulé à 166 milles marins à l'est de St. John's (Terre-Neuve). Les 84 travailleurs à bord se sont tous noyés. Seulement vingt-deux corps des membres de l'équipage ont été retrouvés par les navires de recherche. Dans l'ensemble, les familles touchées par ce sinistre n'ont pas reçu de support psychosocial, sauf par les membres de leur propre famille, les voisins et les membres du clergé.

Ce que nous savons des séquelles psychosociales vécues par les familles des hommes qui sont morts à la suite du naufrage de l'Ocean Ranger nous vient d'un ouvrage très émouvant écrit par Douglas House intitulé *But Who Cares Now ? The Tragedy of the Ocean Ranger*<sup>17</sup>. Voici certains des effets émotionnels et sociaux très pénibles qu'a eus cette tragédie, tels qu'ils ont été racontés à Douglas House par les épouses, les enfants et les parents des victimes.

- Choc, désensibilisation et déni : comme dans toute tragédie, les gens ont accueilli la nouvelle de la catastrophe par des réactions de choc, de désensibilisation et de déni ; mais pour certains, la première réaction a été de se dire que même s'il s'était produit un terrible accident, leurs proches allaient s'en tirer : « J'étais sûre que quoi qu'il arrive, il allait s'en sortir »<sup>18</sup>.
- Désorganisation, incapacité de réfléchir et de se concentrer, volonté de se rendre à St. John's, en voiture ou en avion, pour en apprendre davantage. Puis un sentiment de détresse et de désespoir en apprenant qu'il n'y avait plus d'espoir et que tous étaient « présumés morts »<sup>19</sup>.
- Colère et rage : en mesurant peu à peu l'ampleur de la catastrophe, les gens ont ressenti de la colère à l'endroit des grandes entreprises et des gouvernements. Le premier mouvement de colère a été dirigé contre les sociétés ODECO et Mobil qui, manifestement, « n'avaient pas de plan d'urgence et ne savaient ni réagir à la catastrophe elle-même ni transmettre la nouvelle aux

familles des victimes »<sup>20</sup>. Ce qui a surtout aigri les familles, c'est que les compagnies n'avaient pas communiqué personnellement avec chacune d'elles. Personne ne leur a expliqué la cause de la catastrophe, ne les a mis au courant de la progression des recherches ou de la récupération des corps. Les familles voulaient des nouvelles et voulaient être les premières à les apprendre. Les familles étaient outrées d'avoir appris la nouvelle du naufrage de l'Ocean Ranger par la radio<sup>21</sup>.

- Complication du deuil : comment faire son deuil quand le corps de votre mari ou de votre fils n'est jamais retrouvé ? Vous continuez d'espérer contre tout espoir qu'il a peut-être été sauvé : « Ça m'a pris des mois pour vraiment comprendre que mon fils était parti à jamais. J'ai continué d'espérer pendant tout ce temps »<sup>22</sup>.

*L'explosion de l'avion Air India.* Le 23 juin 1985, le vol 182 de Air India a explosé en plein vol au moment où l'avion s'approchait des côtes de l'Irlande. L'explosion avait été causée, semble-t-il, par une bombe dissimulée dans des bagages enregistrés à l'aéroport international de Vancouver par ce qu'on a estimé être des militants sikhs<sup>23</sup>. Tous les 329 passagers à bord, dont 258 étaient Canadiens, ont été tués.

La réaction des intervenants psychosociaux irlandais a été exemplaire, celle des intervenants canadiens a été à peine perceptible. Sauf pour l'hôpital Mount Sinai à Toronto, qui a tenté d'organiser une intervention psychosociale, très peu de soutien émotionnel et social a été apporté aux familles des victimes. Les familles étaient réparties sur tout le territoire canadien : Montréal, Toronto, Calgary, Vancouver. Pourquoi n'y a-t-il pas eu d'intervention ? L'écrasement s'est produit trois semaines après les tornades qui avaient dévasté le sud-ouest ontarien le 31 mai 1985. Tous les efforts d'intervention psychosociale étaient concentrés dans cette région. Malheureusement, la tornade de Barrie était la première catastrophe naturelle pour laquelle on tentait de mettre sur pied une intervention psychosociale systématique, globale et cohérente. Les planificateurs psychosociaux des paliers fédéral, provincial et municipal n'avaient pas encore de connaissance et d'expérience pratiques pour intervenir à une échelle pan-canadienne.

Dans leur profonde détresse, les parents des victimes se sont sentis abandonnés par la population canadienne et par le système pénal canadien, bien que la GRC ait persévéré dans ses efforts pour porter des accusations contre les responsables de cet attentat terroriste. Trois hommes sont actuellement accusés et leur procès, qui devrait durer un an et coûter plus de 14 millions de dollars, est prévu pour le début de 2002 à Kamloops en Colombie-Britannique.

Anant Anataraman, qui a perdu sa femme et ses deux filles dans l'écrasement d'Air India, a récemment donné une entrevue à CBC et a voulu souligner la dimension nationale de cette tragédie :

*J'aimerais que les Canadiens se rappellent de ces gens [...] J'aimerais que les Canadiens comprennent qu'il ne s'agit pas d'une tragédie locale, ce n'est pas une tragédie qui m'a frappé moi et quelques autres personnes. J'aimerais qu'ils comprennent que c'est une tragédie nationale, qui n'a jamais été résolue.<sup>24</sup>*

Les sinistres de l'Ocean Ranger et d'Air India ont fourni d'importantes leçons aux planificateurs et intervenants psychosociaux canadiens. Ces leçons ont été mises en application lors des sinistres suivants : l'écrasement d'avion à Dryden en Ontario, l'explosion à la mine Westray en Nouvelle-Écosse, l'accident d'autobus à Saint-Joseph-de-la-Rive au Québec, l'écrasement de l'avion Swiss Air et l'accueil des Kosovars. La plus importante leçon retenue est que lorsque pareil sinistre se produit, l'équipe psychosociale ne doit pas hésiter à intervenir, doit être pro-active dans son intervention et prendre les mesures qui s'imposent.

Rassembler les familles dans un centre d'accueil pour les sinistrés le plus tôt possible à la suite du sinistre permet aux familles des victimes de recevoir des services de soutien et de réconfort et d'entrer en rapport avec les personnes de leur région, de leur province ou de leur pays qui vivent la même situation de crise qu'elles. Ce contact entre les familles touchées facilite le déclenchement du processus de deuil, permet aux familles de se consoler entre elles et aussi d'atténuer elles-mêmes une partie du traumatisme et ainsi faire face à l'impensable, c'est-à-dire que la personne portée disparue ne soit pas retrouvée ou, dans le cas d'un accident de transports, que le

corps ne soit pas identifié. Cette approche s'est révélée particulièrement importante dans le cas des Kosovars qui avaient besoin d'être en contact avec les gens de leur pays et de leur culture, de se sentir à l'abri dans un endroit sécuritaire et d'avoir le temps nécessaire d'apprendre à connaître les Canadiens et à leur faire confiance.

Il est donc important que les familles puissent se retrouver dans un lieu sécuritaire où elles pourront donner libre cours à leurs réactions et où leurs sentiments face au traumatisme seront considérés comme normaux dans les circonstances et respectés. Le centre d'accueil doit aussi avoir plusieurs pièces où les familles pourront vivre leur deuil en privé ou recevoir un soutien émotionnel particulier.

Une fois le choc initial passé, les familles voudront être renseignées sur le sort de leur proche. Elles insisteront pour être les premières à être informées sur les opérations de sauvetage ou d'identification. Les familles pourront aussi poser des questions ou faire à leur tour des déclarations. La réunion des familles en un lieu sécuritaire permet aussi de les protéger contre les journalistes qui risquent parfois de devenir des sources supplémentaires de stress. Il est aussi plus facile de les consulter et de les faire participer à des funérailles ou à des cérémonies commémoratives. Une fois le choc initial passé, les familles voudront peut-être engager des poursuites contre les responsables du décès de leurs proches. Le fait d'être rassemblées leur permet de se consulter mutuellement sur les mesures à prendre à cette fin. À Saint-Basile-le-Grand, par exemple, les familles ont décidé d'embaucher leurs propres experts pour faire une analyse du sol, de l'eau et de l'air et leur faire rapport.

Au Canada, lorsqu'il y a un sinistre qui rassemble des familles de partout au pays ou même d'ailleurs, la personne chargée des services sociaux ou de santé d'urgence dans la province ou le territoire où le sinistre a eu lieu communique les noms des familles touchées à ses collègues des autres provinces. Ceux-ci s'assurent alors que l'équipe psychosociale où la famille habite soit avertie afin qu'un suivi et un support émotionnel puissent leur être fournis. De telles mesures ont été prises récemment lors de la tornade de Pine Lake en Alberta en juillet 2000.

## CONCLUSION

*But Who Cares Now ? (Qui y pense encore aujourd'hui ?)*. Ce cri de détresse, d'abandon, de colère, de rage poussé par les parents, les femmes et les enfants de ceux qui sont morts sur l'Ocean Ranger s'est rendu jusqu'à nous, a été entendu et nous a interpellé. C'est en réponse à ce cri et à celui de biens d'autres sinistrés que les services psychosociaux ont été établis et sont maintenant partie prenante des organismes de mesures d'urgence de bon nombre de collectivités canadiennes. Les leçons que nous avons retenues des interventions psychosociales canadiennes nous démontrent le bien-fondé de partager nos échecs et nos succès afin d'en apprendre davantage sur les effets que les sinistres peuvent avoir sur la santé physique et émotionnelle et sur le tissu social de ceux qui sont touchés directement ou indirectement. Les leçons retenues nous permettent aussi d'apprendre comment intervenir de manière sensible, appropriée et opportune auprès de ceux qui sont victimes d'un sinistre.

## NOTES

- 1 Tudor, C. (1997). *La base de données de Protection civile Canada sur les désastres et ses caractéristiques*, Protection civile Canada, p. 15.  
[http://www.epc-pcc.gc.ca/research/down/fr\\_disrep.pdf](http://www.epc-pcc.gc.ca/research/down/fr_disrep.pdf)
- 2 Jones, R.L. (2001). *Canadian Disasters - An Historical Survey*.  
[www.ott.igs.net/~jonesb/DisasterPaper/disasterpaper.html](http://www.ott.igs.net/~jonesb/DisasterPaper/disasterpaper.html)
- 3 Protection civile, Loi sur la Protection civile [(L.R. (1985), ch. 6 (4<sup>e</sup> suppl.)].  
<http://lois.justice.gc.ca/fr/E-4.6/texte.html>
- 4 Santé Canada, (1990). *Manuel des services personnels*, Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services Canada.  
<http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp/emergency-urgence/>
- 5 Province du Québec, Projet de loi n° 173 (2001, chapitre 76), *Loi sur la sécurité civile*.  
<http://publicationsduquebec.gouv.qc.ca/fr/frame/index.html>

- 6 Martel, C. *L'intervention psychosociale dans le cadre des mesures d'urgence au Québec*.  
[www.ctsn-rcst.ca/PsyQuébec.htm](http://www.ctsn-rcst.ca/PsyQuébec.htm)
- 7 Janoff Bulman, R. (1985). « The Atermath of Victimization : Rebuilding Shattered Assumptions », in Charles Figley (ed.) *Trauma and Its Wake : The Study and Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder*, New York, Brunner/Mazel, p. 15-35.
- 8 Quarantelli, E.L. (1997). *Research Based Criteria for Evaluating Disaster Planning and Managing*, International Seminar on Chernobyl and Beyond : Humanitarian Assistance to Victims of Technological Disaster, organized by the United Nations and held in Moscow, Russia on May 27-28, p. 1-35.  
[www.udel.edu/DRC/preliminary/246.pdf](http://www.udel.edu/DRC/preliminary/246.pdf)
- 9 Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered Assumptions : towards a New Psychology of Trauma*, New York, The Free Press, p. 6.
- 10 *Idem*, p. 3-25.
- 11 Martel, C. *L'intervention psychosociale dans le cadre interventions d'urgence au Québec*.  
[www.ctsn-rcst.ca/éPsyQuébec.htm](http://www.ctsn-rcst.ca/éPsyQuébec.htm)
- 12 Flynn, B. (1996). *Defining Key Terms in a Crisis Counseling Program*, Centre for Mental Health Services, Emergency Services and Disaster Relief Branch, Knowledge Exchange Network (USA).  
<http://www.mentalhealth.org/publications/allpubs/sma99-3378/proguiotnew.asp>
- 13 Livesley, S. (1977). « Toowoomba : Victims and Helpers in an Australian Hailstorm Disaster », *Disasters*, vol. 1, n° 3, p. 315-322.
- 14 Tierney, K. et B. Baisden (1979). *Crisis Intervention Programs for Disaster Victims : a Source Book and Manual for Small Communities*, Rockville, Maryland, National Institute of Mental Health.
- 15 Farberow, G. et N.S. Gordon. (1981). U.S Department of Health and Human Services, National Institute of Mental Health, *Manual for Child Health Workers in Major Disasters*, Washington, D.C., U.S. Government Printing Office.
- 16 Santé Canada, *Manuel des Services personnels*, p. 64-65.
- 17 House, D. (1987). *But Who Cares Now? The Tragedy of the Ocean Ranger*, St John's, Newfoundland: Breakwater Books.

- 18 *Idem*, p. 18.
- 19 *Idem*, p. 18.
- 20 *Idem*, p. 58.
- 21 *Idem*, p. 37.
- 22 *Idem*, p. 25.
- 23 Gunn, I. (2001). Air India Bombing Trial Postponed.  
[http://news.bbc.co.uk/hi/english/world/south\\_asia/newsid\\_1721000/1721057.stm](http://news.bbc.co.uk/hi/english/world/south_asia/newsid_1721000/1721057.stm)
- 24 McAuliffe, M. et P. Hadzipetros, The Bombing of Air India Flight 182.  
<http://cbc.ca/news/indepth/airindia/>



## ANNEXE A

### Sinistres Canadiens 1979 - 2001

Explosion et feu à la mine de charbon de Glace Bay, NS (1979)  
Déraillement de train à Mississauga, ON (1979)  
Naufrage de la plate forme de forage Ocean Ranger, NF (1982)  
Inondation à Bishop Falls, NF (1983)  
Inondation à Pemberton, BC (1984)  
Fusillade à l'Assemblée nationale du Québec (1984)  
\*Tornades au sud-ouest de l'Ontario (1985)  
Écrasement de l'avion Air India, Irlande (1985)  
Écrasement de l'avion Air Arrow à Gander, NT (1985)  
Déraillement à Hinton, AB (1986)  
\*Inondation à Perth Andover, NB (1987)  
\*Tornade d'Edmonton (1987)  
\*Feu des BPC à Saint-Basile-le-Grand, QC (1988)  
Écrasement d'avion à Dryden, ON (1989)  
\*Tornade à Poundmaker, SK (1989)  
\*Inondation dans le comté d'Essex, ON (1989)  
\*Feu de forêt au Manitoba (1989)  
\*Collision – Village de Cormier, NB (1989)  
\*Fusillade à l'École Polytechnique de Montréal (1989)  
\*Feu de pneu à Hagersville, ON (1990)  
\*Crise d'Oka, QC (1990)  
\*Tornade à Maskinongé, QC (1991)  
\*Explosion à la mine Westray, NS (1992)  
Explosion criminelle à la mine Giant, NT (1992)  
Déraillement à Oakville, MB (1992)

- \*Inondation à Perth-Andover, NB (1993)
- Collision minibus–camionnette, Lac Bouchette, QC (1993)
- \*Tornade d’Aylmer, QC (1994)
- Feu de forêt, Pencticton, BC (1994)
- Tremblement de terre, Charlevoix et Saguenay, QC (1994)
- Feux de forêt (YT, NT, AB, SK, MB, ON, QC) (1995)
- \*Inondations (BC, AB, MB) (1995)
- \*Déraillement de train, métro de Toronto, ON (1995)
- \*Fusillade, Famille Gakhal, Vernon, BC (1996)
- \*Inondations Saguenay—Lac-Saint-Jean, QC (1996)
- \*Inondations au Manitoba (1997)
- \*Collision d’autobus, Les Éboulements, QC (1997)
- \*Tempête de verglas (ON, QC, NB) (1998)
- \*Feu de forêt, vallée de l’Okanagan, BC (1998)
- \*Écrasement de l’avion Swiss Air, Peggy’s Cove, NS (1998)
- \*Avalanche à Kangiqsualujjuaq, QC (1999)
- \*Fusillade à l’école secondaire de Taber, AB (1999)
- \*Accueil des réfugiés Kosovars, NS, NB, ON (1999)
- \*Fusillade, Services de transport urbain Ottawa-Carleton, ON (1999)
- \*Épidémie de E.coli, Walkerton, ON (2000)
- \*Tornade, Pine Lake, AB (2000)
- \*Étang de goudron, Sydney, NS (2001)
- \*Attaque terroriste, conflit militaire, attaque biochimique (2001)

---

\* L’astérisque indique qu’un programme d’intervention psychosociale a été mis sur pied à la suite du sinistre.

## LA GESTION D'UN DÉSASTRE : LA PANNE D'ÉLECTRICITÉ DE JANVIER 1998

Raymond MURPHY, Ph.D.

L'atour (1991) soutient que les technologies telles que les réseaux électriques sont des constructions « hybrides », à la fois humaines et non humaines. L'utilisation d'un grand nombre de ces hybrides pour recomposer le tissu social et en augmenter l'envergure constitue le propre des sociétés modernes. L'amélioration de la capacité technologique de manipuler les processus naturels et l'expansion des sociétés vers des régions de la nature jusque là restées vierges ont créé de nouvelles possibilités au plan social et économique, mais elles ont également créé de nouvelles vulnérabilités (Beck, 1992, 1993 ; Murphy, 1994, 1997 ; Denis, 1998). Les hybrides technologiques risquent, par leur innovation, d'exposer la société à des perturbations autonomes de la nature, mais pas de la même façon que les anciennes technologies. Le changement climatique mondial est venu aggraver le degré d'incertitude qui régnait face à un phénomène de la nature déjà problématique.

Le Québec, l'Ontario, la partie nord de l'État de New York et la Nouvelle-Angleterre s'étaient dûment prémunis contre le risque de courtes tempêtes de verglas locales à faible intensité comme celles qui les avaient touchés par le passé. Or, la longue et interminable tempête de verglas à haute intensité de janvier 1998 les a pris au dépourvu. Résultat : la catastrophe la plus coûteuse de l'histoire de cette vaste région, un certain nombre de morts et de blessures, une épreuve effroyable sous l'emprise du froid pour un nombre très considérable de personnes et une zone métropolitaine au bord d'un sinistre d'une ampleur encore plus grande. La plupart des problèmes n'étaient qu'indirectement liés à la pluie verglaçante, mais ils étaient directement liés à la panne d'électricité, un service dont la population était devenue dépendante, d'où le manque de chauffage et d'éclairage dans un contexte hivernal froid et sombre (Commission, 1999 ; Murphy, 2001a).

L'article qui suit vise à déterminer si l'introduction de nouvelles technologies a rendu la société plus résistante lorsqu'elle est confrontée aux perturbations de la nature — une pluie verglaçante intense et prolongée — ou si, au contraire, elle l'a rendue vulnérable sous de nouveaux rapports et a engendré de nouveaux risques. Il étudie ensuite la gestion de la situation pendant et après cette tempête de verglas.

### **UN DÉSASTRE NATUREL N'EST PAS UN DÉSASTRE POUR LA NATURE**

Une des conséquences de la tempête fut les graves dommages subis par les arbres. Par exemple, un sondage a démontré que 1,8 million d'hectares d'arbres fut atteint au Québec seulement : 34 % des arbres furent légèrement endommagés, 30 % modérément endommagés et 36 % sérieusement ou très sérieusement endommagés (Commission, 1999). Plusieurs commentateurs virent le grand nombre d'arbres tombés et de cimes brisées et en déduisirent que la forêt avait été détruite par cette catastrophe de la nature.

Même si la pluie verglaçante fut plus impitoyable que les précipitations antérieures de ce genre, une tempête de verglas majeure frappe cette région environ tous les vingt ans : 1942, 1961, 1983 et 1998. Les experts forestiers et les géographes ont noté que les forêts présentent une forte capacité de régénération (Essman, 1998 ; Commission, 1999). Les écologistes ont démontré que la tempête de verglas de janvier 1998 a, dans l'ensemble, amélioré l'habitat faunique.

Les forêts sont en interaction dynamique avec l'atmosphère lors d'événements météorologiques. Les perturbations de la nature se reproduisent périodiquement sous différentes formes (tempêtes de verglas, feux de forêt, chablis, etc.) et renouvellent la forêt en y laissant pénétrer les rayons du soleil et en permettant aux espèces pionnières d'y prendre pied. Cela améliore la diversité des espèces dans la forêt, la rendant plus résistante aux infestations d'insectes. Alors que ces perturbations sont naturelles, elles ne constituent pas un désastre pour l'écosystème forestier. Ce qui semble rare et destructeur à l'échelle temporelle de la vie humaine est tonique pour

l'écosystème forestier dans un cadre temporel beaucoup plus large (Murphy, 2001a).

### **LES TECHNOLOGIES QUI TRANSFORMENT LES PERTURBATIONS DE LA NATURE EN DÉSASTRES**

Plusieurs comparaisons montrent que ce désastre a été la conséquence non intentionnelle des décisions. Du 27 au 30 décembre 1942, quelque 20 à 50 mm de pluie verglaçante tombèrent sur l'est ontarien et le sud-ouest québécois pendant une période de quatre jours. Il y eut également des vents assez puissants. L'étude principale de cet événement conclut que l'impact de la tempête aurait sans doute été plus grand n'eût été le fait que le charbon était encore utilisé comme combustible à cette époque (Milton et Bourque, 1999). La vulnérabilité à la pluie verglaçante prolongée n'avait pas encore été établie en 1942. En février 1961, de 30 à 40 mm de pluie verglaçante tombèrent sur la région de Montréal (Phillips, 1998). La région fut laissée sans courant pendant plusieurs jours, mais la ville n'était pas aussi dépendante de l'électricité en 1961 qu'elle ne le serait en 1998 (Milton et Bourque, 1999), donc la dislocation des infrastructures essentielles fut moindre.

Le Labrador est touché périodiquement par de longues périodes de pluie verglaçante, mais elles ne se transformèrent en désastres qu'après l'avènement des constructions modernes, telles que les projets méga-hydroélectriques de Churchill Falls et les longues lignes de haute tension vers le sud. Des pylônes et des lignes possédant une grande résistance au poids de la glace durent être construits, ce qui permit d'éviter en grande partie les pannes d'électricité (Commission, 1999). Il est donc technologiquement possible de diminuer notre vulnérabilité aux cycles de forte pluie verglaçante. Cela nécessite des connaissances précises de la fréquence et de la durée de la pluie verglaçante ainsi qu'une protection intégrée contre l'accumulation de la glace sur le réseau électrique. Étant donné que ce procédé est particulièrement onéreux, il n'est utilisé que pour les lignes de transmission de haute tension rentables.

En janvier 1998, dans le nord-est de l'Amérique du Nord, les infrastructures essentielles de la vie moderne étaient d'ores et déjà tributaires de l'électricité. Les lignes de transmission et de distribution provenant des générateurs hydroélectriques, des réacteurs nucléaires et des centrales à combustible fossile éloignés étaient devenues le filin de secours pour le chauffage, l'éclairage et l'énergie dans les foyers, les bureaux et les entreprises, tout au long d'un hiver sombre et glacial. L'agriculture intensive dépendait de l'électricité pour traire les vaches, pomper l'eau, évacuer le fumier des étables, etc. Le remplacement des sources décentralisées de chauffage, d'éclairage et d'énergie par un système d'approvisionnement éloigné et centralisé eut comme conséquence imprévue d'accroître la vulnérabilité à la pluie verglaçante et de fournir au verglas une cible de grande valeur sociale : les lignes de transmission et de distribution. Les gens furent peu affectés par la pluie verglaçante même. C'est au moment où le réseau électrique s'effondra sous le poids de la glace que le désastre commença, ce qui permit au froid et à la noirceur de s'emparer des édifices, laissant 700 000 personnes sans chauffage ni électricité pour plus de trois semaines, et entraîna le désastre le plus coûteux de l'histoire canadienne. Ces sociétés, en urbanisant et en concentrant la population dans un secteur propice aux tempêtes de verglas, en rendant les constructions sociales modernes dépendantes de l'électricité, en réalisant des projets méga-hydroélectriques dans les zones sauvages nordiques et en assortissant le tout de longues lignes de transmission vers le sud du Canada et vers les États-Unis et de lignes de distribution aériennes, firent des conditions météorologiques exceptionnelles un élément déterminant de leur existence. Les nouvelles technologies permirent aux forces de la nature d'affecter la société d'une manière que les anciennes technologies ne permettaient point (Murphy, 2001a, 2001b), contribuant ainsi à la création d'un désastre naturel.

La construction d'un réseau électrique hors terre rendit la croissance des arbres dangereuse, donna aux arbres glacés une surface précieuse à écraser, permit au vent de faire des ravages dans les infrastructures essentielles et procura à la foudre une cible idéale à frapper. L'installation de lignes électriques et de télécommunication souterraines aurait éliminé tous ces problèmes, mais ce procédé est onéreux. Les promoteurs immobiliers en Amérique du Nord choisirent les bas prix au détriment de la sécurité et de l'esthétique. Ils

construisirent des quartiers dotés de fils suspendus à des poteaux. Quelques quartiers riches où les propriétaires de maison pouvaient facilement assumer le coût additionnel font exception à cette règle. Hydro-Québec compte à elle seule 2,4 millions de poteaux enfoncés dans le sol à travers la province (Commission, 1999). Ce réseau électrique est particulièrement vulnérable aux cycles des tempêtes de verglas. Une telle vulnérabilité se trouve également liée à la préférence pour les maisons unifamiliales dans des quartiers à faible densité, ce qui entraîne un étalement urbain rendant le coût d'un réseau électrique souterrain particulièrement exorbitant.

Les communautés Amish du nord de l'État de New York ont rejeté les technologies modernes : ni électricité, ni machines à base de technologie. Ces communautés ne furent presque pas éprouvées par la pluie verglaçante intense et persistante de janvier 1998. Elles continuèrent d'utiliser le chauffage par poêle à bois dans leur maison et l'éclairage à la chandelle et à la lampe à pétrole, de pomper leur eau manuellement comme à l'habitude et de traire leurs vaches à la main comme elles l'ont toujours fait, elles se nourrissent de leurs conserves, etc. Elles furent touchées par la pluie verglaçante intense et prolongée, sans pour autant que cela n'engendre de désastre et de coût important (Larue, 1998). En tournant le dos à la technologie moderne, les Amish évitèrent un désastre causé par sa vulnérabilité aux pluies verglaçantes, rares mais de longue durée. L'exemple des Amish démontre que le désastre fut le résultat non pas de la pluie verglaçante même, mais plutôt de la vulnérabilité des infrastructures construites par la société moderne et dont elle était devenue dépendante. Un désastre ne survint que là où étaient employées des technologies à base d'électricité et sujettes à s'effondrer sous le poids de la glace. Une perturbation de la nature qui n'était pas désastreuse à l'origine engendra un désastre technologique à cause d'une vulnérabilité induite. Ce désastre dit naturel eut des conséquences catastrophiques en raison des décisions prises au sujet du type de société qui a été superposé aux forces de la nature. De telles décisions concernant le type de société et d'infrastructure déterminent si une perturbation de la nature se transformera en un dérangement ou en un désastre. Les désastres naturels sont des hybrides engendrés par la nature, mais d'origine humaine.

Il y a une leçon importante à tirer de cela, à savoir : si nos décisions déterminent le caractère désastreux d'une perturbation de la nature, des décisions prudentes et éclairées sont nécessaires si nous voulons atténuer plutôt qu'aggraver les répercussions d'une telle perturbation. Un désastre peut mener à une réflexion accrue, notamment par la transformation de ce qui constituait des conséquences non intentionnelles en un état de préparation intentionnel.

### UNE BRÈVE COMPARAISON DES INTERVENTIONS NATIONALES EN CAS DE DÉSASTRE

Des désastres antérieurs au Canada ont entraîné en 1988 l'adoption de la Loi sur les mesures d'urgence et de la Loi sur la protection civile et la création de Protection civile Canada pour se préparer aux situations d'urgence et les coordonner, qu'elles soient causées par des catastrophes naturelles, des maladies, des accidents technologiques, une guerre, des urgences internationales ou des états d'urgence. Ces lois ont été adoptées en partant du principe que la géographie, l'histoire et la constitution canadiennes rendent l'application d'une norme uniforme à peu près impossible. Le principe directeur veut que l'état de préparation et l'intervention soient amorcés par le plus bas niveau de gouvernement — la municipalité qui est en position de mieux déceler les risques locaux — ensuite aidée par la province, puis par le gouvernement fédéral si des ressources additionnelles sont requises. La municipalité doit maintenir un plan d'urgence et être prête à intervenir. La province fournit une coordination sous la forme de soutien de la gestion, de formation et de ressources en cas d'urgence. Il en résulte un cadre pour les programmes d'atténuation de l'impact et pour toute intervention face au désastre sans modifier le pouvoir fondamental des provinces d'assurer la santé et le bien-être de leur population, un sujet très controversé au Canada.

Alors que les mots diffèrent, la structure aux États-Unis est très similaire. La loi de secours en cas de désastre et de mesures d'urgence Robert T. Stafford de 1988 a donné à la *Federal Emergency Management Agency* (FEMA) le pouvoir de s'occuper de tous les désastres, qu'ils soient causés par l'humain ou par des sources naturelles. Elle met de l'avant, renforce et assiste financièrement



l'état de préparation, les mesures d'atténuation de l'impact et la capacité d'intervention et de rétablissement des gouvernements d'État et locaux. De plus, elle apporte une assistance financière directe aux citoyens pour les aider à se remettre du désastre (Lecomte *et al.*, 1998 ; voir aussi Sylves et Waugh, 1996).

La réaction face aux forces destructrices de la nature varie néanmoins selon des facteurs historiques et culturels. Les plus importants dommages de la tempête de verglas eurent lieu au Québec, mais aucun état d'urgence ne fut déclaré. L'état d'urgence fut déclaré dans plusieurs secteurs des États-Unis où les dommages étaient moins considérables. Le Québec n'a jamais déclaré l'état d'urgence pour aucun désastre (Commission, 1999). Il a plutôt procédé de façon ponctuelle, en prenant des décrets qui conféraient la responsabilité centrale de la gestion du désastre à une autorité politique particulière. La Commission d'enquête du Québec a constaté que la procédure à suivre en cas de désastre avait été mise de côté à cause de la façon dont l'appareil gouvernemental québécois fonctionne en temps normal, en particulier son caractère fortement centralisé (Commission, 1999).

Lors de la tempête de verglas de janvier 1998, le Président des États-Unis déclara zones sinistrées cinq comtés de l'État de New York, six dans le Vermont et tous les comtés du Maine et du New Hampshire, sauf la côte (Jones et Mulherin, 1998). Il mit à contribution le *Long-term Recovery Task Force* constitué de membres du cabinet provenant des départements de l'agriculture, du logement, de l'énergie, du commerce, etc. et présidé par le directeur de la FEMA. Lorsque le Président déclare une région sinistrée, cette déclaration autorise le gouvernement fédéral à prendre en charge une large proportion des coûts publics. Dès qu'une zone est déclarée sinistrée par le Président, le gouvernement fédéral apporte beaucoup de fonds et c'est, selon le coordonateur de la gestion des mesures d'urgence du Vermont, la meilleure façon d'aider les collectivités (Burlington Free Press, 1998). Ce mécanisme répartit le coût d'un désastre sur l'ensemble du pays afin que les localités touchées puissent résister et s'en remettre. Le sort des collectivités est dicté par la définition que le Président donne au phénomène de la nature. Le Président subit des pressions économiques et politiques de la part des régions affectées pour qu'il les déclare sinistrées avec, en contrepois, la

répugnance du reste de la société à payer des taxes. Le juste milieu est le suivant : les dommages causés par les petites forces habituelles de la nature sont entièrement pris en charge par la collectivité locale et l'État, tandis que la destruction provenant des forces rares et massives de la nature est en grande partie compensée par le gouvernement central. Cet équilibre laisse une large marge de manœuvre au Président dans son interprétation des manifestations de la nature. Entre 1989 et 1994, le Président des États-Unis a déclaré 291 zones sinistrées qui ont coûté 34 milliards de dollars au trésor. Un nombre considérable de désastres continue de se produire. En 1997, au moins 43 zones furent déclarées sinistrées par le Président aux États-Unis (New Hampshire, 1998). La déclaration des zones sinistrées n'est pas l'apanage d'un seul parti politique ou d'un président. Au cours de la période de 1989 à 1994, il y eut des déclarations par deux présidents de deux partis opposés.

#### **LA GESTION DES DÉSASTRES : INFORMER OU ALARMER LA POPULATION ?**

Le président de la section des catastrophes de l'Association internationale de sociologie a conclu de la réaction de la région d'Ottawa à la tempête de verglas que la décision de tenir une conférence de presse deux fois par jour était peut-être la meilleure prise dans les circonstances. Elle garantissait que la MROC (gouvernement régional d'Ottawa) serait non seulement accessible à ses résidents, mais serait perçue comme telle. Des études démontrent que le public peut accepter la vérité, mais qu'il ne tolère pas la confusion (Scanlon, 1998). Au Québec, le directeur général d'Hydro-Québec s'est joint au Premier ministre lors de conférences de presse télévisées quotidiennes pour informer le public de la façon dont la panne d'électricité était gérée et son chandail blanc à col roulé est devenu un des symboles de la tempête. Bien que l'on ait généralement chanté les louanges de leurs conférences de presse communes, le paradoxe réside dans le fait qu'ils n'ont pas réussi à atteindre les gens mêmes qui avaient le plus besoin d'information et d'être rassurés : ceux qui n'avaient pas d'électricité (Commission, 1999).

Le pire jour de la crise à Montréal, l'accumulation de verglas fit tomber les fils de transmission de deux usines de filtration des eaux,

couplant l'accès à l'eau à 1,5 million de personnes. La pression d'eau dans les tuyaux et dans les bouches d'incendie diminua rapidement, créant une situation dangereuse dans une région urbaine où de nombreux fils électriques sous tension étaient tombés et où de nombreuses génératrices nécessitant de l'eau comme agent de refroidissement pour ne pas surchauffer étaient utilisées. Le risque d'un incendie majeur de même que le risque d'une contamination de l'eau augmentaient d'heure en heure. Seuls le Premier ministre du Québec, le maire de Montréal et les hauts fonctionnaires d'Hydro-Québec étaient au courant de la gravité de la situation. Cette information importante fut délibérément dissimulée à la population (Scanlon, 1998) par peur d'alarmer les gens et pour les empêcher de se constituer des réserves d'eau dans leur baignoire, ce qui aurait réduit davantage la pression d'eau. La gravité de la situation incita les autorités à remplacer l'esprit d'ouverture par le secret dans leur gestion du désastre. Après sept heures de travail acharné, les électrotechniciens réussirent à rétablir le courant dans les usines de filtration des eaux. La ville eut de la chance, car aucun incendie majeur ou problème de contamination de l'eau ne survint entre-temps et il n'y eut pas de rumeurs invérifiables (l'un des problèmes majeurs de la gestion par le secret) qui se mirent à courir (Commission, 1999). La gravité de la situation ne fut révélée au public qu'une fois la situation bien en mains.

#### **UN RACHAT GRÂCE À LA PLUIE VERGLAÇANTE**

La belle réputation de l'armée canadienne au Canada et à l'étranger est en grande partie attribuable à sa contribution au maintien de la paix à travers le monde. Quelques années avant la tempête de verglas de 1998, par contre, cette réputation fut ternie par un vilain incident en Somalie où plusieurs militaires canadiens participant au maintien de la paix torturèrent et tuèrent un Somalien. Par la suite, des rituels d'initiation néo-nazis furent relevés dans une base militaire au Canada (Winslow 1997). Il y eut également des accusations contre certains soldats canadiens qui s'étaient mal comportés dans leur rôle de protecteurs de la paix en Bosnie.

Le déploiement des Forces canadiennes pour aider à maîtriser l'inondation de la rivière Rouge au Manitoba en 1997 aida à

réhabiliter leur réputation auprès de la population canadienne. La tempête de verglas de 1998 leur donna une autre occasion de se racheter. Le Premier ministre et son gouvernement sautèrent sur l'occasion en offrant une aide militaire à la télévision avant même que les Forces canadiennes en soient informées. Le gouvernement profita de la tempête de verglas pour donner une image plus attrayante des Forces canadiennes qui cessaient ainsi d'être des tortionnaires dans le désert de la Somalie et devenaient les sauveurs des Canadiens durant la tempête de verglas. Les soldats et les analystes militaires connaissaient très bien le potentiel de la tempête de verglas en matière de relations publiques. Une bonne partie des troupes envoyées pour venir en aide à la région d'Ottawa provenaient de la base militaire qui avait été critiquée. Non seulement les lignes de transmission devaient être restaurées, mais la réputation des Forces canadiennes devait l'être aussi.

#### LES LEÇONS TIRÉES ET LES LEÇONS NON TIRÉES

La *Federal Emergency Management Agency* (FEMA) cerna les raisons pour lesquelles l'électricité avait mieux tenu le coup dans certaines municipalités que dans d'autres : des lignes souterraines, de gros stocks de pièces, des programmes efficaces d'enlèvement des arbres, des lignes plus épaisses, des poteaux plus lourds et de plus courts intervalles. Ces raisons devinrent des recommandations. L'agence préconisa une plus grande redondance dans les édifices communautaires et les codes électriques (FEMA, 2000b). Elle recommanda également de financer un programme de recherche pour atténuer les pertes, recueillir des données durant les tempêtes et déterminer les intervalles de récurrence (FEMA, 2000b). Ces recommandations étaient similaires à celles de la Commission d'enquête du Québec (1999). Il est possible d'éviter des morts et parfois même des dommages aux propriétés si les forces de la nature sont bien perçues et si des mesures appropriées sont prises.

Les solutions techniques possibles peuvent toutefois s'avérer des problèmes économiques. Chacune des recommandations de la FEMA amène un coût additionnel. Certains risques de désastre peuvent se transformer en problèmes chroniques organisationnels, économiques et technologiques. Les problèmes chroniques, de par

leur définition, exigent un entretien plutôt qu'une solution, alors que la nécessité d'être vigilant et prudent devient elle-même une cause chronique de friction (Tenner, 1997). La société n'est pas toujours disposée ou apte à payer le coût lié à la protection et court ainsi des risques : il arrive habituellement après un désastre que tout le monde soit prêt à faire des rajustements pendant un certain temps en prévision du prochain incident. Toutefois, peu après, il y a trop de choses à faire chaque jour pour avoir le temps de s'adonner à la planification des mesures d'urgence (Scanlon, 1998). Il faudrait également des milliards pour rendre le réseau électrique de l'Amérique du Nord moins vulnérable à la pluie verglaçante. Vou-lant éviter le coût d'un développement durable, nous serions tentés de présumer, en nous basant sur des preuves insuffisantes (à l'instar d'Hydro-Québec), que la tempête de verglas de janvier 1998 constitue un événement qui ne se reproduira pas avant plusieurs centaines d'années (Commission, 1999). L'épreuve qu'a été cette tempête de verglas et le coût des moyens de défense pour l'avenir ont obscurci la fine ligne de démarcation entre ce que nous ne pouvons pas prévoir et ce que nous ne voulons pas prévoir.

### **L'IMPRÉVISIBLE**

La science météorologique a présumé qu'une tempête de verglas à grande échelle et prolongée était fortement improbable. Selon les enregistrements météorologiques remontant jusqu'à 1942 et la mémoire humaine, cela ne c'était jamais produit dans cette région (Phillips, 1998 ; Commission, 1999). Les experts américains en sont venus à la même conclusion : l'ampleur et la durée de la tempête n'ont pas été prévues (Region 1, 1998). Bien que des tempêtes de verglas majeures se produisent tous les vingt ans dans le nord-est de l'Amérique du Nord et que des tempêtes d'intensité moindre se produisent environ douze fois par année, le service de recherche d'Hydro-Ontario, qui disposait d'un budget de 66 millions de dollars par année et employait 450 scientifiques, ingénieurs et techniciens pour prévoir et résoudre les problèmes à l'avance, admit qu'il n'avait jamais imaginé ou simulé une tempête de verglas si grave, durant si longtemps et touchant une si grande région (Evenson, 1998).

Les hypothèses selon lesquelles une pluie verglaçante prolongée ne se produirait pas se révélèrent fausses. Les mesures de protection intégrées dans le réseau électrique en prévision d'une tempête de verglas d'une courte durée ou de durée moyenne s'avèrent insuffisantes lorsqu'une rare tempête de longue durée frappa. Le réseau électrique le mieux protégé dans l'histoire du nord-est de l'Amérique du Nord subit paradoxalement les pires dommages de son histoire en janvier 1998. Les défenses suscitérent une grande confiance dans un réseau qui était néanmoins vulnérable aux tempêtes de verglas intensives. Les mesures de protections supplémentaires déplacèrent le problème de la vulnérabilité, mais sans le faire disparaître dans l'ensemble.

Sur quoi sont basées les prévisions de sécurité ou de risque des experts ? Les perturbations extrêmes de la nature sont rares. Les données sur lesquelles des prévisions peuvent reposer n'existent pas (Jones et Mulherin, 1998 ; Milton et Bourque, 1999). Les climatologues (Milton et Bourque, 1999) affirment que la science ne permet pas actuellement des prévisions à moyen et à long termes de la fréquence, de la durée, de l'intensité ou de l'étendue de tels phénomènes météorologiques. La Commission d'enquête du Québec (Commission, 1999), s'appuyant sur les plus récentes connaissances professionnelles et techniques et autres connaissances spécialisées, admit qu'il n'y a aucune base de connaissances suffisantes permettant de prévoir une pluie verglaçante intense et prolongée et qu'un tel risque est imprévisible. Dans de telles conditions, l'évaluation du risque s'avère être plus spéculative que scientifique. La tempête de verglas aurait pu être encore pire si des vents violents avaient accru le stress sur les arbres et les lignes de transmission. Toutes les sociétés se dirigent vers le futur beaucoup plus aveuglément qu'elles n'osent l'admettre, surtout si elles déclenchent de nouvelles forces de la nature issues d'un changement dans l'environnement planétaire.

Liftin (1999) soutient que la question fondamentale est de savoir comment agir dans l'incertitude et non comment construire des modèles de prévisions exhaustifs. Or, prévoir est important lorsque c'est possible. Toutefois, l'imprévisibilité de certaines des forces les plus puissantes de la nature ne nous donne d'autre choix que d'agir dans l'incertitude. La prévisibilité varie selon les perturbations

particulières de la nature, mais il demeure une certaine dose d'incertitude dans tout désastre (Scanlon, 1998). Comment agir dans l'incertitude et affronter l'imprévisible ?

L'imprévisibilité des conditions météorologiques exceptionnelles ne conduit pas nécessairement au fatalisme et à l'inaction. Au contraire, elle a amené l'industrie des assurances en Amérique du Nord, qui se sent particulièrement menacée, à dire qu'il existe un besoin immédiat de réduire les risques : ce fait ajoute à l'urgence et à l'importance de la mise en œuvre de stratégies et de programmes utiles et efficaces d'atténuation des impacts (Lecomte *et al.*, 1998). La Commission d'enquête du Québec a avancé de façon similaire que l'épreuve de la tempête de verglas devrait mener à une augmentation de la marge de sécurité incluse dans les normes (Commission, 1999). Ces recommandations se sont ensuite heurtées au coût de leur application.

*Pour affronter l'imprévisible*, le titre du volume principal du rapport de la Commission scientifique et technique du Québec sur la tempête de verglas de janvier 1998, peut laisser perplexe, mais il s'agit de la situation contradictoire où se trouvent même les sociétés les plus avancées lorsqu'elles envahissent des domaines de la nature qui étaient restés vierges jusque là et manipulent ses forces de façons inédites. Il n'est pas suffisant d'ajouter les facteurs additionnels qui peuvent dorénavant être prévus. Il est plus important de reconnaître que la prochaine surprise de la nature révélera des facteurs additionnels inattendus et qu'il faut se réserver une marge d'erreur pour ces facteurs en s'attendant à l'imprévu, précisément à cause de la capacité autonome de la nature de nous surprendre, capacité démontrée par la tempête de verglas et dont nous avons fait l'expérience, sinon les frais. Il faut, à cet effet, reconnaître l'imprévisibilité et en tenir compte dans l'évaluation des risques, plutôt que de foncer aveuglément à toute vitesse comme si la société affrontait uniquement le prévisible.

## CONCLUSION

Le verglas intense et persistant qui revêtit toutes les surfaces dans le nord-est de l'Amérique du Nord en janvier 1998 d'une couche de glace épaisse, lourde et dure semblait être un désastre naturel. Il

existe cependant des raisons convaincantes de croire que ce n'est là qu'une simplification excessive. Cette perturbation périodique de la nature s'est transformée en désastre technologique à cause de la décision qui avait été prise de doter cette région d'infrastructures vulnérables et d'en rendre la société dépendante. Les caractéristiques mêmes qui ont rendu la technologie et l'organisation si efficaces dans les conditions météorologiques normales les ont laissées vulnérables dans les conditions météorologiques exceptionnelles. Les sociétés modernes du Canada et des États-Unis ont par mégarde fait naître une vulnérabilité et un risque qui n'auraient pas autrement existé. Même si la société moderne a ses forces, en particulier sa capacité de réduire le taux de mortalité lors de nombreuses perturbations de la nature (Zebrowski, 1997), elle a également ses propres vulnérabilités. Il serait naïf et dangereux de ne voir que ses forces et de ne pas reconnaître ses faiblesses. Il faut en être conscient pour réduire la vulnérabilité de la société aux désastres. Les dommages qu'occasionneront les conditions météorologiques exceptionnelles à l'avenir seront déterminés par les décisions prises concernant le type d'infrastructure et de société à construire.

Le Canada et les États-Unis procèdent tous deux par voie ascendante dans la gestion des catastrophes, car leur intervention est amorcée par le plus bas niveau de gouvernement et monte vers les autres au fur et à mesure que la catastrophe prend de l'ampleur. Il y eut néanmoins des différences entre les deux pays. Les forces de la nature produisirent la pluie verglaçante, la technologie lui donna son caractère sécuritaire ou désastreux et les facteurs historiques et culturels décidèrent de la façon de gérer le désastre. Cette étude de la tempête de verglas a trouvé des raisons à croire que plus la situation est grave, plus les autorités sont tentées de remplacer la transparence par le secret dans leur gestion du désastre. Même un désastre est utilisé à des fins politiques. Le grand défi pour la mitigation des désastres s'avère la préparation pour l'imprévisible.



## BIBLIOGRAPHIE

- BECK, U. (1992), *Risk Society*, London, Sage.
- BECK, U. (1993). « De la société industrielle à la société à risques », *Revue suisse de sociologie*, vol. 19, p. 311-337.
- Burlington Free Press*, April 24, (1998). 1A, 4A, « FEMA sends \$3M in ice storm relief », Burlington, Vermont.
- COMMISSION SCIENTIFIQUE ET TECHNIQUE CHARGÉE D'ANALYSER LES ÉVÉNEMENTS RELATIFS À LA TEMPÊTE DE VERGLAS SURVENUE DU 5 AU 9 JANVIER 1998 (1999). *Pour affronter l'imprévisible*, Québec, Les publications du Québec.
- DARBY, P. (1998). *Economic Impact of the 1998 Ice Storm*, Ottawa, The conference Board of Canada.
- DAVIS, M. (1998). *Ecology of Fear*, New York, Metropolitan.
- DENIS, H. (1998). *Comprendre et gérer les risques sociotechnologiques majeurs*, Montréal, Éditions de l'École polytechnique de Montréal.
- ENVIRONMENT CANADA (1998). *Ice Storm '98 : the Meteorological Event*, prepared for Avon Re Worldwide, Ottawa, Environment Canada.
- ENVIRONMENT CANADA (1999). *Ice Storm '98*, Ottawa, Environment Canada.
- ETKIN, D. (1999) « Risk Transference and Related Trends », *Environmental Hazards*, vol. 1, p. 69-75.
- EVENSON, B. (1998). « Hydro Workers Get Charge out of "Torture" Chamber, *Ottawa Citizen*, January, p. A1, A3.
- FEDERAL EMERGENCY MANAGEMENT AGENCY (2000a). *January 1998 New York Ice Storm, Region II : « Ice storm overview »*. <http://www.fema.gov/reg-ii/1998/nyice2.htm>, 20/01/00.
- FEDERAL EMERGENCY MANAGEMENT AGENCY (2000b). *January 1998 New York Ice Storm, Region II : « Mitigation Issues & Potential Solutions »*. <http://www.fema.gov/reg-ii/1998/nyice4.htm>, 20/01/00.
- GENDRON, C. et J.-G. VAILLANCOURT (sous la direction de) (2001). *Mouvements sociaux, démocratie, et environnement*, Montréal, Fides-PUM.

- Ice Storm '98 : When Maine Froze Over* (1998).
- INSURANCE BUREAU OF CANADA (1998). *Eastern Ontario Ice Storm - January 1998 - Insurance Coverage*, Toronto.
- INTERAGENCY HAZARD MITIGATION TEAM (1998). *Strategy Report*, FEMA DR-1201, Vermont, April.
- INTERGOVERNMENTAL PANEL ON CLIMATE CHANGE (1996). *Climate Change 1995*, Cambridge, Cambridge University Press.
- JONES, K. et N. MULHERIN (1998). *An Evaluation of the Severity of the January 1998 Ice Storm in Northern New England*, New Hampshire, U.S. Army Cold Regions Research and Engineering Laboratory.
- LARUE, R. (1998). *1998 Ice Storm Almanac*, Syracuse, Peerless Press.
- LATOUR, B. (1991). *Nous n'avons jamais été modernes*, Paris, La découverte.
- LATOUR, B. (1999). *Politiques de la nature*, Paris, La découverte.
- LECOMTE, E, A. PANG et J. RUSSELL (1998). *Ice Storm '98*, Boston and Toronto, Institute for Catastrophic Loss Reduction and Institute for Business and Home Safety.
- LIFTIN, K. (1999). « Environmental Remote Sensing, Global Governance, and the Territorial State », in M. Hewson and T. Sinclair (eds.), *Approaches to Global governance Theory*, Albany, SUNY Press.
- MILTON, J. et A. BOURQUE (1999). « A Climatological Account of the January 1998 Ice Storm in Quebec », *Scientific Report*, Atmospheric Sciences and environmental Issues Division, Environment Canada, Quebec Region.
- MITCHELL, J.K. (1999). *Crucibles of Hazard : Mega-cities and Disasters in Transition*, Tokyo, United Nations University Press.
- MURPHY, R. (2001a). « La durée d'une catastrophe : une analyse sociologique d'une tempête de verglas », in C. Gendron et J-G Vaillancourt (sous la direction de), *Mouvements sociaux, démocratie et environnement*, Montréal, Fides-PUM.
- MURPHY, R. (2001b). « Nature's Temporalities and the Manufacture of Vulnerability », *Time and Society*, vol. 10, p. 349-368.

- MURPHY, R. (1994). *Rationality and Nature*, Boulder, Westview.
- MURPHY, R. (1997). *Sociology and Nature*, Boulder, Westview.
- MURPHY, R. (1999). « Unperceived Risk : the Great 1998 Ice Storm in Northeastern North America », *Advances in Human Ecology*, vol. 8, p. 99-123.
- NATIONAL CLIMATIC DATA CENTER (1998). « The El Niño Winter of 97-98 », *Technical Report*, 98-02.
- NEW HAMPSHIRE (1998). *Interagency Hazard Mitigation Strategy Report*, FEMA, DR-1199-NH.
- PHILLIPS, D. (1998). *Blame it on the Weather*, Toronto, Key Porter.
- REGION I (1998). *Interagency Hazard Mitigation Team Report*, January 1998 Ice Storm, State of Maine, FEMA DR-1198-ME.
- SCANLON, J. (1998). *Ottawa-Carleton and the 1998 Ice Storm*, Ottawa, Project Ice 1998.
- STATISTICS CANADA (1998). *The St. Lawrence River Valley 1998 Ice Storm*, Ottawa, Statistics Canada.
- SYLVES, R. et W. WAUGH (1996). *Disaster Management in the U.S. and Canada : the Politics, Policymaking, Administration and Analysis of Emergency Management*, Second edition, Springfield, Ill., Charles C. Thomas Publisher Ltd.
- TENNER, E. (1997). *Why Things Bite Back : Technology and the Revenge of Unintended Consequences*, New York, Vintage.
- THE PRESIDENT'S LONG-TERM RECOVERY TASK FORCE (October 1998). *A Call for Collaboration : Final Report on the January 1998 Ice Storm*.
- UNITED NATIONS ENVIRONMENT PROGRAMME (1999). *Global Environment Outlook 2000*, London, Earthscan.
- USDA FOREST SERVICE (1998). *Ice Storm 1998 : Cooperating for Forest Recovery*, Status Report, Northeastern Area State & Private Forestry, November.

- VAILLANCOURT, J.-G. et C. GENDRON (sous la direction de) (1998). *L'énergie au Québec*, Montréal, Éditions Écosociété.
- WIJLMAN, A. et L. TIMBERLAKE (1984). *Natural Disasters : Acts of God or Acts of Man ?* London, Earthscan.
- WINSLOW, D. (1997). *The Canadian Airborne Regiment in Somalia : a Socio-cultural Inquiry*, Ottawa, Canadian Government Publishing.
- WORSTER, D. (1993). *The Wealth of Nature : Environmental History and the Ecological Imagination*, New York, Oxford University Press.
- WORSTER, D. (1994). *Nature's Economy*, Second Edition, Cambridge, Cambridge University Press.
- WYNNE, B. (1992). « Uncertainty and Environmental Learning », *Global Environmental Change*, vol. 2, n° 2, p. 111-127.
- ZEBROWSKI, E. Jr. (1997). *Perils of a Restless Planet*, Cambridge, Cambridge University Press.

# ÉVALUATION DE L'EXÉCUTION ACTUELLE DES RECOMMANDATIONS FORMULÉES D'APRÈS LE DÉLUGE DU SAGUENAY DE JUILLET 1996

Daniel PARENT  
Thierry C. PAUCHANT

## INTRODUCTION

Les pluies diluviennes et les inondations qui ont ravagé les régions du Saguenay, du Lac-Saint-Jean et d'autres en juillet 1996 sont parmi les plus dévastatrices à avoir frappé le Québec aux cours des dernières années (Proulx, 1998). Vu l'ampleur de ce sinistre, le gouvernement du Québec a décidé d'étudier en détail ses causes et de tirer de son expérience des occasions d'apprentissage et de changement. Pour ce faire, le gouvernement du Québec a demandé à monsieur Roger Nicolet de présider la Commission scientifique et technique sur la gestion des barrages (Nicolet, Roy, Ares, Dufour, Marinier et Morin, 1997) ainsi qu'à monsieur Pierre Cazalis de présider une étude sur la gestion administrative de ce sinistre en général (Cazalis, Ouellet et Pauchant, 1997). Ces deux études ont proposé un total de 109 recommandations de changement au printemps 1997. Malheureusement, aucune modalité ne fut établie afin d'évaluer l'exécution de ces recommandations après une certaine période de temps. Ceci est le but de cet article.

Afin de conduire cette évaluation, nous avons synthétisé les 109 recommandations en trente-quatre et nous les avons regroupées en cinq catégories générales. Ces catégories regroupent les actions concrètes développées pour la prévention et la gestion des sinistres et des crises et touchent des domaines d'activités qui sont à la fois différents et complémentaires (Pauchant et Mitroff, 1995), soit : 1) les changements réglementaires et légaux ; 2) l'utilisation de nouvelles technologies et infrastructures ; 3) la gestion de l'information et des communications ; 4) les orientations stratégiques des organisations et leurs relations avec d'autres organisations et leur environnement ; 5) les changements touchant le tissu psychosocial des

personnes, des organisations et de la société. Après avoir constitué cette grille d'analyse, nous l'avons soumise à onze personnes qui connaissent bien le dossier du déluge du Saguenay ainsi que les changements effectués ou non encore effectués depuis ce sinistre<sup>1</sup>. Durant nos entrevues avec ces personnes, nous leur avons demandé : 1) d'évaluer l'état de l'exécution des trente-quatre recommandations ; 2) de suggérer les principaux blocages qui, d'après eux, expliquent le manque de mise en œuvre de certaines recommandations ; 3) de proposer des stratégies de déblocage. Nous reprenons dans cet article cette structure en présentant une par une chacune des cinq catégories de recommandations. De plus, toutes ces personnes, appelées ci-dessous les « répondants », ont eu l'occasion d'offrir des commentaires sur une version préliminaire de ce texte. Les conclusions émises, cependant, n'engagent que nous.

#### CHANGEMENTS RÉGLEMENTAIRES ET LÉGAUX

Deux projets de loi sont actuellement en cours de révision par le gouvernement : la Loi de la protection des personnes et des biens en cas de sinistre et la Loi sur le régime des eaux. Le projet de loi 173 intitulé Loi sur la sécurité civile a franchi l'étape de la consultation publique en février dernier et semble se diriger vers une adoption probable au cours de l'automne. La Loi sur le régime des eaux a aussi franchi une étape importante lorsque le Bureau d'audiences publiques sur l'environnement a déposé, en mai 2000, un volumineux rapport devant orienter la future politique de gestion de l'eau au Québec. Aussi, les recommandations visant la création d'une autorité responsable de la sécurité des barrages et l'adoption d'une législation particulière pour les digues et les barrages orphelins ont été précisées lors du dépôt du projet de la Loi sur la sécurité des ouvrages de retenue des eaux. Il fut déterminé que le MEF garderait la responsabilité de l'application de la loi. Cependant, la recommandation qui consiste à renforcer la législation reliée à l'aménagement du territoire n'a pas progressé de façon très significative depuis juillet 1996 à cause, notamment, de l'incertitude provoquée par la restructuration municipale actuelle. Les répondants estiment de plus que l'abandon du programme de cartographie des zones inondables par les deux paliers de gouvernement et le manque de précision de

certaines parties de la Loi sur l'aménagement et l'urbanisme sont en partie responsables de cette situation.

Les répondants ont invoqué différentes raisons qui expliquent en partie certains délais relatifs au dépôt de ces différentes lois. Par exemple, les fréquents changements de ministre au ministère de la Sécurité publique, les nombreux changements de personnel dans des postes clés en sécurité civile, la volonté d'atteindre le déficit zéro, les nombreuses compressions budgétaires, les répercussions de la tempête de verglas, etc. D'autres répondants ont aussi invoqué le degré de complexité des dossiers à traiter. Par exemple, pour ce qui est de la révision de la Loi sur le régime des eaux, s'ils considèrent que ce qui a été proposé jusqu'à présent est en principe accepté, le nombre considérable d'intervenants impliqués et le fait que la problématique se soit élargie au captage des eaux souterraines sont venus complexifier le dossier. Selon eux, aussi bien le MEF que le ministère des Ressources naturelles (MRN) ne sont pressés d'en arriver à une politique définitive.

Trois stratégies de déblocage ont été suggérées par les répondants comme pouvant potentiellement faire avancer les dossiers.

- En premier, de nombreux répondants pensent que l'exécution factuelle de changement passe par l'intégration véritable des considérations d'aménagement du territoire à celles de sécurité civile, faisant de cet aménagement un instrument important de prévention et d'atténuation.
- En second, des répondants considèrent que l'établissement d'une vision intégrée de la problématique de la gestion des ressources hydroliques permettrait l'actualisation de changements majeurs.
- Enfin, la majorité des répondants sont d'avis que les travaux de la Commission sur la tempête du verglas ont permis d'amorcer un débat sur le rôle et les moyens qui doivent être mis en place, par le Gouvernement du Québec, afin d'assurer la sécurité des citoyens. Ces répondants sont d'avis qu'à la suite de la tempête du verglas, la population semble un peu plus exigeante face aux décideurs qu'elle ne l'a été après les inondations du Saguenay.

Certains suggèrent que l'effet cumulatif de ces sinistres, dans différents domaines, va permettre à la population en général de mieux se rendre compte que l'usage de la haute technologie est aussi porteur de problèmes, nécessitant des changements de mentalités et de politiques générales.

### **UTILISATION DE NOUVELLES TECHNOLOGIES ET INFRASTRUCTURES**

La recommandation visant à localiser les centres de coordination suivant les vulnérabilités locales et celle visant à déterminer dans des municipalités des immeubles pouvant servir à des fins de sécurité civile n'ont pas tellement progressé, à l'exception des changements réalisés au centre de coordination provincial. De plus, dans les quelque 1 400 municipalités du Québec, certains progrès ont été accomplis, surtout dans les municipalités de taille moyenne et dans la région de Montréal. La recommandation qui suggère d'établir au Québec, à l'aide de la géomatique, une cartographie des zones homogènes de vulnérabilité a progressé sensiblement à la Sécurité civile à la suite des inondations du Saguenay. Quelques expériences ont été réalisées, entre autres pour le risque de panne électrique lors de la crise du verglas. Enfin, la recommandation portant sur l'inspection des systèmes d'évacuation des ouvrages de retenue des eaux est incluse dans la Loi sur la sécurité des ouvrages de retenue des eaux.

Plusieurs stratégies de déblocage furent proposées.

- Pour les répondants, une stratégie de déblocage serait d'utiliser des infrastructures déjà existantes en les modifiant pour des fins de sécurité civile, diminuant ainsi considérablement les coûts d'investissement. L'approche préconisée par la Sécurité civile consiste à localiser des endroits ou des sites existants qui s'adaptent facilement ou qui sont déjà dotés de services indispensables, comme un centre de congrès ou un grand hôtel, plutôt que de bâtir des centres dans des sites prédéterminés.
- Cependant, de façon générale, les répondants estiment qu'au Québec, l'utilisation des nouvelles technologies à des fins de



sécurité civile reste à l'état embryonnaire. Seules quelques expériences en géomatique ont été réalisées. De nombreux répondants suggèrent que le développement de ces technologies demande la collaboration de partenaires multiples.

## GESTION DE L'INFORMATION ET DES COMMUNICATIONS

Les trois premières recommandations de cette catégorie n'ont presque pas eu d'écho depuis le déluge du Saguenay. La première recommandation, qui vise la mise sur pied au Québec d'un service central d'alerte et de traitement de l'information, malgré quelques efforts louables, tarde toujours à se mettre en place. L'utilisation des données météorologiques cumulées à des fins de sécurité civile n'a pas connu beaucoup plus de développement. Un répondant a constaté qu'il manque actuellement un système qui permettrait de collecter et d'utiliser ces données à des fins de sécurité civile. Enfin, le projet de développer un réseau intégré de moyens et de services d'urgence en télécommunication n'a pas progressé, malgré l'intérêt qu'on lui avait porté à la suite des inondations du Saguenay. Différemment, trois autres recommandations ont été réalisées en majeure partie, soit celle de la nécessité d'inviter au sein des centres de coordination les partenaires essentiels pour chaque type de sinistre, celle d'instaurer en période de crise des conférences quotidiennes de coordination et d'information, et celle de disposer de centres de presse et de communication. Cependant, la recommandation ayant trait à la nécessité de développer des moyens afin de communiquer d'une manière efficace avec les citoyens n'a pas non plus progressé. Ce manque d'actualisation s'explique par le fait qu'il est habituellement difficile de communiquer avec des populations sinistrées et souvent isolées. D'un autre côté, la recommandation qui suggère de traiter la phase de rétablissement avec le même sérieux que les autres phases semble avoir été comprise. Cependant, un des points en litige porte encore sur le processus d'indemnisation financière. Si certains répondants sont ouverts à l'utilisation de décrets par le gouvernement, suivant la spécificité de chaque sinistre, d'autres dénoncent le caractère pervers de telles mesures. Enfin, la recommandation qui consiste à dresser et tenir à jour un répertoire complet des ouvrages de retenue des eaux était une condition préalable à l'adoption de la Loi sur la sécurité des ouvrages de

retenue des eaux. Cet inventaire a été réalisé par le MEF, au coût de 2,8 millions de dollars, et on attend les résultats du règlement relatif à l'application de la loi pour évaluer le sérieux du suivi de cet inventaire.

Plusieurs stratégies de déblocage ont été suggérées par les répondants afin d'accroître l'actualisation des recommandations dans cette catégorie d'intervention.

- Afin de développer davantage les liens de collaboration entre les intervenants et les partenaires, des répondants suggèrent de développer les possibilités d'échange entre ces groupes. Pour y parvenir, certains proposent d'utiliser différents mécanismes comme l'accroissement de la formation dans le domaine, l'ajout de plusieurs ministères et partenaires au sein du Comité de sécurité civile du Québec, l'organisation de simulations d'urgence engageant divers intervenants et partenaires et, finalement, la mise à contribution des conférences administratives régionales (CAR) existant dans les dix-sept régions administratives du Québec.
- Cette collaboration est aussi primordiale pour assurer la communication avec les citoyens. De nombreux répondants proposent que la responsabilité de cette communication n'incombe pas seulement aux organisations publiques et qu'elle requiert, de plus, la collaboration de multiples partenaires tels les chaînes de télévision, les radios communautaires ou autres, l'organisation de visites personnelles, la possibilité de produire et de distribuer des brochures, etc.
- Concernant le développement d'un système de télécommunication indépendant du système traditionnel, les répondants notent que la mise en place d'un tel réseau nécessitera l'engagement politique du gouvernement, considérant les sommes d'argent substantielles qui devront y être consacrées.
- Enfin, plusieurs répondants attendent l'adoption du projet de loi sur la sécurité civile afin de voir comment sera relancé le développement d'un processus permanent d'alerte et de mobilisation.

## **ORIENTATIONS STRATÉGIQUES DES ORGANISATIONS ET LEURS RELATIONS AVEC D'AUTRES ORGANISATIONS ET LEUR ENVIRONNEMENT**

La volonté d'organiser les efforts de sécurité civile selon les vulnérabilités locales et régionales potentielles a peu progressé depuis les inondations du Saguenay. Des expériences concluantes ont pourtant été réalisées dans des cas isolés, comme par exemple à Bécancour, avec le risque nucléaire ; dans la Beauce, pour le risque d'inondation ou à Asbestos, pour le risque technologique. Les répondants ont noté que connaître ces vulnérabilités locales est fort complexe, car ces connaissances découlent elles-mêmes de connaissances préalables du territoire, des ressources disponibles et des risques potentiels, présents et futurs. De même, le fonds d'indemnisation des victimes en cas de sinistre n'est pas encore en place actuellement. Ce fonds fait partie du contenu de la réforme de la Loi sur la protection des personnes et des biens en cas de sinistre et nécessite un engagement financier du gouvernement. Les mêmes préoccupations financières concernent le renforcement des moyens de la Sécurité civile au Québec. La recommandation visant à regrouper les efforts de sécurité civile à des niveaux plus régionaux, comme les municipalités régionales de comté (MRC), les communautés urbaines (CU), les zones homogènes de risque, les zones industrielles, les bassins versants ainsi que celle portant sur le développement de plans d'urgence à ces niveaux régionaux, ont fait quelques progrès, surtout en ce qui concerne les comités de bassins versants. La perspective d'avoir 99 interlocuteurs, soit 96 MRC et trois CU, au lieu de 1 400 municipalités, se heurte à de nombreux problèmes politiques et culturels, tant au niveau des municipalités qu'à celui du gouvernement. La recommandation qui vise à prévoir pour chaque poste un titulaire et deux substituts a cependant progressé sensiblement au niveau des institutions gouvernementales, mais son application est encore fort inégale au niveau des municipalités. Aussi, certains progrès ont été constatés à propos de la nomination d'organisations habilitées à recueillir et à distribuer les dons en argent et en nature ainsi que l'élaboration d'ententes types entre les divers intervenants. Enfin, la recommandation portant sur la création des « comités de bassin » est à l'essai présentement, à la suite de la création de quelques comités. Des répondants considèrent que ces expériences pilotes se déroulent correctement, entre autres le comité

de bassin de la rivière Chaudière ou celui du réservoir Kénogami, et que ces différents exemples devraient entraîner la création d'autres comités à travers le Québec.

D'après les répondants, plusieurs stratégies de déblocage pourraient être utilisées afin de faire avancer l'actualisation de ces recommandations.

- L'organisation de l'effort de sécurité civile selon les vulnérabilités locales et régionales potentielles devrait transparaître d'avantage dans la nouvelle législation en matière de sécurité civile.
- D'autres répondants proposent de s'inspirer de systèmes qui ont fait leurs preuves dans d'autres pays. Par exemple, la France a réussi à créer un fonds spécial de sécurité civile pour l'indemnisation des sinistrés ainsi que pour le financement d'activités de prévention, de formation et de recherche dans le domaine de la sécurité civile. Ces investissements sont rendus possibles grâce à une contribution de 9 % prélevée sur les contrats d'assurances.
- Enfin, des répondants proposent de combiner les philosophies de centralisation et de décentralisation au lieu de favoriser une seule tendance au détriment de l'autre. Ceci est particulièrement important pour le regroupement des municipalités afin d'optimiser les efforts en sécurité civile.

#### **CHANGEMENTS TOUCHANT LE TISSU PSYCHOSOCIAL DES PERSONNES, DES ORGANISATIONS ET DE LA SOCIÉTÉ**

Les trois premières recommandations de cette catégorie, considérées comme fondamentales par la majorité des répondants, ont été très peu développées depuis le déluge : qu'il s'agisse d'instituer un débat public sur la place que devrait prendre la sécurité civile dans la société, la nécessité de développer une véritable « culture de sécurité civile » dans la population en général ou celle d'informer et d'éduquer régulièrement la population sur les risques potentiels de son environnement, les répondants ont tous convenu que davantage

de ressources et d'efforts devraient être consentis à ce plan. Les deux recommandations qui portent sur la nécessité de réévaluer les orientations, les contenus et la pédagogie des programmes actuels de formation en sécurité civile et d'établir le profil de compétence des conseillers en sécurité civile n'ont pas non plus tellement évolué depuis les inondations du Saguenay. Certains répondants suggèrent de revoir les programmes de formation afin qu'ils répondent davantage aux besoins des intervenants, d'accroître leur flexibilité et leur modalité d'accès, d'étudier les stratégies de financement de ces programmes et d'implanter des modalités afin d'augmenter le nombre de formateurs. Enfin, la recommandation qui vise à appuyer les projets de recherche et de développement dans le domaine de la sécurité civile a très peu progressé.

Les répondants ont suggéré plusieurs stratégies de déblocage afin de faciliter l'application de ces recommandations.

- Pour eux, instituer une véritable « culture de sécurité civile » qui favorise la sensibilisation et l'éducation de la population sur les risques potentiels n'est possible que par l'entremise d'un processus graduel et continu. Ce qui nécessite une responsabilisation et une sensibilisation de tous, tant au niveau des instances gouvernementales et municipales que des divers organismes publics ou privés et de la population en général. Plusieurs répondants suggèrent de profiter des retours d'expérience sur les sinistres vécus ou les « quasi-sinistres » dans le but d'introduire le débat sur la place publique.
- D'autres suggèrent de mettre en place une approche sociétale, semblable à celle développée par la Régie de l'assurance automobile du Québec pour l'alcool au volant ou les programmes de prévention des incendies. Le but poursuivi est de sensibiliser davantage les citoyens et de s'assurer que les municipalités contribuent à promouvoir cette culture de sécurité civile.
- Des répondants ont aussi insisté sur la nécessité d'introduire les problématiques de sécurité civile dans les programmes d'enseignement au primaire, au secondaire, dans les cégeps et les universités, ce qui demanderait la production d'un matériel didactique approprié et le recrutement de formateurs compétents.

Quelques tentatives louables de sensibilisation ont été réalisées auprès des enfants d'âge scolaire, soit par la mise sur pied d'un site Internet qui leur est dédié et par quelques projets spéciaux dans les écoles.

- D'autres répondants enfin souhaitent la création au Québec d'un organisme de recherche dédié à la gestion des sinistres et des crises et dont le rôle serait de devenir un « centre traditionnel et virtuel » pour la recherche, le développement et la formation en sécurité civile et ceci, en coopération avec les nombreux organismes, organisations et institutions qui œuvrent déjà dans le domaine, au Québec, au Canada et à l'étranger.

## CONCLUSION

Cette évaluation de l'exécution actuelle des recommandations proposées à la suite du déluge du Saguenay nous a permis de tirer plusieurs enseignements.

- Premièrement, force est de constater que plusieurs recommandations sont encore restées lettre morte malgré l'ampleur du désastre et ses conséquences néfastes sur les personnes et les biens.
- Deuxièmement, il est clair que la majorité des changements effectués à ce jour concernent les domaines légaux, technologiques et de communication et que les domaines stratégiques et socioculturels sont encore délaissés. Cette tendance de mettre la priorité sur des considérations technocratiques et technologiques, avant de traiter les problématiques stratégiques de fond et les dimensions socioculturelles cruciales mais plus diffuses, est malheureusement commune (Denis, 1998 ; Guindon, Pauchant, Doré et Therrien, 1998 ; Pauchant, Lamarche, Awad, Perron et Collette, 1998 ; Pauchant et Mitroff, 1995 ; Cazalis et Pauchant, 1998).
- Enfin et troisièmement, cette évaluation, faite plus de cinq ans après l'avènement du sinistre, démontre de façon non ambiguë que les problématiques de sécurité civile et de viabilité écolo-

gique ne sont pas encore prises au sérieux dans nos sociétés dites « avancées ». Ce dénigrement relatif de ces problématiques est particulièrement dangereux considérant l'accroissement actuel des risques dits « techno-naturels », sans parler des risques induits par le terrorisme exemplifiés par la tragédie du World Trade Center.

La nécessité de prendre au sérieux la croissance des risques technonaturels est, en dernière analyse, une responsabilité *éthique*. Cette responsabilité répond à une question de fond : Va-t-on devoir attendre que de plus en plus de personnes souffrent de sinistres majeurs, comme ceux que nous avons vécus lors du déluge du Saguenay ou de la tempête de verglas, avant de développer au pays une véritable culture et une véritable expertise en sécurité civile ? Nous pensons que le développement de nouvelles théories, approches et technologies dans le domaine est véritablement une nécessité éthique qui sera l'un des enjeux majeurs dans nos sociétés démocratiques du XXI<sup>e</sup> siècle. Nous pensons, de plus, qu'un pays qui développera du personnel, des gestionnaires, des pratiques et des technologies efficaces dans le domaine développera un avantage compétitif recherché dans le monde. Cet avantage n'aura pas seulement des conséquences positives pour l'accroissement d'une valeur ajoutée économique et pour la création d'emplois nouveaux ; il contribuera aussi à sauver des vies et à assurer une meilleure sécurité collective et une viabilité écologique de nos démocraties.

## NOTE

- 1 Il s'agit de messieurs Roger Nicolet, Jules Dufour et Gilles Marinnier, respectivement président et commissaires de l'étude technologique ; messieurs Pierre Cazalis et Thierry Pauchant, respectivement président et coauteur de l'étude administrative ; messieurs Jacques Brouillette, Pierre Martel, Jean Morneau et madame Lise Asselin, du ministère de la Sécurité publique, Direction de la sécurité civile ; monsieur Jean-Bernard Guindon, directeur du Centre de la sécurité civile de la Communauté urbaine de Montréal ; et monsieur Pierre Charrette, de Bell Canada.

## BIBLIOGRAPHIE

- BECK, U. (1992). *Risk Society. Towards a new Modernity*, Beverly Hills, Sage Publications.
- CAZALIS, P., A. OUELLET et T.C. PAUCHANT (1997). *Évaluation de l'intervention de l'organisation de Sécurité civile du Québec lors des inondations du Saguenay en juillet 1996*, Québec, Publications du Gouvernement du Québec.
- CAZALIS, P. et T.C. PAUCHANT (1998). « Leçons stratégiques pour la gestion de la sécurité civile », in M.-U. Proulx (sous la dir. de), *Une région dans la turbulence*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, p. 153-170.
- CONSEIL POUR LA PRÉVENTION ET LA GESTION DES SINISTRES ET DES CRISES (CPGSC) (1998). *Les apprentissages stratégiques à tirer du déluge du Saguenay et de la tempête de verglas*, mémoire présenté le 15 septembre 1998 à la Commission scientifique et technique chargée d'analyser les événements relatifs à la tempête de verglas survenue du 5 au 9 janvier 1998.
- DENIS, H. (1998). *Comprendre et gérer les risques sociotechnologiques majeurs*, Montréal, Éditions de l'École polytechnique de Montréal.
- DUFOUR, J. (1998). « Les catastrophes naturelles exogènes et l'effet de serre », in M.-U. Proulx (sous la dir. de), *Une région dans la turbulence*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, p. 197-206.
- GUINDON, J.B., T.C. PAUCHANT, M. DORÉ et M.-C. THERRIEN (1998). *Évaluation des mesures administratives prises par la Communauté urbaine de Montréal durant la tempête du verglas de janvier 1998*, Centre de sécurité civile de la Communauté urbaine de Montréal.
- MCKIBBEN, B. (1998). « A Special Moment in History », *The Atlantic Monthly*, May, p. 55-78.
- NICOLET, R., L. ROY, R. ARES, J. DUFOUR, G. MARINIER et G. MORIN (1997). *Commission scientifique et technique sur la gestion des barrages*, Québec, Publications du Gouvernement du Québec.
- PAUCHANT, T.C. et I.I. MITROFF (1995). *La gestion des crises et des paradoxes. Prévenir les effets destructeurs de nos organisations*, Éditions Québec-Amérique, collection Presses HEC.



- PAUCHANT, T.C., C. LAMARCHE, A.A. AWAD, A.L. PERRON et S. COLLETTE (1998). *Le réseau de la santé et des services sociaux de la Montérégie, ses partenaires et les citoyens face à la tempête du verglas de l'hiver 1998 : évaluation et recommandations*, Régie de la santé et des services sociaux de la Montérégie.
- PAUCHANT, T.C. (2001). « Comment neutraliser le terrorisme des Joker dans un monde sans Batman ? », *Le Devoir*, 18 octobre, p. a6.
- PROULX, M.-U. (sous la direction de) (1998). *Une région dans la turbulence*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec.
- TOFT, B. et S. REYNOLDS (1994). *Learning from Disasters. A Management Approach*, London, Butterworth-Heinemann.



# LA LOI SUR LA SÉCURITÉ CIVILE : LE LÉGISLATEUR QUÉBÉCOIS FAIT-IL PREUVE D'ANTICIPATION ET DE PROSPECTIVE ?<sup>1</sup>

Denis BOURQUE, LL.L, LL.M, LL.D.<sup>2</sup>

## INTRODUCTION

Les pluies diluviennes qui se sont abattues les 19, 20 et 21 juillet 1996 sur la région du Saguenay—Lac-Saint-Jean ont eu des impacts considérables. Ces événements ont affecté des milliers de personnes ; des biens (meubles et immeubles) ont été fortement endommagés ou sont complètement disparus<sup>3</sup>. D'un autre côté, le 5 janvier 1998 débutait, dans le sud du Québec, une chute de pluie verglaçante. Cet événement météorologique relativement courant en période hivernale se transformait, au cours des heures suivantes, en une tempête de verglas majeure, causant une interruption étendue et prolongée des approvisionnements en électricité et provoquant un dysfonctionnement significatif d'importantes infrastructures. Le Québec n'avait jamais vécu de sinistre de cette envergure affectant autant de personnes sur une période de temps aussi longue<sup>4</sup>.

Ces deux grands événements, entre autres, ont obligé le législateur québécois à enclencher une réflexion sur le cadre juridique caractérisant la gérance des sinistres. L'Assemblée nationale adoptait ainsi, le 19 décembre 2001, la Loi sur la sécurité civile qui a pour objet :

*la protection des personnes et des biens contre les sinistres. Cette protection est assurée par des mesures de prévention, de préparation des interventions, d'intervention lors d'un sinistre réel ou imminent ainsi que par des mesures de rétablissement de la situation après l'événement.*<sup>5</sup>

Les moyens prévus dans la loi sont-ils de nature à permettre l'atteinte de l'objectif principal de la loi, à savoir « la protection des

personnes et des biens contre les sinistres » ? Nous formulons l'avis que la gérance des sinistres devrait également impliquer, de plus en plus, la prise en compte des deux concepts suivants : l'anticipation et la prospective<sup>6</sup>. On peut alors se demander si le nouveau cadre juridique favorise l'anticipation et la prospective.

Dans un premier temps, nous faisons une analyse, sans être exhaustive, des principales responsabilités attribuées à diverses instances afin de vérifier si le cadre juridique retenu permet l'atteinte de l'objectif fixé. Dans un deuxième temps, nous formulons quelques critiques espérant que celles-ci soient de nature à alimenter nos réflexions<sup>7</sup>.

## **L'ATTRIBUTION DE RESPONSABILITÉS FAVORISANT L'ANTICIPATION ET LA PROSPECTIVE**

### **Les responsabilités des personnes**

Sur le plan des personnes, trois types de responsabilités ont été retenus. D'abord, toute personne doit faire preuve de prévoyance et de prudence à l'égard des risques de sinistre majeur ou mineur qui sont présents dans son environnement et qui lui sont connus<sup>8</sup>. Ensuite, toute personne qui s'installe en un lieu où l'occupation du sol est notoirement soumise à des contraintes particulières en raison de la présence d'un risque de sinistre majeur ou mineur, sans respecter ces contraintes, est présumée en accepter le risque<sup>9</sup>. Enfin, toute personne dont les activités ou les biens sont générateurs de risque de sinistre majeur est tenue de déclarer ce risque à la municipalité locale où la source du risque se situe<sup>10</sup>.

### **Les responsabilités des autorités locales et régionales**

Les autorités régionales (principalement les municipalités régionales de comté) doivent, en liaison avec les municipalités locales qui en font partie, et en conformité avec les orientations déterminées par le ministre de la Sécurité publique, établir un schéma de sécurité civile fixant, pour tout leur territoire, des objectifs de réduction de leur

vulnérabilité aux risques de sinistre majeur ainsi que les actions requises pour les atteindre<sup>11</sup>.

L'établissement d'un schéma de sécurité civile est certainement l'un des points majeurs de cette nouvelle législation ; il contient les éléments suivants :

*Le schéma de sécurité civile donne une description sommaire des caractéristiques physiques, naturelles, humaines, sociales et économiques du territoire. Il fait état de la nature des risques de sinistre majeur auxquels le territoire est exposé, en y intégrant les risques déclarés en application de l'article 8, et précise, pour chaque risque, l'emplacement de sa source et les conséquences prévisibles d'un sinistre majeur lié à ce risque, notamment le territoire qui pourrait en être affecté. Il fait également état des mesures de protection existantes ainsi que des ressources humaines, matérielles et informationnelles dont les autorités locales ou régionales et les autorités responsables de la sécurité civile disposent.*

*Sur la base de ces données, le schéma établit, pour chaque risque ou chaque catégorie de risques inventoriés, la vulnérabilité des municipalités locales qui y sont exposées.*

*Le schéma détermine, ensuite, dans le but de réduire les vulnérabilités qui y sont établies, pour les risques, catégories de risques ou tout ou partie du territoire qu'il précise, des objectifs de protection qui peuvent être atteints compte tenu des mesures et des ressources disponibles.*

*Le schéma précise, en outre, les actions et leurs conditions de mise en œuvre adoptées par les municipalités locales et, s'il y a lieu, l'autorité régionale pour atteindre ces objectifs.*

*Enfin, le schéma comporte une procédure de vérification périodique de l'état d'avancement des actions déterminées et du degré d'atteinte des objectifs arrêtés.<sup>12</sup>*

Le schéma de sécurité civile doit être soumis à la consultation de la population du territoire de l'autorité régionale<sup>13</sup> et recevoir l'approbation du ministre de la Sécurité publique<sup>14</sup>.

Quant à une municipalité locale, elle peut déclarer l'état d'urgence, dans tout ou partie de son territoire, lorsqu'un sinistre majeur, réel ou imminent, exige, pour protéger la vie, la santé ou l'intégrité des personnes, une action immédiate qu'elle estime ne pas pouvoir réaliser adéquatement dans le cadre de ses règles de fonctionnement habituelles ou dans le cadre d'un plan de sécurité civile applicable. L'état d'urgence déclaré par le conseil municipal vaut pour une période maximale de cinq jours à l'expiration de laquelle il peut être renouvelé, sur autorisation du ministre, pour d'autres périodes maximales de cinq jours<sup>15</sup>. La déclaration d'état d'urgence doit préciser la nature du sinistre, le territoire concerné, les circonstances qui la justifient et la durée de son application. Elle peut habiliter le maire, le maire suppléant, un fonctionnaire de la municipalité ou une autorité responsable de la sécurité civile sur le territoire concerné à exercer un ou plusieurs des pouvoirs suivants :

*Au cours de l'état d'urgence, malgré toute disposition contraire, sous la réserve de respecter toute mesure prise en vertu de l'article 93, la municipalité ou toute personne habilitée à agir en son nom en vertu de la déclaration d'état d'urgence peut, sans délai et sans formalité, pour protéger la vie, la santé ou l'intégrité des personnes :*

*1° contrôler l'accès aux voies de circulation ou au territoire concerné ou les soumettre à des règles particulières ;*

*2° accorder, pour le temps qu'elle juge nécessaire à l'exécution rapide et efficace des mesures d'intervention, des autorisations ou dérogations dans les domaines qui relèvent de la compétence de la municipalité ;*

*3° ordonner, lorsqu'il n'y a pas d'autre moyen de protection, l'évacuation des personnes de tout ou partie du territoire concerné qu'elle détermine ou, sur avis de l'autorité responsable de la protection de la santé publique, leur confinement et veiller, si celles-ci n'ont pas d'autres ressources, à leur hébergement, leur ravitaillement et leur habillement ainsi qu'à leur sécurité ;*

*4° requérir l'aide de tout citoyen en mesure d'assister les effectifs déployés ;*

*5° réquisitionner dans son territoire les moyens de secours et lieux d'hébergement privés nécessaires autres que ceux requis pour la mise en œuvre d'un plan de sécurité civile adopté en vertu du présent chapitre ou du chapitre VI ;*

*6° faire les dépenses et conclure les contrats qu'elle juge nécessaires.<sup>16</sup>*

Il s'agit de pouvoirs exorbitants qui ne peuvent être exercés que dans le cadre d'une déclaration d'état d'urgence.

Parmi les autres responsabilités attribuées aux autorités locales et régionales, celles-ci doivent contribuer à l'information des citoyens afin de les associer à l'atteinte des objectifs de la loi, notamment par la diffusion de conseils sur les mesures de protection qu'ils peuvent prendre en raison des risques de sinistre majeur ou mineur présents dans leur environnement, par leur participation à des comités ou sessions d'information organisés de concert avec des entreprises ou des citoyens et par la diffusion des mesures de protection mises en place par les autorités responsables de la sécurité civile.

### **Les responsabilités des ministères et des organismes gouvernementaux**

Tous les ministères et organismes gouvernementaux<sup>17</sup> sollicités par le ministre de la Sécurité publique sont tenus, selon leurs responsabilités respectives, de s'enquérir des risques de sinistre majeur qui peuvent affecter leurs biens et services et de recenser leurs mesures de protection à l'égard de ces risques<sup>18</sup>.

Dans l'optique de l'élaboration et du maintien opérationnel d'un plan national de sécurité civile, qui est du ressort du ministre de la Sécurité publique<sup>19</sup>, ces mêmes ministères et organismes gouvernementaux doivent également prêter leur concours à celui-ci en lui communiquant des informations, entre autres, sur l'identification de risques de sinistre majeur, sur leurs connaissances relatives à ces risques, sur les causes et les conséquences prévisibles d'un sinistre, sur leurs activités en matière de recherche et de surveillance des activités ou des biens générateurs de risque de sinistre majeur ainsi

qu'en matière de prévention, de préparation des interventions, d'intervention et de rétablissement de la situation après le sinistre<sup>20</sup>.

### **Les responsabilités du ministre de la Sécurité publique**

L'organe législatif québécois désigne le ministre de la Sécurité publique comme responsable de la sécurité civile<sup>21</sup>. À ce titre, l'Assemblée nationale attribue au ministre de la Sécurité publique plusieurs types de responsabilités. D'abord, le ministre est chargé de proposer au gouvernement les grandes orientations en matière de sécurité civile<sup>22</sup>. Ensuite, elle lui demande de conseiller les ministères et organismes gouvernementaux en cette matière. Enfin, elle lui attribue un important pouvoir de coordination et de concertation en ce qui a trait aux diverses actions dans le domaine de la sécurité civile<sup>23</sup>.

La concertation et la coordination sont des éléments vitaux en matière de sécurité civile. Pour atteindre ces objectifs, le ministre est chargé de déterminer, à l'intention des autorités régionales et locales, des orientations portant sur la prévention des sinistres majeurs, soit pour éliminer ou réduire des risques, soit pour atténuer les conséquences prévisibles d'un sinistre potentiel, sur la préparation des interventions, sur les interventions en situation de sinistre réel ou imminent et sur le rétablissement de la situation après le sinistre.

Le ministre est également habilité à énumérer et décrire des objectifs de protection contre les sinistres majeurs et peut préciser des mesures minimales destinées notamment à assurer la compatibilité des mesures de sécurité civile entre les divers intervenants dont les autorités régionales ou locales doivent tenir compte dans l'établissement de leur schéma de sécurité civile, y compris des actions spécifiques qui doivent y être prévues<sup>24</sup>.

Le ministre veille aussi à la pertinence, à la qualité et à la cohérence de la formation du personnel travaillant en sécurité civile au sein des autorités responsables de la sécurité civile, des ministères et des organismes gouvernementaux, par l'organisation d'activités de formation, par sa participation à la conception de programmes d'étude et d'activités de formation ainsi que par l'agrément de telles activités



offertes par des organismes gouvernementaux ou municipaux ou par des entreprises et, s'il s'agit d'activités de perfectionnement, par des établissements d'enseignement<sup>25</sup>.

De plus, le ministre suscite ou encourage des initiatives dans le domaine de la sécurité civile provenant des autorités régionales ou locales, des autorités responsables de la sécurité civile, des organismes communautaires, des personnes tenues à la déclaration de risque et des autres intervenants. Il favorise leur concertation et la coordination de leur action à cet égard<sup>26</sup>.

Pour remplir sa mission, le ministre de la Sécurité publique détient aussi d'importants pouvoirs de contrôle. La loi prévoit spécifiquement qu'il doit veiller à ce que les autorités régionales ou locales ainsi que les autorités responsables de la sécurité civile s'acquittent des responsabilités qui leur incombent en vertu de la Loi sur la sécurité civile<sup>27</sup>. D'abord, il peut adresser aux autorités précitées des lignes directrices concernant toute question se rapportant à la Loi sur la sécurité civile ou à ses textes d'application et peut se faire communiquer tous les renseignements utiles concernant leurs projets et leurs réalisations. Ces lignes directrices lient les autorités à qui elles ont été adressées<sup>28</sup>.

Ensuite, le ministre peut vérifier l'efficacité des actions prévues au schéma de sécurité civile ou s'assurer du respect des dispositions de la Loi sur la sécurité civile ou de ses textes d'application<sup>29</sup>. À cet effet, le ministre peut recommander des mesures correctrices au schéma d'aménagement ou, s'il est d'avis que la sécurité publique l'exige, ordonner de prendre les mesures qu'il juge nécessaires pour assurer la protection des personnes ou des biens contre les sinistres<sup>30</sup>.

Enfin, lorsqu'une autorité responsable de la sécurité civile est empêchée d'agir ou fait défaut d'agir en situation de sinistre majeur, réel ou imminent, ou lors du rétablissement de la situation après un tel sinistre, le ministre peut ordonner, dans tout ou partie du ressort de cette autorité, la mise en œuvre des mesures d'intervention ou de rétablissement dont elle est responsable suivant le plan de sécurité

civile applicable et désigner, si nécessaire, la personne qui en est chargée<sup>31</sup>.

L'Assemblée nationale demande au ministre de la Sécurité publique d'établir un plan national de sécurité civile, lequel est destiné :

*1° à soutenir les autorités responsables de la sécurité civile, les ministères et les organismes gouvernementaux lorsque l'ampleur d'un risque de sinistre majeur ou d'un sinistre majeur, réel ou imminent, dépasse leur capacité d'action dans les domaines qui relèvent de leur compétence ;*

*2° à réduire la vulnérabilité de la société à l'égard des risques de sinistre majeur qu'il détermine et dont les conséquences prévisibles sont d'intérêt national, notamment par des mesures de prévention, de préparation des interventions, d'intervention ou de rétablissement ou par une gestion distincte d'un risque, à l'échelle où il se manifeste, avec d'autres gouvernements ou avec les paliers régionaux ou locaux ;*

*3° à assurer la concertation des ministères et organismes gouvernementaux dans les champs d'activité qu'il détermine compte tenu de leur incidence en matière de sécurité civile.<sup>32</sup>*

Donc, pour permettre au ministre de la Sécurité publique d'assumer ses importantes fonctions, la Loi sur la sécurité civile lui attribue d'importants pouvoirs soit en matière de délivrance de directives, soit sur le plan des collaborations et des concertations qui doivent s'établir entre les divers intervenants, soit en matière de contrôle de l'exécution des responsabilités dévolues aux autorités responsables de la sécurité civile. Le plan national de sécurité constituant, quant à lui, un autre élément clé de la loi.

Le ministre possède d'autres importants pouvoirs. Par exemple, l'article 67 de la Loi sur la sécurité civile se lit en partie comme suit :

En outre, le ministre peut :

*1° requérir des autorités responsables de la sécurité civile tous les renseignements nécessaires à l'élaboration ou à la mise en œuvre, soit du plan national de sécurité civile, soit des*

*mesures de protection des ministères et organismes gouvernementaux ;*

*2° requérir des ministères et organismes gouvernementaux tous les renseignements nécessaires à l'élaboration d'un schéma de sécurité civile et les communiquer aux autorités régionales concernées ;*

*3° effectuer, faire effectuer ou favoriser des recherches portant sur la prévention des sinistres, la gestion des risques de sinistre, l'organisation des interventions ou sur toute autre matière relative à la sécurité civile ;*

*4° proposer, coordonner, exécuter des activités ou des travaux susceptibles d'éliminer ou de réduire les risques de sinistre, d'atténuer les conséquences d'un sinistre, de faciliter les interventions ou le rétablissement de la situation après un sinistre ;*

*5° faire des analyses des données statistiques et des études sur la situation de la sécurité civile, à l'échelle nationale, régionale ou locale, ou sur les incidences individuelles, sociales ou économiques de cette situation et les rendre publiques.<sup>33</sup>*

Les fonctions assumées par le ministre de la Sécurité publique et les pouvoirs que lui a confiés l'Assemblée nationale démontrent que ce membre du gouvernement québécois joue un rôle pivot en matière de sécurité civile au Québec.

### **Les responsabilités du gouvernement**

L'Assemblée nationale attribue au gouvernement québécois un pouvoir très particulier ; il peut déclarer l'état d'urgence nationale, dans tout ou partie du territoire québécois, lorsqu'un sinistre majeur, réel ou imminent, ou un autre événement qui perturbe le bon fonctionnement de la communauté au point de compromettre la sécurité des personnes exige, pour protéger la vie, la santé ou l'intégrité des personnes, une action immédiate qu'il estime ne pas pouvoir se réaliser adéquatement dans le cadre des règles de fonctionnement habituelles des autorités responsables de la sécurité civile ou des

ministères et organismes gouvernementaux concernés ou dans le cadre du plan national de sécurité civile<sup>34</sup>.

De plus, au cours de l'état d'urgence, le gouvernement (ou le ministre habilité à agir en vertu de la déclaration d'état d'urgence) peut exercer d'importants pouvoirs dont, entre autres, les suivants :

[...]

2<sup>o</sup> ordonner la fermeture d'établissements dans le territoire concerné ;

3<sup>o</sup> contrôler l'accès aux voies de circulation ou au territoire concerné ou les soumettre à des règles particulières ;

4<sup>o</sup> ordonner, lorsqu'il n'y a pas d'autre moyen de protection, la construction ou la démolition de tout ouvrage, le déplacement de tout bien ou l'enlèvement de toute végétation dans le territoire concerné ;

[...]

6<sup>o</sup> ordonner, lorsqu'il n'y a pas d'autre moyen, l'évacuation des personnes de tout ou partie du territoire concerné qu'il détermine ou leur confinement et veiller, si celles-ci n'ont pas d'autres ressources, à leur hébergement, leur ravitaillement et leur habillement ainsi qu'à leur sécurité ;

7<sup>o</sup> ordonner de cesser l'alimentation en énergie ou en eau par aqueduc de tout ou partie du territoire concerné qu'il détermine ;

8<sup>o</sup> requérir l'aide de toute personne en mesure d'assister les effectifs déployés ;

9<sup>o</sup> réquisitionner les moyens de secours et lieux d'hébergement privés ou publics nécessaires ;

10<sup>o</sup> réquisitionner des denrées, vêtements et autres biens de première nécessité pour les victimes et voir à leur distribution ;

*11<sup>o</sup> rationner les biens et services de première nécessité et établir des priorités d'approvisionnement ;*

[...]35

Du côté de l'assistance financière aux sinistrés, mentionnons que le gouvernement est habilité à établir, en y fixant les conditions d'admissibilité, les barèmes et les modalités de versement, des programmes généraux d'aide financière à l'égard des sinistrés<sup>36</sup>.

Le gouvernement peut, en outre, établir, en y fixant les conditions d'admissibilité, les barèmes et les modalités de versement, des programmes d'indemnisation ou d'aide financière spécifiques à un sinistre, à un autre événement qui compromet la sécurité des personnes ou à l'imminence de l'un de ces événements, pour répondre, le cas échéant, aux besoins particuliers de la situation<sup>37</sup>.

Le gouvernement dispose d'un vaste pouvoir réglementaire lui permettant d'adopter des normes relatives aux diverses facettes de la sécurité civile<sup>38</sup>.

## LA FORMULATION DE CERTAINES CRITIQUES

### **Les risques de confusion dans les missions confiées aux municipalités régionales de comté**

Dans son *Plan stratégique 1998-2002*, la société d'État Hydro-Québec propose une participation directe des communautés locales à l'investissement et à la réalisation des projets. L'objectif recherché : « favoriser la concertation et la convergence des intérêts économiques des milieux hôtes et d'Hydro-Québec dans une perspective de long terme »<sup>39</sup>.

Le 27 septembre 1999, les municipalités régionales de comté (MRC) du Fjord-du-Saguenay, de Maria Chapdelaine, de Manicouagan et de la Haute-Côte-Nord signaient avec Hydro-Québec un accord-cadre prévoyant la création d'une société en commandite en vue de réaliser la dérivation partielle des rivières Portneuf, du Sault aux

Cochons, Manouane et potentiellement Boucher<sup>40</sup>. Hydro-Québec concède à ces municipalités régionales de comté 14 % des profits qui seront tirés de l'électricité produite dans deux ou trois ans grâce aux dérivations des rivières en cause<sup>41</sup>.

Plusieurs municipalités régionales de comté sont donc partie prenante à des sociétés en commandite relatives à l'exploitation de plusieurs rivières ; elles encaisseront éventuellement une partie substantielle des profits. Cette situation soulève un dilemme (ou une forme de conflit d'intérêt) qui peut être campé de la façon suivante. D'une part, en vertu de la Loi sur la sécurité civile<sup>42</sup>, l'Assemblée nationale confie aux MRC la mission d'établir un schéma de sécurité civile fixant des objectifs de réduction des vulnérabilités des municipalités aux risques de sinistre majeur ainsi que les actions requises pour les atteindre<sup>43</sup>. D'autre part, en vertu de la Loi sur l'aménagement et l'urbanisme<sup>44</sup>, l'Assemblée nationale confie aussi aux MRC la mission d'élaborer et de maintenir en vigueur, en tout temps, un schéma d'aménagement lequel, entre autres choses, doit :

[...]

*4° déterminer toute zone où l'occupation du sol est soumise à des contraintes particulières pour des raisons de sécurité publique, telle une zone d'inondation, d'érosion, de glissement de terrain ou d'autre cataclysme, ou pour des raisons de protection environnementale des rives, du littoral et des plaines inondables ;*

[...]

*6° déterminer toute partie du territoire présentant pour la municipalité régionale de comté un intérêt d'ordre historique, culturel, esthétique ou écologique.*<sup>45</sup>

En d'autres termes, ce sont les mêmes organismes, à savoir les municipalités régionales de comté, qui sont responsables de l'élaboration et de l'application d'un schéma d'aménagement (pour leur territoire respectif) et, du même souffle, elles sont partie prenante à des plans d'affaires visant la dérivation et l'exploitation de plusieurs rivières, lesquels projets, de par leur nature même, peuvent avoir

des conséquences directes sur les risques découlant de l'aménagement du territoire. La situation dans laquelle se placent ces MRC peut soulever des inquiétudes d'autant plus que le ministère de la Sécurité publique du Québec admet qu'au cours de la période de 1994 à 1999, les sinistres les plus fréquents ont été les inondations et les glissements de terrain, à savoir des éléments qui peuvent être directement reliés à l'aménagement du territoire<sup>46</sup>.

Le droit que réclament les MRC de recevoir des redevances reliées à l'exploitation des ressources sur leur territoire respectif semble recevoir l'adhésion de tous. Cependant, cet objectif n'exige pas que ces mêmes MRC soient partie prenante à des plans d'affaires visant la réalisation et l'exploitation des projets eux-mêmes, compte tenu de la mission relative à l'aménagement du territoire que l'Assemblée nationale leur a confiée. Les cas des rivières Portneuf, du Sault aux Cochons, Tournustouc et Manouane devraient alimenter nos réflexions.

### **Les risques d'incohérence dans les interventions de l'État**

La situation peut être décrite de la façon suivante. D'abord, des dizaines de municipalités régionales de comté seront responsables, comme c'est mentionné antérieurement, de l'élaboration et du maintien, en tout temps, d'un schéma d'aménagement<sup>47</sup>. Ensuite, ces mêmes MRC devront compléter, d'ici 2006, les schémas de sécurité civile<sup>48</sup>. Enfin, ces mêmes organismes doivent, en liaison avec les municipalités locales qui en feront partie, établir, en conformité avec les orientations déterminées par le ministre de la Sécurité publique (et d'ici 2006) un schéma de couverture de risques destiné à déterminer, pour tout leur territoire, des objectifs de protection contre les incendies et les actions requises pour les atteindre<sup>49</sup>. À ces trois types de schémas viendront s'ajouter les plans directeurs de l'eau qui seront élaborés par les éventuels organismes de bassin<sup>50</sup>. Ces documents doivent recevoir l'approbation de plusieurs ministères.

L'intégration de ces trois types de schémas et de ces plans directeurs de l'eau exigera donc des efforts particuliers de l'appareil gouver-

nemental afin de maintenir la cohérence dans l'action visant la protection de la population<sup>51</sup>.

## CONCLUSION

En adoptant la Loi sur la sécurité civile, l'Assemblée nationale permet l'utilisation d'une infrastructure juridique plus moderne et plus adaptée à la gérance des sinistres. Les divers mécanismes prévus dans cette loi favorisent certainement l'anticipation et la prospective<sup>52</sup>. En tenant compte de cet acquis, on devra cependant aller plus loin, principalement pour trois raisons. D'abord, dans un document rendu public en juin 1999, la Croix-Rouge affirme que les catastrophes naturelles, provoquées notamment par le réchauffement du climat, avaient été sans précédent en 1998. La Croix-Rouge exprime l'avis que ces catastrophes naturelles prendront des proportions gigantesques au cours des prochaines années. Monsieur John Mulvihill, directeur national des Services aux sinistrés de la Croix-Rouge canadienne, exprime les commentaires suivants :

*Nous prévoyons que la combinaison de problèmes écologiques, tels le réchauffement planétaire et le déboisement, et de problèmes sociaux causés par l'aggravation de la pauvreté et la prolifération des bidonvilles, déclenchera des réactions en chaîne dévastatrices qui aboutiront à des catastrophes d'une dimension nouvelle.<sup>53</sup>*

Il semble donc que nous soyons en train de passer du concept de « catastrophes » au concept de « supercatastrophes ». Et la gérance de ces supercatastrophes exigera, entre autres choses, une infrastructure juridique beaucoup plus sophistiquée que celle que nous avons présentement. Les réflexions sont donc à peine commencées sur cette question qui touche directement la gérance des sinistres.

Ensuite, la législation en matière de sécurité civile devrait refléter davantage le lien étroit entre l'aménagement du territoire et la sécurité civile<sup>54</sup>. Dans cette optique, le législateur québécois devrait, entre autres choses, clarifier la mission des municipalités régionales de



comté afin que celles-ci évitent de se placer dans des circonstances qui s'apparentent beaucoup à des situations de conflit d'intérêt.

Enfin, la législation en matière de sécurité civile devrait elle-même faire état des diverses facettes qui caractérisent ce qu'il est maintenant convenu d'appeler une « culture de la sécurité civile ». L'un des aspects d'une telle culture est le développement de la « capacité autarcique » de la population :

*[...] mon petit doigt me dit que les catastrophes du futur pourront être d'une telle envergure, de nombreux endroits étant touchés simultanément, de même que les infrastructures essentielles, que les secours en appui ne seront plus disponibles immédiatement comme c'est le cas maintenant. Dans de telles circonstances, il est clair que la capacité autarcique devient un élément crucial.<sup>55</sup>*

Ultimement, ajoutons que toute législation portant sur les diverses facettes de la sécurité civile doit inclure les garanties nécessaires afin de conserver un juste équilibre entre les droits collectifs et les droits individuels<sup>56</sup>.

## NOTES

- 1 La Loi sur la sécurité civile a été sanctionnée le 20 décembre 2001 et est devenue le chapitre 76 des lois de 2001. Cette loi remplace la Loi sur la protection des personnes et des biens en cas de sinistre (L.R.Q., c. P-38.1).
- 2 L'auteur détient un doctorat en droit ; il est avocat et professeur de droit à l'Université du Québec à Chicoutimi.
- 3 Pour une description des impacts de la crue, voir le *Rapport de la Commission scientifique et technique sur la gestion des barrages* (Rapport Nicolet), Québec, Les Publications du Québec, janvier 1997, chap. 3.
- 4 Voir *Rapport de la Commission scientifique et technique chargée d'analyser les événements relatifs à la tempête de verglas survenue du 5 au 9 janvier 1998 (Pour affronter l'imprévisible) (Les enseignements du verglas de 98)*, Québec, Les Publications du Québec, 1999, p. 2. Quatorze MRC (municipalités régionales de comté) de la région de la Montérégie ont été affectées par ce sinistre. *Id.*, p. 4.

- 5 Loi sur la sécurité civile, supra, note 1, art. 1. Pour aider à la compréhension de la portée de l'objet de la loi, celle-ci présente les définitions suivantes du mot sinistre : « 1<sup>o</sup> [“sinistre majeur”] : un événement dû à un phénomène naturel, une défaillance technologique ou un accident découlant ou non de l'intervention humaine, qui cause de graves préjudices aux personnes ou d'importants dommages aux biens et exige de la collectivité affectée des mesures inhabituelles, notamment une inondation, une secousse sismique, un mouvement de sol, une explosion, une émission toxique ou une pandémie ; 2<sup>o</sup> [“sinistre mineur”] : un événement exceptionnel de même nature qu'un sinistre majeur mais qui ne porte atteinte qu'à la sécurité d'une ou de quelques personnes ; »(Id., art. 2).
- 6 L'anticipation peut être définie comme « l'action de prévoir, d'imaginer des situations, des événements futurs » et la *prospective* comme visant « à favoriser la prise en compte de l'avenir dans les décisions du présent ». Voir *Le Petit Larousse illustré*, 2001, p. 71 et 831.
- 7 Dans le cadre d'un projet de recherche sur les sinistres, nous avons déjà contribué à l'analyse de certains aspects légaux du sinistre survenu au Saguenay—Lac-Saint-Jean en juillet 1996. Voir Denis Bourque, « Commentaires sur certains aspects légaux de l'après-déluge » dans *Une région dans la turbulence* (collectif) (sous la direction de M.-U. Proulx), Québec, Presses de l'Université du Québec, 1998, p. 171 à 195. Le présent article portant spécifiquement sur la Loi sur la sécurité civile se situe donc dans une continuité par rapport à ce projet de recherche. À noter également que le présent article est une version remaniée d'une conférence prononcée le 25 octobre 2001, à l'occasion de la tenue à l'Université du Québec à Chicoutimi (24, 25 et 26 octobre 2001) du Colloque interdisciplinaire sur les conséquences des catastrophes et des événements traumatiques sur la santé des individus, des intervenants et des communautés.
- 8 Loi sur la sécurité civile, supra, note 1, art. 5.
- 9 *Id.*, art. 6. La présomption ne peut toutefois pas lui être opposée par une autorité publique qui a autorisé une telle installation sans lui dénoncer le risque. *Id.*, al. 2.
- 10 *Id.*, art. 8.
- 11 *Id.*, art. 16.
- 12 *Id.*, art. 18. La loi prévoit également qu'en tenant compte des informations qui lui ont été communiquées, l'autorité régionale propose aux municipalités, après une évaluation de leurs vulnérabilités, des objectifs de protection à l'égard des risques, des catégories de risques ou de tout ou partie du territoire qu'elle précise. L'autorité régionale propose également des straté-

gies pour atteindre les objectifs, telle la mise en commun des ressources, la formation des effectifs, l'adoption de normes réglementaires, la gestion distincte d'un risque ou d'une catégorie de risques ou la coopération avec l'entreprise privée, des organismes communautaires ou des associations agissant en sécurité civile. (art. 22).

- 13 Loi sur la sécurité civile, supra, note 1, art. 26.
- 14 *Id.*, art. 28 et 29..
- 15 *Id.*, art. 42 et 43. Si le conseil ne peut se réunir en temps utile, le maire ou, en cas d'absence ou d'empêchement, le maire suppléant peut déclarer l'état d'urgence pour une période maximale de 48 heures. *Id.*, art. 43, deuxième alinéa. À noter que l'organisation d'opérations de prévention, de préparation, d'intervention ou de rétablissement ressortissant aux actions prévues par le schéma en vigueur se fait dans un document appelé « Plan de sécurité civile ». *Id.*, art. 39.
- 16 *Id.*, art. 44 et 47. Voir également Lise Vézina : « Les pouvoirs du maire en cas d'urgence » dans *Actualité juridique municipale*, Montréal, Publications CCH ltée, 2001, vol. 1, n° 6, p. 149 à 128.
- 17 Les « organismes gouvernementaux » sont définis comme les organismes dont le gouvernement ou un ministre nomme la majorité des membres, dont la loi prévoit que le personnel est nommé suivant la Loi sur la fonction publique (L.R.Q., chapitre F-3.1.1) ou dont le fonds social fait partie du domaine de l'État. Voir Loi sur la sécurité civile, supra, note 1, art. 2(4).
- 18 Voir Loi sur la sécurité civile, supra, note 1, art. 60.
- 19 *Id.*, art. 80.
- 20 *Id.*, art. 61(1).
- 21 *Id.*, art. 62.
- 22 *Id.*, art. 62, al. 2.
- 23 *Id.*, art. 63.
- 24 *Id.*, art. 64.
- 25 *Id.*, art. 69.
- 26 *Id.*, art. 70, al. 1. Le ministre contribue aussi à l'information des citoyens afin de les associer à l'atteinte des objectifs de la Loi sur la sécurité civile. *Id.*, art. 71.

- 27 *Id.*, art. 66, al. 1.
- 28 *Id.*, art. 66, al. 2.
- 29 *Id.*, art. 76.
- 30 *Id.*, art. 77.
- 31 *Id.*, art. 83.
- 32 *Id.*, art. 80.
- 33 Cet article prévoit également que le ministre peut participer, avec les ministres et les dirigeants d'organismes gouvernementaux dont les ressources sont mises à contribution dans le plan national de sécurité civile, à l'élaboration et à la mise en œuvre de *mesures de coopération en matière de sécurité civile avec l'extérieur du Québec*. (Les italiques sont de nous) [*Id.*, art. 67 (9)].
- 34 Voir Loi sur la sécurité civile, *supra*, note 1, art. 88.
- 35 *Id.*, art. 93.
- 36 *Id.*, art. 100.
- 37 *Id.*, art. 101. Dans le cas des sinistrés des inondations survenues au Saguenay, un accord est intervenu le 19 juin 2001 selon lequel le gouvernement ne reconnaissait pas sa responsabilité dans le débordement du lac-réservoir Kénogami, mais s'engageait à verser 10 millions de dollars et à acheter à un coût de 1,3 million les études des experts payées par le Fonds d'aide aux recours collectifs. L'indemnisation sera accordée à tous les sinistrés qui ont subi des dommages, peu importe leur nature. Voir « Les sinistrés du Saguenay finalement dédommagés », *Le Soleil*, Québec, 17 décembre 2001.
- 38 *Id.*, art. 123.
- 39 Hydro-Québec, *Plan stratégique 1998-2002*, octobre, 1997, p. 35.
- 40 Voir *Projet de dérivation partielle de la rivière Manouane*, Québec, Bureau d'audiences publiques sur l'environnement (Bape) (rapport d'enquête et d'audience publique n° 155) (septembre 2001), p. 123-135. Voir également *Projet d'aménagement hydroélectrique de la rivière Toulmoustouc*, Québec, Bape, (rapport d'enquête et d'audience publique n° 150) (mai 2001) et *Projets de dérivation partielle des rivières Portneuf et du Sault aux Cochons*, Québec, Bape, (rapport d'enquête et d'audience publique n° 145) (janvier 2001). Voir aussi le bulletin d'information *La MRC du Fjord-du-*

*Saguenay*, vol. 4, n° 9, février 1998, p. 1 ; Hydro-Québec, « Les projets de la Betsiamites », 1997, 19 p. ; « Hydro envisage un partenariat avec les corps publics », *Le Devoir*, Montréal, 9 février 1998. À noter de plus que la MRC du Fjord-du-Saguenay démontre un intérêt dans la gérance des barrages en amont du lac Kénogami dont la construction a été recommandée par le Comité provisoire du lac-réservoir Kénogami et des rivières Chicoutimi et aux Sables. Voir « La MRC du Fjord garde les projets à l'œil », *Le Quotidien*, Chicoutimi, 13 mars 1998, p. 6.

- 41 « Hydro offre 14 % de ses profits à cinq MRC », *Le Devoir*, Montréal, 24 mai 2000.
- 42 Loi sur la sécurité civile, *supra*, note 1.
- 43 Pour les divers éléments qui caractérisent le contenu du schéma de sécurité civile, voir *supra*, note 12 et le texte correspondant. À noter que pour l'établissement d'un schéma de sécurité civile, sont, à cette fin, assimilées à des autorités régionales, les villes de Gatineau, Laval, Lévis, Longueuil, Mirabel, Montréal et Québec et toute autre municipalité qui pourra être désignée par le ministre, par le gouvernement ou par la loi. *Id.*, art. 16, al. 2.
- 44 Loi sur l'aménagement et l'urbanisme, L.R.Q., c. A-19.
- 45 *Id.*, art. 5 (4) (6).
- 46 Voir La Sécurité publique (une mission fondamentale de l'État), ministère de la Sécurité publique (La Direction de la planification et des politiques), Québec, 2001, p. 18. De son côté, en 1997, le *Rapport de la Commission scientifique et technique sur la gestion des barrages* rappelait que « l'augmentation des dommages liés aux crues que l'on a subis depuis quelques années au Québec est principalement due au développement résidentiel et industriel dans les plaines d'inondation et à la construction d'équipements collectifs et d'édifices publics dans des zones inondables. Selon Québec (1981), ces causes sont directement liées à des politiques inadéquates de développement et d'aménagement du territoire ». *Supra.*, note 3, p. 8-2 et 8-3. Sur la question du conflit d'intérêt dans lequel peuvent se placer ces MRC, dans le cas spécifique du « *Projet de dérivation partielle de la rivière Manouane* », les commissaires du Bureau d'audiences publiques sur l'environnement ont formulé les remarques suivantes : « Même si les MRC considèrent que leur participation à la SOCOM relève de leur responsabilité en tant qu'agent de développement du milieu et qu'elle n'est pas faite dans un esprit mercantile, la Commission estime qu'en étant partie au projet, elles se placent dans une situation perçue par plusieurs comme étant en apparence de conflit d'intérêts ». *Supra*, note 40, p. 127.

- 47 Loi sur l'aménagement et l'urbanisme, *supra*, note 44, art. 5.
- 48 Voir La Sécurité publique (une mission fondamentale de l'État), *op. cit.*, *supra*, note 46, p. 8.
- 49 Loi sur la sécurité incendie, sanctionnée le 16 juin 2000 (devenue le chapitre 20 des lois de 2000), art. 8. Voir La Sécurité publique (une mission fondamentale de l'État), *op. cit.*, *supra*, note 46, p. 9.
- 50 *Politique de l'eau et réglementation sur l'eau* (les derniers développements), conférence prononcée par J.-M. Latulippe, sous-ministre adjoint au ministre de l'Environnement du Québec, Montréal, le 29 janvier 2002, p. 15 à 20.
- 51 Sur cette question des craintes relatives à l'incohérence des actions de l'État et son incapacité d'intégrer les divers documents de planification qui lui sont transmis, voir *Plaidoyer pour la globalisation des interventions de l'État dans les régions du Québec et pour le renforcement des MRC* par M. Fernet, directeur général de la Fédération québécoise des municipalités, mars 2001, 10 pages. Voir également « L'État manque de cohérence – La FQM réclame un sommet des régions », *Le Devoir*, Montréal, 19 et 20 mai 2001.
- 52 La Loi sur la sécurité des barrages (sanctionnée le 30 mai 2000) (devenue le chapitre 9 des lois de 2000) est une autre législation qui va dans le même sens.
- 53 Voir « La Croix Rouge craint les supercatastrophes », *La Presse*, Montréal, 25 juin 1999. Voir *Rapport sur les catastrophes dans le monde* (éditions 1999 et 2001), Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, Suisse. Voir également C. Villeneuve et F. Richard, *Vivre les changements climatiques (l'effet de serre expliqué)*, Québec, Éditions MultiMondes, 2001.
- 54 Pour le moment, en matière d'aménagement du territoire, on devrait essayer de tirer le maximum de profit de la nouvelle réforme municipale caractérisée, entre autres, par l'adoption des deux législations suivantes : Loi modifiant diverses dispositions législatives en matière municipale (sanctionnée le 21 juin 2001 et devenue le chapitre 25 des lois de 2001) et Loi portant réforme de l'organisation territoriale municipale des régions métropolitaines de Montréal, de Québec et de l'Outaouais (sanctionnée le 20 décembre 2000 et devenue le chapitre 56 des lois de 2000). Voir J. Brassard, « Les MRC désignées à caractère rural », dans Service de la formation permanente du Barreau du Québec, *Développements récents en droit municipal (2002)*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2002, p. 195 à 212. Voir également le projet n° 77 intitulé Loi modifiant diverses dispositions

législatives concernant les municipalités régionales de comté déposé à l'Assemblée nationale le 19 décembre 2001. Il existe déjà un lien étroit entre la protection de l'environnement et l'aménagement du territoire. Voir L. Giroux, *Les interrelations entre le droit de l'environnement et le droit de l'aménagement du territoire* (1988) 48 R. du B. 467.

- 55 Voir H. Denis, *La réponse aux catastrophes – Quand l'impossible survient*, Montréal, Presses internationales Polytechnique, 2002, p. 236. Voir P. Cazalis et T. Pauchant, « Leçons stratégiques pour la gestion de la sécurité civile au Québec » dans *Une région dans la turbulence* (collectif) (sous la direction de M.-U. Proulx), *op. cit., supra*, note 7, p. 153 à 170. Voir « Rapport de la Commission scientifique et technique chargée d'analyser les événements relatifs à la tempête de verglas survenue du 5 au 9 janvier 1998 (Pour affronter l'imprévisible) », *op. cit., supra*, note 4, p. 273 à 286.
- 56 Notons que la mission du ministère de la Sécurité publique est d'assurer aux Québécoises et aux Québécois un milieu de vie sécuritaire qui leur permet d'exercer leurs droits et libertés individuelles et propice au développement des individus et des collectivités. Voir Rapport annuel de gestion 2000-2001, ministère de la Sécurité publique, Québec, les Publications du Québec, 2001, p. 9. Nous devons aussi saisir que dans certaines de ses conséquences, le « terrorisme » peut déclencher ou soulever des problèmes reliés à certains aspects du concept de sécurité civile, tel que défini par la Loi sur la sécurité civile (voir *supra*, note 5, l'objet de la Loi sur la sécurité civile et la définition des mots « sinistre majeur »). Le 18 décembre 2001, le Parlement canadien adoptait la Loi antiterroriste qui a soulevé, par rapport aux mesures prévues pour contrer le terrorisme, d'importantes questions reliées à l'équilibre entre les droits individuels et les droits collectifs. Voir « Le Sénat adopte le projet de loi antiterroriste », *Le Soleil*, Québec, 19 décembre 2001 ; « Le prix de la liberté », *Le Devoir*, Montréal, 10 et 11 novembre 2001 ; « L'édifice des libertés individuelles menacé », *La Presse*, Montréal, 2 décembre 2001 ; « Entre la sécurité et la liberté » (Il faut mesurer avec prudence toute intervention législative qui peut affecter les droits fondamentaux), *Le Devoir*, Montréal, 8 novembre 2001.

## BIBLIOGRAPHIE

BEAUDOIN, J.L. et P.G. JOBIN (1998). *La responsabilité civile*, Cowansville, Les Éditions Yvon Blais inc.

GARANT, P. (1996). *Droit administratif*, Cowansville, Les Éditions Yvon Blais inc., 4<sup>e</sup> édition, 2 volumes.

SERVICE DE LA FORMATION PERMANENTE DU BARREAU DU QUÉBEC (1998).  
*Les catastrophes naturelles et l'état du droit*, Cowansville, Les Éditions Yvon Blais inc.



## **LA TEMPÊTE DE VERGLAS DE JANVIER 1998 : LES CONSTATS ET LES PISTES D'AVENIR EN PLANIFICATION DE MESURES D'URGENCE POUR LE SYSTÈME DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX**

François GRAVEL, B.Inf., B.Sc., M.Env.

**L**a tempête de verglas de janvier 1998 a été sans aucune mesure un des sinistres les plus importants que la province ait connu. La tempête et les pannes d'électricité qui s'ensuivirent ont affecté le niveau de vie de plusieurs personnes dans la province. La région de la Montérégie est celle qui a été le plus durement affectée avec des pannes d'électricité qui ont duré jusqu'à quatre semaines dans certaines municipalités. Les services de santé et sociaux ont été très impliqués dans l'intervention d'urgence et de rétablissement. En plus d'offrir des services, les organismes de santé et de services sociaux devaient intervenir tout en étant eux-mêmes sinistrés.

Le présent document vise à résumer les impacts de la tempête de verglas sur les activités des organismes de santé et de services sociaux de la Montérégie ainsi que sur les grandes leçons que nous devons tirer des expériences vécues lors de ce sinistre, et proposer des pistes d'avenir dans la gestion de mesures d'urgence dans le réseau de la santé et des services sociaux québécois.

Afin de mieux comprendre les impacts organisationnels d'un sinistre sur le réseau de santé et de services sociaux, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie a mis en place différentes approches pour recueillir les commentaires des intervenants du réseau. La principale approche d'évaluation des interventions a été faite par un groupe de recherche des Hautes Études Commerciales (HEC) spécialisé en recherche sur l'organisation en situation de crise. Il a produit un rapport s'intitulant *Le réseau de la santé et des services sociaux de la Montérégie, ses partenaires et les citoyens face à la tempête de verglas de l'hiver 1998* (Pauchant et Lamarche, 1998). Plusieurs des constats soulevés par le groupe de

recherche sont repris dans le rapport de la Commission scientifique et technique chargée d'analyser les événements relatifs à la tempête de verglas survenue du 5 au 9 janvier 1998 (Commission Nicolet). Le présent document reprend certaines parties des recommandations contenues dans ce rapport ainsi que certains éléments de réflexion.

### **HISTORIQUE DE LA PLANIFICATION DES MESURES D'URGENCE AU SEIN DE NOTRE ORGANISATION**

Rappelons que l'incendie d'un entrepôt de BPC à Saint-Basile-le-Grand en 1988 a été un point marquant pour la planification des mesures d'urgence au Québec. Après cet événement, plusieurs concepts de sécurité civile ont été revus ainsi que les rôles et responsabilités des organismes de santé et de services sociaux lors d'un sinistre. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et les régies régionales ont par la suite développé des plans d'urgence au regard des nouveaux concepts de sécurité civile. Le modèle de gestion des interventions du réseau de la santé et des services sociaux s'articule autour de trois volets d'intervention : santé physique, santé publique et services psychosociaux. Ces trois volets doivent être offerts à la population par le biais des organismes dispensateurs de services. La responsabilité de la coordination est de supporter des activités dans chacun des volets et relève de la Régie régionale.

À partir de ces orientations, les établissements de santé devaient par la suite revoir leur plan d'urgence. Afin de supporter l'implantation des stratégies prévues, le MSSS a démarré un programme de formation en mesures d'urgence pour les intervenants de la santé et des services sociaux. Ce programme comprend aujourd'hui cinq cours. D'autres cours sont présentement en développement.

Pendant l'automne 1998, le ministère, en collaboration avec les régies régionales, a travaillé à un guide de planification des mesures d'urgence pour les établissements de santé et de services sociaux.

Il y a eu plusieurs sinistres depuis l'incendie à Saint-Basile-le-Grand. Ils étaient souvent limités à une municipalité et aussi limités dans le temps. Ces différents sinistres ont permis de confirmer que

les concepts de gestion de mesures d'urgence développés au début des années quatre-vingt-dix étaient suffisamment efficaces pour un sinistre local. La tempête de verglas de janvier 1998 était un sinistre d'un autre niveau, tant par le nombre de municipalités et de citoyens affectés que par la durée. De plus, les organismes de santé et de services sociaux devaient intervenir en situation d'urgence tout en étant eux-mêmes sinistrés, ce qui n'était généralement pas le cas lors des sinistres antérieurs. L'ensemble de ces facteurs compliquait la gestion des interventions d'urgence.

### **LA TEMPÊTE DE JANVIER 1998**

La tempête de verglas a débuté dans la nuit du 5 au 6 janvier 1998. Elle a diminué durant la journée du 7 janvier, mais sans toutefois cesser. Le plus fort de la tempête a eu lieu dans la journée du 9 janvier. Durant cette période, plusieurs régions de la Montérégie ont été graduellement privées d'électricité, forçant la population à trouver refuge dans les centres de services aux sinistrés. Le point culminant de la tempête de verglas fut le 9 janvier, au moment où l'ensemble de la Montérégie était alors en panne électrique pour une période variant de plusieurs jours à plusieurs semaines. Il y a en Montérégie plus de 220 municipalités et 1 300 000 personnes.

Les systèmes de télécommunication étaient en panne dans certains secteurs. Le réseau de cellulaires et de téléavertisseurs a fonctionné avec intermittence. Les stations-service ont commencé dans la journée du 9 janvier à manquer d'essence et de diesel. Les raffineries de l'est de Montréal ont cessé leur production dans la même journée. Le train acheminant de l'essence en provenance de Québec ne circulait plus. Il n'y avait plus de livraison de carburant en Montérégie, la pénurie commençait à se faire sentir. Certains établissements de santé ont indiqué qu'il ne leur restait que seize heures d'autonomie en carburant. Les raffineries ont redémarré leur production dans la matinée du 10 janvier. Malgré tout, nous avons assisté, dans les jours suivants, à un rationnement de l'essence dans les régions les plus touchées.

Les ponts reliant la Rive-sud à Montréal ont été fermés à toute circulation durant plusieurs jours ainsi que les principales autoroutes

menant à Montréal à cause de l'état des routes et des pylônes affaiblis par le poids de la glace. Cette situation rendait les transports laborieux, de même que l'acheminement de secours.

Voici un portrait général de la situation :

- la tempête de verglas de quatre jours a provoqué des pannes d'électricité d'une période de quelques jours à quatre semaines consécutives ;
- 598 municipalités ont été affectées, soit 42 % des 1 421 municipalités du Québec, ce qui représente 4 826 586 personnes ;
- en Montérégie, 1 300 000 personnes ont été affectées par des pannes d'électricité variant de quelques jours à quatre semaines ;
- il y a eu déplacement massif de population, entre autres vers les centres de services aux sinistrés ; au plus fort de la panne, la Sécurité civile a recensé 454 centres de services aux sinistrés dont 380 centres en Montérégie ;
- 18 000 personnes ont trouvé refuge dans des centres de services aux sinistrés, soit 0,004 % de la population affectée par le sinistre ;
- plus de 3 000 pylônes et poteaux de transport furent endommagés ;
- des centaines de personnes n'ont pu regagner leur domicile dans les premiers jours puisque les routes étaient fermées à toute circulation. Ils ont trouvé refuge dans des centres de services aux sinistrés ;
- certaines villes près de la frontière américaine ont été coupées de communication avec l'extérieur et aucune route n'était praticable ; la population était complètement isolée ;
- certaines municipalités ont été affectées sur une plus longue période, tels les territoires de la région de Granby, Saint-Hyacinthe et Saint-Jean-sur-le-Richelieu ;

- le froid et la durée de la panne ont entraîné des bris de conduite d'eau dans un nombre important de résidences ;
- plusieurs activités industrielles et agricoles ont été durement touchées et plusieurs cultivateurs ont perdu une partie de leurs animaux.

### **SITUATION GÉNÉRALE D'INTERVENTION DU RÉSEAU DE SANTÉ**

Le réseau de la santé fut mobilisé dans les premières heures du verglas. Les fermetures de route rendaient difficiles les interventions du service ambulancier. On a assisté à une affluence de personnes dépendantes et en perte d'autonomie vers les établissements de santé, ceux-ci cherchant à trouver refuge. Ces établissements ont dû organiser des centres d'hébergement temporaires en plus de s'occuper de leur clientèle habituelle.

Dans l'ensemble du réseau, nous avons assisté à une réorganisation des services afin de répondre aux besoins de la population. Plus de 1 300 intervenants de santé sont venus d'autres régions pour aider les ressources de la Montérégie.

### **Services ambulanciers**

Il y a treize services ambulanciers en Montérégie. Ces services ont eu des problèmes d'intervention à la suite de la fermeture des routes. Ils ont assisté les services d'urgence municipaux lors de l'évacuation des résidences pour personnes âgées. Il y a eu dans certains secteurs une augmentation du nombre d'appels d'urgence, et même les appels quotidiens ont doublé. La situation a nécessité l'ajout de quarts de travail supplémentaires et le support de services ambulanciers extérieurs à la région. Il y a eu un redécoupage des territoires d'ambulance afin de favoriser une meilleure couverture des secteurs affectés. Les services ambulanciers ont constaté une augmentation des demandes de transport non urgents. Ils ont mentionné avoir eu de la difficulté à établir des priorités dans le traitement des appels.

Il y a eu des problèmes de télécommunication dans beaucoup de secteurs puisque les répéteurs de télécommunication fonctionnaient avec l'aide de génératrices. Elles étaient situées sur le dessus des montagnes de la région, donc difficilement accessibles dans les circonstances. Il a fallu organiser des ponts aériens afin d'approvisionner les génératrices en diesel.

### **Centre hospitalier de courte durée**

On compte dix centres hospitaliers de courte durée en Montérégie. L'ensemble des centres hospitaliers a fonctionné avec génératrice, à l'exception de la région de Sorel qui fut très peu affectée par la panne électrique. Dans la majorité des cas, on a ajouté des génératrices supplémentaires à chaque établissement puisque la génératrice d'urgence devenait la seule source d'énergie.

Les centres hospitaliers ont connu une grande affluence à l'urgence pour différents problèmes : intoxication au monoxyde de carbone (environ 200 cas), gastroentérite, fractures diverses. Les opérations sélectives ont été annulées dans l'ensemble des établissements pour quelques semaines. Les hôpitaux ont organisé des unités d'hébergement afin d'accueillir les familles des employés et permettre aux patients recevant leur congé de l'hôpital d'être hébergés convenablement. Certains hôpitaux ont accueilli des sinistrés en perte d'autonomie qui ne pouvaient être hébergés dans des centres municipaux de services aux sinistrés.

Les horaires de travail ont été modifiés afin de tenir compte des disponibilités du personnel, celui-ci étant lui aussi sinistré. Les hôpitaux ont eu recours à du personnel supplémentaire venant d'autres régions.

Certains établissements ont eu des dommages à leurs infrastructures, notamment à la salle d'urgence de l'hôpital de Saint-Hyacinthe où de la glace tombée du toit a fracassé la verrière de la salle d'attente de l'urgence.

### **Centre local de services communautaires (CLSC)**

Il y a dix-neuf CLSC sur le territoire. L'ensemble des CLSC était en panne d'électricité. Cette situation a rendu l'organisation des services plus difficile. Les CLSC sont intervenus dans les centres de services aux sinistrés. Ils ont organisé des dispensaires de soins pour les personnes malades, celles en perte d'autonomie et les personnes âgées. Du personnel médical, infirmier et des intervenants sociaux ont travaillé conjointement avec les municipalités à l'organisation des centres de services aux sinistrés (380 centres de SAS). Bien que l'organisation physique des centres de services aux sinistrés n'ait pas été optimale, les CLSC se sont assurés du respect des normes minimales d'hygiène.

L'inventaire des personnes en perte d'autonomie sur le territoire a été difficile à effectuer. Les données sur la clientèle comprenaient seulement les personnes recevant des soins de la part du CLSC.

Les CLSC ont organisé des services de distribution de médicaments puisque dans certaines régions, les pharmacies étaient fermées. Dans d'autres secteurs, étant donné que les pharmacies étaient fermées, une pression a été exercée sur les services de santé afin de pallier un manque d'accessibilité. Ce n'est qu'après plusieurs jours que les réseaux de pharmacie ont repris leurs activités.

Des équipes psychosociales d'intervention ont organisé des activités pour la population. Il s'agit d'activités d'accompagnement, de séances de verbalisation, de rencontres individuelles et de distribution de documents d'information. Les CLSC ont travaillé conjointement avec la Croix-Rouge au programme de raccompagnement des clientèles particulières. La situation n'est revenue à la normale dans certains CLSC qu'à partir du mois d'avril.

Bien que l'intervention d'urgence immédiate se soit terminée au début de février 1998, les CLSC de la Montérégie ont continué à offrir des programmes de support psychosocial à différentes clientèles ayant vécu plus durement les conséquences du sinistre. Selon leurs responsables des mesures d'urgence, certains CLSC ont observé une augmentation des demandes de consultation en urgence psychosociale au cours du mois de septembre 1998. Les consul-

tations n'étaient pas directement liées à la tempête de verglas, mais elle avait nécessairement été un élément catalyseur.

### **Centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD)**

Il y a onze regroupements de CHSLD publics dont trente-deux installations, dix CHSLD privés non conventionnés et douze CHSLD privés conventionnés. Les CHSLD publics sont équipés de génératrices ; ils ont continué à offrir les services à leur clientèle. Par contre, ils ont organisé des centres d'hébergement à l'intérieur de leurs installations afin d'accueillir des clientèles en perte d'autonomie ou des clientèles de pavillons n'ayant pas de génératrice. On estime qu'il y a eu 55 établissements de santé qui ont hébergé plus de 1 700 personnes durant plusieurs semaines.

La panne d'électricité a perturbé certaines activités des établissements puisque les génératrices n'ont fourni qu'une partie des besoins énergétiques. Certaines ressources pavillonnaires ont fermé leurs portes et déplacé leur clientèle vers des centres de soins de longue durée et des centres de services aux sinistrés. Cette situation a nécessité la mise en place d'effectifs supplémentaires ainsi que l'ajout de lits dans les établissements receveurs. Les lits d'hôpitaux d'urgence entreposés en Montérégie en cas de catastrophe majeure ou en cas de guerre ont été utilisés pour supporter les CHSLD recevant des clientèles en perte d'autonomie.

## **RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE**

### **Coordination des mesures d'urgence**

La Régie régionale de la santé et des services sociaux a commencé ses interventions le 6 janvier en ouvrant son centre de coordination vingt-quatre heures par jour. Deux fois par jour, le centre de coordination faisait un portrait de la situation dans le réseau de la santé. Certains problèmes qui ne pouvaient être résolus par des ressources du réseau étaient acheminés au centre de coordination de la RRSSM.



De plus, la RRSSSM a :

- mis en place un réseau de télécommunication parallèle avec l'aide de radios amateurs ;
- participé à l'organisation d'un réseau de distribution de produits pétroliers avec la Sécurité civile ;
- établi un lien avec l'état major des services médicaux de l'armée afin de s'assurer d'un déploiement des ressources médicales de l'armée sur le territoire ;
- organisé et distribué plus de 2 000 lits d'urgence dans les établissements ;
- collaboré avec les grandes chaînes de pharmacie pour s'assurer d'une couverture optimale de la région ;
- assuré la coordination et la répartition des ressources humaines provenant d'autres régions (environ 1 300 personnes) ;
- organisé des équipes mobiles d'inspection et d'entretien de génératrices dans les établissements ;
- organisé un réseau de distribution de literie afin de pallier le manque dans les établissements de santé ;
- organisé avec la Sécurité civile une banque de génératrices pour suppléer aux bris éventuels ;
- planifié avec le ministère de la Santé et des Services sociaux une réserve d'eau potable en cas de disette dans les établissements de santé ;
- mis en place un programme de retour à domicile en concertation avec la Croix-Rouge et les CLSC.

Un représentant de la RRSSSM était présent en permanence au centre de coordination de la Sécurité civile afin de faire le lien entre les organisations (armée, Sûreté du Québec, MEF, MAPAQ).

La RRSSSM a été en panne électrique pour une période d'environ huit jours, en plus d'avoir à subir certaines pannes du réseau de télécommunication en Montérégie. Durant cette période, la Régie régionale a réorganisé ses activités afin de supporter les opérations du réseau de la santé. Cette réorganisation a nécessité le développement de nouvelles habitudes de travail et de coordination. Cette situation a eu des impacts dans les relations entre les établissements du réseau et la Régie régionale.

### **Santé publique**

La Direction de la santé publique de la RRSSSM a procédé à l'analyse des impacts du sinistre sur la santé de la population. Elle a enquêté et émis des avis de santé publique concernant les intoxications au monoxyde de carbone, les risques de contagion de grippe et de gastroentérite dans les centres de services aux sinistrés ainsi que des consignes de sécurité concernant le déglacage des toitures.

Les dommages causés aux résidences ont entraîné l'infiltration d'eau dans les plafonds et dans les murs. La santé publique est intervenue pour émettre des consignes sur les mesures d'hygiène et de nettoyage des résidences. Elle a organisé des visites dans les centres de SAS afin de prodiguer des conseils de salubrité.

Le directeur de la Santé publique a participé quotidiennement au point de presse de la Sécurité civile pour informer la population et lui expliquer les soins à prendre lors de cette crise. La Direction de la santé publique a mis en place un programme d'évaluation des impacts du verglas sur la santé des Montérégiens.

### **Analyse des problématiques d'intervention**

Afin de recueillir des informations et d'analyser la qualité des interventions, le groupe de recherche des HEC a rencontré plus de 200 intervenants d'urgence et citoyens. De plus, nous avons reçu une soixantaine de mémoires ou de rapports d'intervention de différents organismes de notre réseau. À partir de ces informations, le groupe de recherche a produit cinquante recommandations. De plus, la

Commission Nicolet a traité dans son rapport des interventions du réseau de la santé et des services sociaux. Les deux principaux rapports dressent un bilan positif des interventions du réseau de la santé et des services sociaux. Mentionnons quelques constats et recommandations de la Commission Nicolet :

*De façon générale, le réseau de la santé a répondu de façon adéquate à une augmentation considérable de la demande de services et cela, malgré le fait que la majorité des employés étaient eux-mêmes des sinistrés et que plusieurs établissements étaient également privés d'électricité.*

*Le verglas a fait prendre conscience que les CLSC pouvaient jouer un rôle plus large que celui qui leur est actuellement dévolu. Lorsqu'ils s'occupent des soins de première ligne, ils contribuent à désengorger les centres hospitaliers. De plus, étant responsables des soins à domicile, ils savent, en principe, qui sont les personnes vulnérables et peuvent leur dispenser des soins de première ligne.*

*Les établissements du réseau devraient réexaminer de façon approfondie leur programme de sécurité civile. Cette opération implique la révision des plans de mesures d'urgence, la formation continue de tous ceux qui sont appelés à intervenir et l'institution d'exercices de simulation périodiques.*

De plus, la Commission Nicolet est d'avis « que tous les établissements de santé et de services sociaux soient obligatoirement équipés de génératrices ou qu'ils puissent se brancher rapidement sur des génératrices en cas de nécessité ».

## **LES PERSPECTIVES D'AVENIR**

À partir des documents de la Commission Nicolet et du rapport Pauchant, nous proposons certaines pistes de réflexion qui devraient être mises de l'avant afin de bonifier l'état de préparation aux mesures d'urgence dans notre réseau de santé et de services sociaux. Il est évident que les quelques points que nous mentionnons ici ne sont qu'une partie des différentes recommandations de la Commission Nicolet et du rapport Pauchant.

### **Approche systémique**

Il est souhaitable d'entrevoir la planification de mesures d'urgence avec une approche systémique et non pas institutionnelle. À l'heure actuelle, le modèle de planification de mesures d'urgence est fait avec une approche d'institution telle que les hôpitaux, les CLSC, les services ambulanciers, les directions de Santé publique, les régions régionales et les CHSLD. Ces organismes sont tous des institutions prévues dans les plans d'urgence des régions régionales. Par contre, lors d'un sinistre majeur, plusieurs autres organismes n'ayant pas de mandat prévu dans les plans de mesures d'urgence interviennent dans le secteur d'activité ; pensons aux réseaux de pharmacies privées qui jouent un rôle important au quotidien, car ils doivent continuer à jouer leur rôle lors d'un sinistre majeur. Il en va de même pour les cliniques médicales et les organismes communautaires. De plus, certains services d'urgence, lors du verglas, sont intervenus dans le domaine de la santé. À titre d'exemple, les services de police et l'armée ont fait des visites à domicile pour s'assurer de l'état de santé et de la sécurité des résidents demeurant chez eux. Certains services de police ont mentionné qu'ils devaient être supportés dans cette opération par des intervenants du CLSC.

### **Bonifier les interventions des CLSC**

Le réseau de la santé et de services sociaux a changé depuis le début des années quatre-vingt-dix. Le virage ambulatoire permet d'offrir des services de santé à la maison. Cette approche est fonctionnelle en temps de « paix ». Lors d'un sinistre majeur, l'environnement sécuritaire des usagers devient instable. Ces derniers cherchent de l'aide et un refuge pour assurer leur sécurité. Ils se dirigent vers les centres de services aux sinistrés ou vers les établissements de santé. Ce mouvement de clientèle implique une organisation plus adéquate des services de santé physique dans les centres de services aux sinistrés afin de répondre aux besoins des clientèles en santé physique et en hygiène. Il en va de même pour les établissements de santé qui subissent une augmentation de clientèle. Il faut savoir rapidement distinguer l'accueil des urgences de l'accueil de réfugiés et disposer d'installations physiques. Nous devons réfléchir sur l'opportunité de prévoir des centres de services aux sinistrés spécia-

lisés pour les clientèles de maintien à domicile. Ces centres seraient choisis au sein du parc immobilier d'édifices publics en fonction du potentiel d'organisation physique des lieux ou encore pour favoriser le maintien à domicile de certaines clientèles.

### **Bonifier la notion de mesures d'urgence au sein des établissements**

Du côté de l'organisation des mesures d'urgence au sein des établissements de santé, celle-ci a été jusqu'à aujourd'hui axée sur deux types d'intervention, soit le plan d'intervention en cas de sinistre externe ou en cas de sinistre interne. Ces deux stratégies d'intervention sont axées sur l'origine du risque. Il est proposé que la planification des mesures d'urgence soit axée sur les conséquences des sinistres sur l'organisation et non pas sur l'origine du sinistre. À partir de cette notion, un établissement de santé devrait développer des stratégies d'intervention telles que l'évacuation, la relocalisation, le confinement, la réception d'usagers, l'isolement et le rétablissement après sinistre. Peu importe la nature du sinistre ou son origine, un établissement de santé devra mettre en place une ou plusieurs des stratégies citées précédemment. Le guide de planification des mesures d'urgence produit par le ministère en 1998 aborde la planification des mesures d'urgence avec cette optique.

Dans le même ordre d'idées, il faut développer les stratégies d'intervention en prenant en considération les capacités réelles d'intervention des organisations et des comportements des populations lors de sinistres. À titre d'exemple, mentionnons que lors de sinistres majeurs, la majorité des interventions de sauvetage sont faites par la population. Il en va de même pour le transport des blessés. Il est donc utopique d'avoir un plan d'urgence prévoyant les modalités de réception d'un grand nombre de blessés exclusivement par ambulance. Dans un processus de planification de mesures d'urgence, on a tendance à surestimer notre capacité réelle d'intervention et à sous-estimer les conséquences d'un sinistre.

### **Dynamiser la formation en planification de mesures d'urgence**

Du côté de la formation, nous constatons en Montérégie que malgré le grand nombre de personnes formées en mesures d'urgence au cours des dernières années, nous n'arrivons pas à maintenir un niveau souhaitable de personnes formées en mesures d'urgence. Cette situation nous amène à constater que, malgré les efforts soutenus de formation, nous n'arriverons qu'à maintenir un nombre restreint d'intervenants connaissant assez bien les concepts de sécurité civile et les stratégies d'intervention de mesures d'urgence. On sait que lors d'un sinistre majeur, c'est l'ensemble d'une organisation qui intervient. Il est donc compréhensible que lors du verglas, certaines organisations aient développé des modèles de gestion et des modèles de coordination afin de répondre à leurs besoins.

Afin de faciliter une plus grande pénétration des concepts d'intervention et de gestion lors de sinistres au sein de nos organisations, nous proposons que certains concepts soient inclus dans le curriculum de certains programmes de formation. À titre d'exemple, les gestionnaires poursuivant un programme de formation à la maîtrise en administration pourraient recevoir quelques heures de formation sur les concepts de planification de mesures d'urgence et de gestion lors d'un sinistre. Il en va de même pour le corps médical. L'organisation et la gestion des services médicaux d'urgence pour un grand nombre de blessés ou une arrivée massive de clientèle pourraient être enseignées et dispensées au sein de différents programmes.

### **Réduire les impacts de la dépendance aux technologies**

L'expérience du verglas nous a montré que nous avons développé au fil des années une grande dépendance envers les différentes technologies sans trop nous soucier des conséquences lors d'une problématique. Les problèmes constatés durant le verglas de 1998 confirment que la dépendance technologique peut être problématique pour certaines organisations. Par exemple, les CLSC n'ayant pas de génératrice ou de plan de branchement ont été ralentis dans l'orga-

nisation de leurs activités. Il en va de même pour les centres hospitaliers où il a fallu ajouter des génératrices, car elles devenaient la seule source d'énergie. Ce constat implique donc que nous devons développer les volets de continuité et de maintien des services à l'intérieur de notre planification de mesures d'urgence. Le passage à l'an 2000 est un bon exemple de risque technologique qui peut entraîner une déstabilisation dans nos organisations. C'est pour ces raisons que les notions de plan de relève ont été très tôt traitées dans la gestion de ce dossier.

## CONCLUSION

Nous croyons que les investissements qui ont été faits en mesures d'urgence dans notre réseau au cours des six dernières années nous ont permis d'avoir une base solide d'intervention d'urgence sur laquelle nous avons pu asseoir nos stratégies d'intervention. Malgré ces investissements, nous ne prévoyons pas en rester là. Les événements de janvier 1998 nous ont démontré avec quelle force la nature peut ébranler notre quotidien. Nous devons enrichir notre planification des mesures d'urgence grâce aux expériences vécues.

De plus, nous constatons que notre société développe des interrelations complexes entre les différentes organisations. Cette complexité, conjuguée à l'accroissement de la dépendance de nos populations envers les technologies en général, l'augmentation de la sophistication de ces technologies et, dans certains cas, de leur fragilité, nous amènent à croire que des événements comme ceux que nous avons vécus risquent de se reproduire dans un avenir prochain. Certains auteurs envisagent même de donner le nom de « risques technonaturels » à ce phénomène. Nous devons en prendre conscience et développer une culture de sécurité civile dans laquelle nous travaillerons à la prévention des sinistres et nous développerons des stratégies de réponse d'urgence. Nous devons aller plus loin dans notre réflexion et planifier aujourd'hui des stratégies de prévention et d'intervention pour les risques de demain.

## BIBLIOGRAPHIE

- ACKOFF, R. (1974). *Systems, Messes and Interactive Planning. Redesigning the Future*, New York, London. Wiley, 20 p.
- AKTOUF, O. (1989). *Le management : entre la tradition et le renouvellement*, Boucherville, Gaëtan Morin, 492 p.
- BARTUNEK, J.M. et M.K. MOCH (1987). « First-order, Second-order, and Third-order Change and Organisation Development Intervention », *Journal of Applied Behavioral Science*, vol. 23, n° 4, p. 483-500.
- CASALIS, P., T. PAUCHANT et A. OUELLET (1996). *Évaluation de l'intervention de l'organisation de la Sécurité civile au Québec lors des inondations de Saguenay en juillet 1996*, rapport présenté au ministère de la Sécurité publique, 95 p.
- CASALIS, P. (1997). *La sécurité civile au Québec : le virage*, Sommet de prévention et la gestion des sinistres, Saint-Jean-sur-le-Richelieu, 10-11 avril, cahier des participants, p. 12.
- COLLÈGE AHUNTSIC, (1998). *Formation des intervenants en sécurité civile au Québec*, mémoire présenté à la Commission scientifique et technique sur la tempête de verglas, Montréal, 11 p.
- COMMISSION SCIENTIFIQUE ET TECHNIQUE CHARGÉE D'ANALYSER LES ÉVÉNEMENTS RELATIFS À LA TEMPÊTE DE VERGLAS SURVENUE DU 5 AU 9 JANVIER (1999). *Pour affronter l'imprévisible : les enseignements du verglas de 1998*, rapport central, Sainte-Foy, Les publications du Québec, 442 p.
- COMMISSION SCIENTIFIQUE ET TECHNIQUE CHARGÉE D'ANALYSER LES ÉVÉNEMENTS RELATIFS À LA TEMPÊTE DE VERGLAS SURVENUE DU 5 AU 9 JANVIER (1999). *La Sécurité civile*, Sainte-Foy, Les publications du Québec, 442 p.
- CUENDAIT, G. (1981). *Principe de la gestion : système, structure des communications*, Suisse, Presse Polytechnique Romande.
- DENIS, H. (1989). *La gestion de catastrophe : le cas d'un incendie dans un entrepôt de B.P.C. à Saint-Basile-Le-Grand*, rapport au Bureau de la Protection civile du Québec, École Polytechnique de l'Université de Montréal, 78 p.



- DENIS, H. (1993). *Gérer les catastrophes : l'incertitude à apprivoiser*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 248 p.
- DIMAGGIO, P. et W. POWELL (1983). « The Iron Cage Revisited : Institutional and Collective Rationality in Organizational Fields », *American Sociological Review*, vol. 48, p. 94-96.
- GRAY, B. et D.J. WOOD (1991). « Collaborative Alliances : Moving from Practice to Theory », *Journal of Applied Behavioral Science*, vol. 27, n° 1, p. 3-22.
- GRAY, B. et D.J. WOOD (1991). « Toward a Comprehensive Theory of Collaboration », *Journal of Applied Behavioral Science*, vol. 27, n° 2, p. 139-162.
- LAGADEC, P. (1988). *Défaillance technologique et déstabilisation sociale*, Paris, Éditions du Seuil, 406 p.
- LAGADEC, P. (1994). *La gestion des crises : outils de réflexion à l'usage des décideurs*, Paris, Ediscience international, 326 p.
- MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE (1992). *Manuel de base de Sécurité civile*, Québec, Direction de la sécurité civile, 137p.
- MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE et ÉCOLE D'ADMINISTRATION PUBLIQUE (1998). *Rapport sur l'état de préparation des municipalités du Québec face aux sinistres*, Québec, Direction de la sécurité civile, 24 p.
- MCCANN, J. et J. SELSKY (1984). « Hyperturbulence and Emergence of Type V Environnements », *Academy of Management Review*, vol. 9, p. 460-470.
- PAUCHANT, T. et C. LAMARCHE (1998). *Le réseau de la santé et des services sociaux de la Montérégie, ses partenaires et les citoyens face à la tempête du verglas de l'hiver 1998 : évaluation et recommandations*, Longueuil, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 50 p.
- PAUCHANT, T. et I. MITROFF (1995). *La gestion de crises et des paradoxes : prévenir les effets destructeurs de nos organisations*, Montréal, Éditions Québec/Amérique, 332 p.
- PAUCHANT, T. (1995). « La pensée systémique et son apprentissage en entreprise », *Gestion*, mars 1996.

- PAUCHANT, T. (1997a). *Le virage en sécurité civile : de la planification et du pilotage des sinistres à la gestion des urgences et des systèmes complexes*, Saint-Jean-sur-le-Richelieu, 10-11 avril, cahier des participants, p. 17.
- PAUCHANT, T. (1997b). *La quête des sens : gérer nos organisations pour la santé des personnes, de nos sociétés et de la nature*, Montréal, Éditions Québec/Amérique, 360 p.
- TRIST, E. (1983). *Referent Organisations and the Development of Inter-Organisational Domains*, conférence à l'Academy of Management, Atlanta, Georgie.
- WEICK, K. (1984). « Small Wins, Redefining the Scale of Social Problems », *American Psychologist*, vol. 39, n° 1, p. 40-49.

# ÉVALUATION DE L'UTILITÉ DES MÉDIAS DURANT LA CRISE DU VERGLAS EN MONTÉRÉGIE

Maryse GUAY, M.D., M.Sc., FRCPC

## INTRODUCTION

**D**u 5 au 9 janvier 1998, une importante tempête de verglas s'est abattue sur le sud-ouest du Québec, affectant lourdement la région de la Montérégie. À compter du 6 janvier, une panne d'électricité généralisée suivit, affectant la majorité de la population. Les dommages causés par le verglas, le manque de courant et de chauffage ont bouleversé le quotidien de milliers d'individus et de familles et ont fait apparaître de nombreux problèmes et risques sanitaires pour la population, sans oublier la désorganisation sociale qui s'ensuivit. Durant une période de crise comme celle du verglas de 1998 en Montérégie, la pratique de santé publique responsable dicte d'établir rapidement des relations ouvertes avec les médias. Il s'agit là d'un élément essentiel de la gestion de la crise. En effet, comme les citoyens touchés par l'événement se tournent spontanément vers les médias, ces derniers deviennent une source d'information indispensable à plusieurs égards. Les médias permettent tout d'abord d'expliquer à la population ce qui se passe et peuvent indiquer les mesures à prendre pour affronter le désastre et pour savoir ce qu'il faut faire une fois la crise installée (Churchill, 1997).

C'est dans ce contexte et dans le cadre de la responsabilité que lui confère la Loi sur les services de santé et des services sociaux que le directeur de la santé publique de la Montérégie a voulu, durant la crise du verglas, informer les Montérégiens sur les problèmes de santé qui pouvaient les affecter particulièrement. Étant donné les conditions de vie qui étaient devenues celles de la population à la suite de la panne de courant et les risques pour la santé et la sécurité auxquels elle pouvait alors s'exposer, le directeur de la santé publique de la Montérégie a déployé des efforts importants pour transmettre de l'information à ce sujet. Aussi, le directeur de la santé

publique a donné diverses recommandations aux résidents de la Montérégie afin qu'ils prennent les mesures nécessaires pour éviter de mettre leur santé en péril.

Afin d'évaluer dans quelle mesure la population avait été rejointe de manière adéquate par les messages de santé et de sécurité, diverses questions à ce sujet ont été incluses dans l'enquête téléphonique réalisée auprès de la population montréalaise au printemps 1998. Tout d'abord, la population a été interrogée sur les sources d'information utilisées en matière de santé et sur les thèmes de santé entendus. Étant donné les risques sanitaires spécifiques entourant la crise du verglas, on a voulu évaluer les changements de comportement en matière de santé de la population dans la perspective où les comportements de santé à risque ont pu être influencés par les messages de santé et de sécurité transmis par les médias. Ces constats permettront de mieux orienter les interventions médiatiques lors d'éventuels sinistres.

## MÉTHODE

Les aspects méthodologiques relatifs à cette enquête sont succinctement décrits ici. Le lecteur intéressé à plus de détails est prié de se référer au rapport intégral de Bellerose *et al.* (2000). L'enquête téléphonique visait les ménages qui ont été sans électricité pour plus de vingt-quatre heures entre le 6 janvier et le 6 février 1998. L'étude s'est faite par entrevue auprès de 3 064 personnes de dix-huit ans et plus composant un échantillon aléatoire stratifié. Les entrevues téléphoniques se sont déroulées entre le 8 avril et le 1<sup>er</sup> mai 1998. Le taux de réponse a été de 71 %.

L'information relative aux médias a été obtenue à partir de questions conçues expressément pour les besoins de l'enquête. Les principales variables à l'étude sont les différentes sources d'information concernant les mesures de santé et de sécurité (famille, amis, voisins, employés de la ville, du CLSC ou de l'armée, dépliants ou feuillets d'information, journaux locaux, journaux quotidiens, radio, télévision, ligne téléphonique info-santé, autre ligne téléphonique), de même que la notoriété et l'utilité de ces sources (questions 67, 69, 70, 71 et 72). Les thèmes relatifs aux mesures de santé et de sécurité

qui ont été entendus par la population (qualité de l'eau, qualité des aliments, moyens de chauffage, problèmes liés au froid, risques de blessures ou d'accidents, risques liés aux dégâts d'eau, problèmes liés au stress et émotion [question 66]) sont aussi étudiés. Également, la pénétration et l'utilité de la brochure d'information « Reprendre la vie normale après une panne majeure d'électricité »<sup>1</sup> (questions 73 et 74) ont été évaluées. Cette brochure a été envoyée dans chaque foyer de la Montérégie<sup>2</sup> par la Régie régionale de la santé et des services sociaux à la fin des événements et elle visait à informer les Montérégiens sur les problèmes psychosociaux qui pouvaient survenir dans les familles et chez les individus dans les semaines de retour à la vie normale. La brochure informait aussi la population sur les problèmes de santé secondaires à l'apparition de moisissures pouvant survenir à la suite d'un dégât d'eau et sur les mesures à prendre pour solutionner ces problèmes. Enfin, l'appréciation que les Montérégiens font de l'information reçue en matière de santé et de prévention pendant et après la crise du verglas est rapportée (question 75).

Étant donné le nombre important de postes de radio écoutés par la population (question 70), une analyse a été effectuée pour réunir les différentes stations de radio selon deux groupes. Le premier groupe, que l'on a identifié comme les « radios régionales », a été constitué de stations de radio qui avaient une vocation suprarégionale ou nationale comme Radio-Canada ou CKAC alors que le second, les « radios locales », a été formé de postes de radio qui avaient une vocation locale ou sous-régionale comme 106,7 à Saint-Hyacinthe ou Z-104 à Saint-Jean-sur-Richelieu.

La dernière dimension étudiée est celle de la modification des comportements. En effet, on a interrogé la population pour savoir si les informations reçues sur les mesures de santé et de sécurité avaient modifié certaines de ses façons de faire en matière de santé et de sécurité (question 68).

Tous les éléments descriptifs ont été analysés en tenant compte de facteurs associés à la panne de courant (triangle ou hors triangle<sup>3</sup>), du milieu de vie et de facteurs personnels. Les résultats les plus significatifs sont rapportés ici. Cependant le lecteur qui veut obtenir l'ensemble des résultats pourra se référer au rapport complet

d'analyse (Guay, 2000a, 2000b). La présence de relations entre ces variables a été mesurée par le test de chi deux dont le seuil de signification statistique a été établi à  $\alpha < 0,001$ .

## RÉSULTATS

### Sources d'information

La radio est la source d'information consultée par la plus grande proportion de citoyens (73 %), suivie par la télévision avec 54 % de la population (tableau 1). Les journaux locaux ou quotidiens, de même que la famille, les amis ou les voisins ont été la source d'information pour un peu plus du quart de la population. Enfin la ligne info-santé ou autres lignes téléphoniques ont été des sources d'information peu utilisées. Les proportions de la population ayant consulté les diverses sources d'information ne varient pas selon le secteur de sinistre, sauf pour trois sources (tableau 2). Tout d'abord, il existe une différence significative entre les secteurs de sinistre en ce qui concerne la proportion de gens ayant écouté la télévision, une plus grande proportion des résidents hors triangle ayant écouté la télévision (55 % hors triangle contre 48 % dans le triangle). Ensuite, la population du secteur le plus affecté a consulté en plus grande proportion les employés de la ville, du CLSC ou de l'armée de même que les dépliants ou feuillets d'information.

La majorité des Montérégiens (95 %) ont consulté au moins une source d'information durant la panne d'électricité ou lors du retour de l'électricité et ces proportions sont semblables peu importe que la population soit du secteur plus ou moins sinistré (tableaux 1 et 2).

Les personnes des différents groupes d'âge n'ont pas accordé la même importance aux sources d'information (tableau 3). En effet, les plus jeunes ont consulté la famille, les amis ou les voisins, la radio et la télévision comme sources d'information dans des proportions plus élevées que les personnes plus âgées (respectivement 40 %, 78 % et 56 %), et ces proportions diminuent graduellement avec l'âge (respectivement 21 %, 56 % et 44 % pour les 65 ans ou plus). Pour les autres sources d'information, il n'y a pas de différence significative selon l'âge. On observe cependant une proportion

nettement plus élevée de personnes âgées de 65 ans ou plus qui n'a consulté aucun des principaux médias d'information. En effet, 16 % des 65 ans ou plus n'ont consulté aucune source d'information, alors que seulement 3 à 4 % des plus jeunes ont fait de même. Une proportion plus élevée de francophones ont consulté les journaux locaux et la télévision comme source d'information en comparaison avec les personnes parlant d'autres langues à la maison. En ce qui concerne les autres sources d'information, aucune différence n'est constatée en fonction de la langue parlée à la maison.

**Tableau 1**

**Principales sources d'information et nombre de sources d'information consultées (%) concernant les mesures de santé et de sécurité pendant la panne d'électricité ou lors du retour de l'électricité**  
*Montérégiens de 18 ans ou plus*

	<b>Pourcentage Montérégie</b>
<b>Source d'information consultée</b>	
Radio	73,3
Télévision	53,6
Journaux quotidiens	31,4
Famille, amis, voisins	26,6
Employés de la ville, du CLSC ou de l'armée	24,4
Dépliants ou feuillets d'information	22,1
Journaux locaux	19,7
Ligne info-santé	1,9
Autres lignes téléphoniques	1,3
Autres	2,4
<b>Nombre de sources d'information consultées</b>	
Aucune source	5,2
Une source	20,5
Deux ou trois sources	51,3
Quatre sources ou plus	23,0

Source : Sondage SOM - Pondération « répondant », n = 3 064.

Tableau 2

**Principales sources d'information et nombre de sources d'information consultées par les Montérégiens (%) concernant les mesures de santé et de sécurité pendant la panne d'électricité ou lors du retour de l'électricité selon le secteur de sinistre**  
*Montérégiens de 18 ans ou plus*

	Secteur de sinistre		
	Triangle	Hors triangle	Sig
<b>Source d'information consultée</b>			
Radio	70,6	74,2	0,054
Télévision	47,8	55,4	0,000
Journaux quotidiens	29,4	32,0	0,177
Famille, amis, voisins	26,8	26,5	0,863
Employés de la ville, du CLSC ou de l'armée	32,0	21,9	0,000
Dépliants ou feuillets d'information	30,7	19,3	0,000
Journaux locaux	21,4	19,1	0,174
Ligne info-santé	1,9	2,0	0,836
Autre ligne téléphonique	1,1	1,3	0,564
Autres	2,1	2,5	0,608
<b>Nombre de sources consultées</b>			
Aucune source	4,7	5,4	0,170
Une source	19,0	21,0	—
Deux ou trois sources	50,6	51,5	—
Quatre sources et plus	25,8	22,1	—

Source : Sondage SOM - Pondération « répondant », n = 3 064.

### Utilité des sources d'information

Parmi les sources d'information consultées, la radio a été jugée une des sources les plus utiles par la moitié de la population (tableau 4). La télévision est considérée utile par 37 % des Montérégiens ; viennent ensuite les journaux quotidiens qui ont été estimés utiles par 12 % des Montérégiens.



**Tableau 3**

**Sept principales sources d'information consultées (%) concernant les mesures de santé et de sécurité pendant la panne d'électricité ou lors du retour de l'électricité selon l'âge et la langue**  
*Montérégiens de 18 ans ou plus*

	Groupe d'âge (ans)				Sig
	18-24	25-44	45-64	65 ou +	
<b>Source d'information consultée</b>					
Famille, amis, voisins	39,9	28,4	21,6	20,5	0,000
Employés de la ville, du CLSC ou de l'armée	22,4	24,9	25,6	22,2	0,422
Dépliants ou feuillets d'information	17,4	24,4	22,0	19,5	0,016
Journaux locaux	17,6	19,6	21,1	18,8	0,496
Journaux quotidiens	31,6	29,0	32,9	34,5	0,100
Radio	78,2	76,9	74,3	55,8	0,000
Télévision	56,3	56,6	52,1	43,9	0,000
<b>Nombre de sources consultées</b>					
Aucune source	2,5	3,3	4,4	15,7	0,000
Une source	18,2	19,5	22,0	22,2	—
Deux ou 3 sources	55,7	53,1	51,4	40,8	—
Quatre sources et plus	23,5	24,1	22,1	21,3	—

...suite

Tableau 3 (suite)

	Langue		
	Français	Autre	Sig
<b>Source d'information consultée</b>			
Famille, amis, voisins	26,4	27,5	0,624
Employés de la ville, du CLSC ou de l'armée	24,7	22,3	0,293
Dépliants ou feuillets d'information	22,7	18,4	0,050
Journaux locaux	20,9	11,3	0,000
Journaux quotidiens	31,9	28,3	0,143
Radio	73,4	73,0	0,841
Télévision	55,5	41,3	0,000

Source : Sondage SOM - Pondération « répondant », n = 3064.

**Tableau 4**

**Utilité des sources d'information consultées (%)  
selon le secteur de sinistre  
Montérégiens de 18 ans ou plus**

	Secteur de sinistre		
	Triangle	Hors triangle	Sig
<b>Source d'information les plus utiles</b>			
Radio	48,3	50,7	0,244
Télévision	29,5	39,4	0,000
Journaux quotidiens	12,0	12,0	0,996
Employés de la ville, du CLSC ou de l'armée	10,7	7,0	0,001
Famille, amis ou voisins	6,7	6,3	0,720
Dépliants ou feuillets d'information	10,4	2,6	0,000
Journaux locaux	6,9	3,9	0,001
Ligne info-santé	0,3	0,0	0,013*
Autres lignes téléphoniques	0,3	0,3	0,971*
Autres	0,9	0,7	0,590

Source : Sondage SOM - Pondération « répondant », n = 3 064.

\* Au moins une des cellules du tableau de contingence présente une fréquence attendue inférieure à 5, le degré de signification est donné à titre indicatif.

Les employés de la ville, du CLSC ou de l'armée ont été évalués utiles par 8 % des citoyens alors que cette proportion se situe autour de 5 % chacun pour les dépliants et les journaux locaux. La famille, les amis ou les voisins ont été jugés utiles par 6 % de la population et, enfin, une très faible proportion de la population a apprécié l'utilité des lignes téléphoniques info-santé ou de toute autre source d'information.

L'utilité des sources d'information consultées a été jugée dans des proportions semblables par les personnes des deux secteurs de sinistre pour la plupart de ces sources (tableau 4). Cependant, la télévision est jugée utile par la population hors triangle (39 %) dans

une plus grande proportion que les personnes résidant dans le triangle (30 %). Les employés de la ville, du CLSC ou de l'armée, de même que les dépliants ou feuillets d'information et les journaux locaux ont été jugés utiles par une proportion significativement plus grande de la population du triangle comparativement aux Montérégiens du secteur hors triangle (employés : triangle 11 % et hors triangle 7 % ; dépliants : triangle 10 % et hors triangle 3 % ; journaux locaux : triangle 7 % et hors triangle 4 %).

### **Thèmes d'information entendus**

Sept thèmes ont fait l'objet de la question sur les messages transmis à la population à l'égard des mesures de santé et de sécurité (tableau 5). Ces thèmes portaient sur la qualité de l'eau, la qualité des aliments, les moyens de chauffage d'appoint, les problèmes reliés au froid, les risques de blessures ou d'accidents, les risques liés aux dégâts d'eau ou aux inondations et, enfin, les problèmes liés au stress et aux émotions.

Globalement, la majorité de la population (88 %) affirme avoir reçu de l'information sur l'un ou l'autre des thèmes qui ont fait l'objet de messages de santé publique, mais les proportions spécifiques à chacun d'entre eux sont variables. L'information concernant les moyens de chauffage d'appoint a été entendue par une plus grande proportion des résidents de la Montérégie, alors que l'information sur la qualité de l'eau et les problèmes reliés au stress et aux émotions a été proportionnellement moins reçue. Seulement 12 % de la population n'a entendu aucun des sept thèmes d'information énumérés, 18 % entre un et trois thèmes et 70 % disent avoir entendu quatre thèmes ou plus concernant les mesures de santé et de sécurité à prendre. Plus de 34 % de la population a entendu la totalité des thèmes.

Les différents thèmes concernant les mesures sur la santé et la sécurité ont été à peu près également reçus par les résidents des deux secteurs de sinistre (tableau 6), sauf en ce qui a trait aux messages sur les problèmes liés au stress et aux émotions. Dans ce dernier cas, les Montérégiens du triangle ont été proportionnellement plus nombreux à recevoir l'information (60 %) que les résidents de

l'extérieur du triangle (53 %). Pour les messages sur les dégâts d'eau ou inondations, une tendance semblable est observée sans atteindre le seuil de signification statistique.

**Tableau 5**

**Proportion de la population (%) ayant été informée pendant la panne d'électricité ou lors du retour de l'électricité sur les divers thèmes concernant les mesures de santé et de sécurité à prendre et selon le nombre de thèmes d'information entendus Montérégiens de 18 ans ou plus**

	<b>Proportion Montérégie</b>
<b>Thèmes entendus</b>	
Moyens de chauffage d'appoint	76,0
Qualité des aliments	74,2
Problèmes liés au froid	70,1
Risques de blessures ou d'accidents	67,9
Risques liés aux dégâts d'eau ou inondations	65,6
Qualité de l'eau	56,6
Problèmes liés au stress et aux émotions	54,5
<b>Nombre de thèmes</b>	
Aucun thème	12,2
Un thème	5,3
Deux thèmes	5,5
Trois thèmes	7,6
Quatre thèmes	6,8
Cinq thèmes	11,5
Six thèmes	16,8
Sept thèmes	34,5

Source : Sondage SOM - Pondération « répondant », n = 3 064.

**Tableau 6**

**Proportion de la population (%) ayant été informée  
sur les divers thèmes concernant les mesures de santé et  
de sécurité à prendre pendant la panne d'électricité ou  
lors du retour de l'électricité selon le secteur de  
sinistre, l'âge et la langue parlée à la maison  
*Montérégiens de 18 ans ou plus***

	Secteur de sinistre				Sig
	Triangle	Hors triangle			
<b>Thème spécifique entendu</b>					
Qualité de l'eau	59,1	55,8			0,105
Qualité des aliments	74,7	74,1			0,764
Moyens de chauffage d'appoint	78,2	75,2			0,096
Froid	72,2	69,5			0,150
Blessure ou accident	70,4	67,1			0,094
Dégâts d'eau ou inondations	69,4	64,3			0,010
Stress et émotions	60,4	52,6			0,000
	Groupe d'âge (ans)				
	18-24	25-44	45-64	65 ou +	Sig
<b>Thème d'information entendu</b>					
Qualité de l'eau	63,7	57,6	58,5	42,8	0,000
Qualité des aliments	80,7	78,6	73,6	56,8	0,000
Moyens de chauffage d'appoint	81,0	80,2	77,2	54,8	0,000
Froid	75,9	75,5	70,6	46,0	0,000
Blessure ou accident	73,1	71,9	69,4	46,3	0,000
Dégâts d'eau ou inondations	66,8	71,9	66,5	42,7	0,000
Stress et émotions	46,1	58,5	59,4	38,2	0,000

...suite

Tableau 6 (suite)

	Langue				
	Français	Autre	Sig		
<b>Thème spécifique entendu</b>					
Qualité de l'eau	57,5	51,0	0,013		
Qualité des aliments	75,0	70,0	0,033		
Moyens de chauffage d'appoint	78,2	62,3	0,000		
Froid	71,6	61,2	0,000		
Blessure ou accident	69,8	56,0	0,000		
Dégâts d'eau ou inondations	67,6	52,8	0,000		
Stress et émotions	56,8	39,8	0,000		
	Groupe d'âge (ans)				
	18-24	25-44	45-64	65 ou +	Sig
<b>Nombre de thèmes entendus</b>					
Aucun thème	8,4	8,1	12,0	30,1	0,000
De un à trois thèmes	14,3	17,2	18,1	24,6	
De quatre à six thèmes	45,9	38,6	31,8	22,2	
Sept thèmes	31,4	36,2	38,1	23,1	
	Langue				
	Français	Autre	Sig		
<b>Nombre de thèmes entendus</b>					
Aucun thème	10,9	20,3	0,000		
De un à trois thèmes	17,6	22,4	—		
De quatre à six thèmes	36,0	29,5	—		
Sept thèmes	35,5	27,9	—		

Source : Sondage SOM - Pondération « répondant », n = 3064.

Les personnes plus jeunes ont entendu, en plus grande proportion que les personnes plus âgées, l'information sur les cinq premiers thèmes mentionnés (qualité de l'eau, qualité des aliments, moyens de chauffage d'appoint, froid, blessures ou accidents). Les proportions sont toujours plus élevées pour les personnes de 18 à 24 ans et diminuent graduellement pour être nettement plus faibles chez les

aînés de 65 ans et plus. Pour les risques liés aux dégâts d'eau, les personnes âgées de 64 ans et moins ont entendu dans des proportions semblables (entre 67 % et 72 % selon les groupes) l'information à ce sujet, comparativement à seulement 43 % des aînés. Finalement, pour les problèmes liés au stress et aux émotions, une plus grande proportion de 25 à 64 ans (59 %) a reçu l'information sur ces problèmes que chez les groupes des plus jeunes (46 %) ou des plus âgés (38 %). Les personnes dont la langue parlée à la maison est le français ont entendu l'ensemble des thèmes dans des proportions plus élevées que les personnes dont la langue est autre que le français, à l'exception des thèmes sur la qualité des aliments et sur la qualité de l'eau.

Concernant le nombre de thèmes entendu maintenant, les proportions des aînés qui n'ont entendu aucun des thèmes ou qui n'ont entendu que de un à trois thèmes sont plus importantes que les proportions observées chez les moins de vingt-cinq ans. Les gens parlant une langue autre que le français à la maison sont proportionnellement plus nombreux à ne pas avoir reçu l'information sur l'un ou l'autre des thèmes. En effet, 20 % de ceux qui parlent une autre langue que le français à la maison n'ont entendu aucun des sept thèmes, comparativement à 11 % chez les francophones.

### **Postes de radio et de télévision consultés**

Les Montérégiens qui ont écouté la radio ont indiqué plus d'une centaine de postes de radio différents qui ont donné de l'information sur les mesures de santé et de sécurité à prendre (tableau 7). Le poste CKAC a été écouté par 35 % de la population, CKVL par 16 %, Radio-Canada par 14 % et CKOI par 11 % de la population. Les autres postes à portée régionale ont été écoutés par moins de 10 % de la population. Plus du quart de la population (29 %) a écouté des postes de radio à portée locale.

Plus d'une cinquantaine de postes de télévision différents ont été énumérés par la population ayant eu recours à cette source d'information (tableau 8). Le poste regardé par la plus grande proportion de la population a été TVA (73 %), suivi de Radio-Canada en français (56 %) et de TQS (25 %). Les autres postes ont été écoutés par



11 % ou moins des Montréalais, soit CTV avec 11 %, RDI avec 11 %, Radio-Canada en anglais avec 7 % et Télé-Québec avec 2 %. Parmi les autres postes écoutés (soit par 7 % des résidents de la Montérégie), on retrouve différentes stations de télévision dont des télé communautaires et des postes américains.

**Tableau 7**

**Principaux postes de radio écoutés qui donnaient de l'information sur les mesures de santé et de sécurité à prendre  
Montréalais de 18 ans ou plus ayant écouté la radio**

	<b>Proportion l'ayant écouté</b>
<b>Poste de radio à portée locale</b>	
Tous les postes de radio à portée locale	28,9
<b>Poste de radio à portée régionale</b>	
CKAC	34,6
CKVL	16,3
Radio-Canada (1)	13,6
CKOI	11,0
CJAD	7,0
CKMF	6,1
CJMF	4,8
Cité Rock détente	4,0
Ciel	3,2
Autres postes de radio à portée régionale (2)	10,2
Indéterminé (3)	3,3
Aucun poste mentionné	15,8

Source : Sondage SOM - Pondération « répondant », n = 2 247.

- (1) Pour Radio-Canada, les répondants ont mentionné diverses appellations, allant tout simplement de Radio-Canada à CBC français ou CBC anglais FM, 95,1 Radio Montérégie. Il était alors difficile de regrouper les appellations moins spécifiques (ex. : Radio-Canada français était-il AM ou FM). Il a alors été décidé de regrouper toutes ces appellations sous Radio-Canada.
- (2) Il s'agit de différents postes de radio à portée régionale ayant été mentionnés individuellement par moins de 3 % de la population.
- (3) Certains postes n'ont pas pu être classés étant donné que le nom indiqué par les répondants ne correspondait ou ne ressemblait à aucun poste connu.

Tableau 8

**Principaux postes de télévision qui informaient sur les  
mesures de santé et de sécurité à prendre  
Montréalais de 18 ans ou plus  
ayant regardé la télévision**

	<b>% l'ayant regardé (1)</b>
<b>Postes de télévision</b>	
TVA	72,9
Radio Canada français	55,7
TQS	24,7
CTV	11,4
RDI	10,5
Radio Canada anglais	6,5
Télé-Québec	1,8
Autres (2)	6,5
Aucun poste mentionné : 7,0	

Source : Sondage SOM - Pondération « répondant », n = 1 635.

- (1) Les proportions présentées sont celles des personnes qui ont mentionné un poste de télévision, les 7 % des personnes qui n'ont pas nommé de poste en particulier ont été exclues.
- (2) Il s'agit de différents postes de télévision ayant été mentionnés individuellement par moins de 1 % de la population.

**Pénétration de la brochure *Reprendre la vie normale après une panne majeure d'électricité***

À l'échelle de la Montérégie, 40 % des individus ont pris connaissance de la brochure *Reprendre la vie normale après une panne majeure d'électricité* (tableau 9). De plus, sur une échelle à quatre catégories (de très utile à pas du tout utile), les Montréalais ont qualifié l'utilité de cette brochure. Un peu plus de la moitié de la population qui a consulté la brochure a trouvé les informations qu'elle contenait assez ou très utiles. Les proportions de gens ayant pris connaissance de la brochure sont influencées par certaines variables personnelles (tableau 10). Tout d'abord, la proportion de personnes de 18 à 24 ans ayant pris connaissance de la brochure est

inférieure (21 %) à celle des autres groupes d'âge (de 40 à 45 %). On voit le même phénomène chez les non francophones (24 %) en comparaison avec les francophones (43 %).

**Tableau 9**

**Proportion des Montérégiens qui ont pris connaissance de la brochure *Reprendre la vie après la crise du verglas* et évaluation de son utilité  
Montérégiens de 18 ans ou plus**

	<b>Proportion Montérégie</b>
<b>Ont pris connaissance de la brochure (n = 3 064)</b>	
Oui	40,4
Non	59,6
<b>Utilité de l'information contenue (n = 1 209)</b>	
Très utile	18,2
Assez utile	36,5
Peu utile	23,4
Pas du tout utile	21,9

Source : Sondage SOM - Pondération « répondant ».

**Appréciation de l'information reçue**

La majorité de la population a estimé avoir été bien informée sur les questions de santé pendant ou après la crise du verglas (tableau 11). En effet, 91 % de la population a jugé avoir été bien informée, en regroupant les personnes se disant plutôt bien et très bien informées. Cette proportion est relativement semblable, soit 94 %, en ne tenant compte que des personnes qui ont entendu au moins un des thèmes relatifs aux mesures de santé et de sécurité identifiés dans l'enquête.

**Tableau 10**

**Proportion de la population (%) qui a pris connaissance de la brochure  
*Reprendre la vie normale après une panne majeure d'électricité*  
 et estimation de son utilité selon les facteurs personnels  
*Montérégiens de 18 ans ou plus***

	Groupe d'âge (ans)				Sig
	18-24	25-44	45-64	65 ou +	
<b>Ont pris connaissance de la brochure (n = 3 064)</b>					
Oui	20,5	43,0	44,6	40,1	0,000
<b>Utilité de l'information contenue (n = 1 209)</b>					
Assez ou très utile	37,7	48,5	60,8	69,4	0,000
	<b>Langue</b>				
	Français	Autre			Sig
<b>Ont pris connaissance de la brochure (n = 3 064)</b>					
Oui	43,0	23,7			0,000
<b>Utilité de l'information contenue (n = 1 209)</b>					
Assez ou très utile	54,4	59,0			0,410

Source : Sondage SOM - Pondération « répondant ».

**Tableau 11**

**Appréciation de l'information reçue par les Montérégiens  
sur les questions de santé et de prévention  
pendant et après la crise du verglas  
*Montérégiens de 18 ans ou plus***

	<b>Proportion Montérégie</b>
<b>Toute la population (n = 3 064)</b>	
Appréciation de l'information reçue	
Bien informé	91,4
Mal informé	8,6
<b>Ceux ayant entendu au moins un des thèmes concernant les mesures de santé et de sécurité (n = 2 688)</b>	
Appréciation de l'information reçue	
Bien informé	94,0
Mal informé	6,0

Source : Sondage SOM – Pondération « répondant ».

Parmi la population ayant entendu au moins un des thèmes sur les mesures de santé et de sécurité, les proportions de ceux qui estiment avoir été bien informés sur les questions de santé pendant ou après la crise du verglas ne varient pas de façon notable d'un secteur de sinistre à l'autre (tableau 12). Cependant, les personnes parlant le français à la maison ont dit en plus grande proportion (93 %) avoir été bien informées par rapport à celles qui parlent une autre langue (79 %).

**Modification du comportement à la suite des informations reçues**

Parmi les personnes qui ont entendu l'un ou l'autre des thèmes d'information mentionnés précédemment, environ le tiers signale avoir modifié certaines de sa façon de faire à la suite des informa-

tions reçues en matière de santé et de sécurité (tableau 13). Parmi celles qui n'ont pas modifié leurs comportements, il ne faut pas oublier qu'elles n'avaient probablement pas de comportement à risque au départ, mais les données colligées ici ne permettent pas de déterminer la proportion de ces personnes. La proportion de ceux qui signalent avoir modifié un comportement à la suite des conseils reçus ne varie pas selon le secteur de sinistre.

**Tableau 12**

**Proportion de la population (%) se considérant bien informée sur les questions de santé et de prévention pendant et après la crise du verglas selon le secteur de sinistre et la langue parlée à la maison**  
*Montérégiens de 18 ans et plus ayant entendu au moins un thème sur les mesures de santé et de sécurité*

	Bien informés	Sig
<b>Secteur de sinistre</b>		
Triangle	95,0	0,222
Hors triangle	93,6	
<b>Langue parlée à la maison</b>		
Français	93,3	0,000
Autre	79,2	

Source : Sondage SOM – Pondération « répondant », n = 2 688.

## DISCUSSION

### Portée des résultats

Les résultats nous montrent la grande importance de la radio parmi les sources d'information. La radio demeure une source d'information en matière de santé privilégiée par les trois quarts des répondants de la Montérégie. Elle est aussi jugée la plus utile par la moitié de la population. Même durant la panne d'électricité, cette source d'information est restée relativement accessible, peu importe

le secteur de sinistre. Les postes de radio à portée régionale ont été écoutés par la plupart des Montérégiens, le poste CKAC a été écouté par plus du tiers de la population, suivi par l'ensemble des postes de radio à portée locale, presque la moitié de la population plus affectée par les pannes d'électricité s'est tournée vers les postes de radio à portée locale. En ce qui a trait à l'intervention de santé publique en cas de crise, il faut donc rappeler la pertinence de la radio comme source d'information et ne pas négliger la portée des postes de radio locaux.

**Tableau 13**

**Modification du comportement (%)  
à la suite des informations reçues  
Montérégiens de 18 ans ou plus qui ont entendu l'un ou  
l'autre des messages de santé et de sécurité**

	Proportion Montérégie
<b>Changement de comportement</b>	
Oui	30,3
Non	69,7

Source : Sondage SOM - Pondération « répondant, volet 2 », n = 2 688.

La télévision prend aussi une place considérable comme source d'information, la moitié de la population l'ayant regardée. La station TVA a été le poste regardé par la majorité. À prime abord, l'importance donnée à la télévision peut paraître surprenante étant donné qu'avec la panne de courant, l'accès à cette source d'information a pu être limitée. L'examen de la formulation des questions relatives aux sources d'information et aux messages de santé nous indique que l'on a cherché à connaître les sources d'information et les messages en matière de santé non seulement pendant la panne d'électricité, mais aussi lors du retour de l'électricité. Ce constat peut donc expliquer pourquoi la télévision a été consultée par une proportion aussi élevée de la population puisqu'on a considéré autant la période de la panne d'électricité que celle du retour de l'électricité. Malgré tout, le facteur d'absence de courant a proba-

blement eu un certain impact sur les réponses puisque la population du secteur le plus sinistré a indiqué avoir regardé la télévision en moins grande proportion et qu'elle l'a jugée utile en proportion moins élevée que la population hors triangle. Cette différence n'est donc pas étonnante puisque la population du triangle, qui n'avait pas d'électricité, avait probablement moins accès à ce moyen d'information. Globalement, la télévision reste tout de même un média important.

Pour les sources d'information que sont les journaux locaux ou quotidiens, les employés de la ville, du CLSC ou de l'armée et les dépliants ou feuillets d'information, ils sont d'importance relativement égale, sans évidemment prendre autant de place qu'ont pu prendre la radio ou de la télévision. Cette observation est valable autant à l'égard de la proportion de Montérégiens les ayant consultés que de l'évaluation de leur utilité. Encore ici, la population plus sinistrée a eu recours en plus grande proportion aux ressources plus accessibles localement comme les employés et les dépliants ou feuillets d'information. Les citoyens du triangle ont également jugé ces dernières sources utiles en proportions plus élevées. Globalement, pour la population de la Montérégie, les sources d'information locales, en partant de la radio régionale jusqu'aux employés municipaux en passant par les journaux locaux, ont été des sources d'information grandement utilisées.

Il faut déplorer le fait que la ligne info-santé ne soit une source d'information que pour une faible portion de la population. Les autorités de santé publique comptent beaucoup sur ce canal de communication pour transmettre des messages de santé et de prévention, car les informations qui y sont données sont considérées de bonne qualité. Sans négliger cette source d'information pour la population, il faut reconnaître sa portée limitée dont l'utilité réside surtout dans la transmission d'informations sur une base individuelle à des personnes qui ont posé un geste concret pour obtenir des renseignements.

Il est rassurant d'observer que presque toute la population a consulté au moins une source d'information durant la période critique. Ce constat montre qu'il est possible de rejoindre la population par l'un ou l'autre des moyens de communication évalués, les personnes



n'ayant consulté aucune des sources d'information restant marginales, soit seulement 5 % des Montérégiens. On ne connaît malheureusement pas les caractéristiques de cette minime portion de la population non rejointe, mais on peut émettre l'hypothèse qu'il s'agit probablement d'une clientèle vulnérable, difficile à atteindre par les messages de santé ou de prévention, même en période normale. À cet égard, certaines personnes âgées figurent vraisemblablement parmi ce groupe puisque les personnes âgées ont entendu les divers messages en proportions plus faibles, sont présentes en plus grande proportion parmi celles qui n'ont consulté aucune source d'information et que les proportions des aînés ayant écouté les deux sources préférées des Montérégiens, soit la radio ou la télévision, sont plus faibles. Pour expliquer les proportions moindres d'écoute de la radio ou de la télévision des personnes âgées, il est possible que les limitations physiques engendrées par le processus de vieillissement au plan de la vision et de l'audition soient explicatives. Il n'en demeure pas moins que dans le choix des moyens pour communiquer avec la population, il ne faut pas oublier le défi particulier que représente l'atteinte des personnes âgées.

Les données colligées ici ne permettent pas de vérifier si les sources d'information consultées par la population lors de la période entourant la crise du verglas sont celles habituellement utilisées en temps normal. Par exemple, la radio et les postes de radio à portée locale sont-ils aussi populaires à l'ordinaire ? C'est pourquoi il faut considérer les sources d'information identifiées et leur importance relative en comprenant bien qu'elles correspondent à la réalité de la crise, mais pas nécessairement aux sources d'information sur la santé consultées régulièrement par les Montérégiens.

Certains messages ont été entendus de manière plus importante par la population plus sinistrée. C'est le cas des thèmes relatifs aux risques liés aux dégâts d'eau ou inondations et aux problèmes liés au stress et aux émotions. Il est possible que la population du secteur du triangle, ayant été particulièrement touchée par ces problèmes, ait été par le fait même plus attentive à ces messages. De plus, la population du secteur plus sinistré ayant pris connaissance de la brochure *Reprendre la vie normale après une panne majeure d'électricité* en plus grande proportion et considérant que la brochure

traitait spécifiquement de ces deux thèmes, il est alors plausible de croire que la brochure aura pu y contribuer.

Bien que la brochure *Reprendre la vie normale après une panne majeure d'électricité* n'ait rejoint que 40 % de la population, plus de la moitié de ceux qui en ont pris connaissance l'ont trouvé utile. Il ne faut pas oublier que l'erreur dans la formulation de la question sur la brochure (confusion dans le titre de la brochure pour le questionnaire en français, voir note 1) ait pu amener une sous-estimation dans l'évaluation de la pénétration réelle de la brochure. Cependant, ce problème ne devrait pas affecter les divers groupes de manière différenciée, laissant valides les différences de proportions observées dans les variables indépendantes étudiées. Ainsi, les personnes plus âgées et les personnes dont la langue est le français à la maison semblent l'avoir mieux appréciée. Pour la population non francophone, il n'est pas surprenant que la brochure ait été jugée peu utile puisque seule la version française a été largement distribuée et qu'il fallait faire des démarches auprès des CLSC pour obtenir la version anglaise. Si semblable intervention est conduite à l'avenir, il faudra s'assurer qu'une plus grande proportion de la population puisse être rejointe, peu importe sa langue de communication.

En fin de compte, presque toute la population dit avoir été bien informée en ce qui concerne les questions de santé et de prévention pendant ou après la panne d'électricité. Même ceux n'ayant pas entendu parler des divers thèmes spécifiques semblent satisfaits de la qualité des informations transmises en matière de santé et de prévention. On ne peut passer sous silence l'influence de la langue sur la satisfaction. En effet, les personnes dont la langue à domicile est autre que le français estiment avoir été bien informées en moins grande proportion que les francophones. Ce constat est cohérent avec les observations suivantes, pour presque tous les thèmes sur la santé et la prévention, les non-francophones en ont entendu parler en proportions plus faibles, ils ont entendu parler d'un moins grand nombre de thèmes et ils ont pris connaissance de la brochure *Reprendre la vie normale après une panne majeure d'électricité* en proportion plus petite. Bien que la majorité des Montérégiens soit francophone, il faudra à l'avenir prendre en compte l'atteinte des sous-populations d'autres langues.

Les résultats du sondage nous apprennent qu'environ le tiers de la population a modifié ses façons de faire en matière de santé et de sécurité à la suite des informations reçues sur les mesures de santé et de sécurité. Avant de discuter de ces derniers résultats, il faut absolument apporter une mise en garde importante à l'égard de l'énoncé de la question sur les changements de comportement et sur l'interprétation qu'on peut en faire. En effet, la question demandait au répondant si les informations reçues sur les mesures de santé et de sécurité à prendre avaient modifié certaines de leurs façons de faire en matière de santé et de sécurité.

Tout d'abord, on ne sait pas du tout à quelles informations on fait spécifiquement référence. Le concept de mesures de santé et de sécurité est large et on ne sait pas ce que les répondants ont pu considérer comme informations à ce sujet. De plus, durant la période du verglas, les informations fusaient de toutes parts et il est impossible de savoir si elles correspondaient toutes à des informations adéquates. Ainsi, on ne peut dire si des comportements modifiés ont pu l'être à la suite d'informations appropriées en matière de santé et de sécurité.

Ensuite, on ne sait pas non plus à quelle façon de faire en matière de santé et de sécurité on faisait référence. Comme on l'a indiqué plus haut, les concepts de santé et de sécurité sont très larges, on ne sait pas quel sens précis a été donné par les répondants à ces concepts. Le sens donné pouvait être très variable d'une personne à l'autre. Également, les façons de faire en matière de santé et de sécurité sont aussi des notions floues et on ne sait pas quel type de comportement était considéré comme un comportement déficient en matière de santé et sécurité.

En admettant que les répondants aient donné la signification désirée autant aux informations qu'aux comportements, soit par exemple les comportements à risque d'intoxication au monoxyde de carbone ou de blessure, les problèmes relatifs à la formulation de la question ne s'arrêtent malheureusement pas là. On ne sait pas précisément de quel comportement particulier il s'agissait : était-ce le fait de jeter de la viande mal réfrigérée ou bien de prendre des mesures pour éviter l'hypothermie ? S'agissait-il d'un ou de plusieurs comportements ? De plus, comme on ne connaît pas quelle façon de faire a été

modifiée, on ne sait pas si la modification a été faite dans le sens souhaité, soit de passer d'un comportement à risque vers un comportement sécuritaire. Un répondant a pu indiquer qu'il avait changé ses façons de faire en passant d'un comportement sécuritaire vers un comportement à risque ou bien en passant d'un comportement à risque vers un autre comportement à risque. Par exemple, un répondant a pu indiquer qu'il avait changé ses façons de faire en évitant de manipuler des fils électriques, mais c'est plutôt son voisin qu'il l'a fait à sa place, de manière risquée.

En mettant de côté l'ensemble des mises en garde énoncées, on peut postuler qu'une certaine proportion, probablement assez faible, de la population a modifié ses comportements parce qu'elle aurait été sensible aux messages transmis sur les mesures de santé et de sécurité.

Examinons maintenant les résultats pour les Montérégiens qui n'ont pas modifié leurs comportements. Environ les deux tiers de la population n'ont pas modifié leurs comportements à la suite des informations reçues. Encore là, cette donnée doit être interprétée avec circonspection puisqu'il est possible que la majorité de la population ait eu au départ des comportements sécuritaires et qu'elle n'avait pas besoin de changer ses façons de faire. Une autre interprétation possible est que les informations reçues sur les mesures de santé et de sécurité n'ont pas incité la population à modifier ses comportements parce qu'inadéquates ou peu convaincantes. Les limites de l'étude ne permettent pas de vérifier ces hypothèses.

En résumé, les changements de comportement sont difficiles à obtenir à l'échelle d'une population, sont complexes à traiter et à mesurer. Il devient encore plus ardu de les mesurer lorsque les moyens pris pour ce faire sont imparfaits. La question à ce sujet était maladroite. On a tout de même tenté d'en ressortir quelques informations qui sont grandement teintées par les limites de la question. On peut tout au mieux en conclure que certains Montérégiens ont apporté des modifications à certaines de leurs façons de faire à la suite des messages reçus sur les mesures de santé et de sécurité. Mais on peut difficilement dire si les messages lancés par la santé publique en matière de santé et de prévention ou si les canaux de

communication utilisés pour y arriver ont réussi à faire adopter par la population des comportements sécuritaires.

### **Limites des données**

Outre un biais de mémoire qui pourrait être présent, la population plus sinistrée ayant peut-être tendance à mieux se rappeler les messages qui auraient pu la concerner de plus près ou à avoir un meilleur souvenir des comportements à risque qu'elle aurait modifié durant la panne de courant, un biais de désirabilité sociale peut aussi être suspecté. En effet, en sachant que le sondage était réalisé pour le compte de la Direction de la santé publique, les répondants ont pu chercher à idéaliser la situation en disant qu'ils avaient entendu les divers messages, qu'ils ont été bien informés et qu'ils avaient modifié leurs comportements à la suite des messages entendus. Ce dernier biais pourrait entraîner une surestimation des proportions pour la Montérégie, mais ne devrait pas influencer de manière différente les secteurs de sinistre.

De plus, comme on l'a indiqué auparavant, l'appellation de la brochure *Reprendre la vie normale après une panne d'électricité...* dans la question relative à ce sujet était erronée, ce qui aurait pu entraîner une certaine confusion pour les répondants francophones.

Plusieurs croisements de variables ont été faits, notamment avec des variables personnelles, ce qui a pu induire que des différences statistiquement significatives constatées ne sont que le fruit du hasard. Même si le seuil de signification choisi est faible ( $p < 0,001$ ), pour entre autres éviter cette situation, il faut tout de même garder cette limite en mémoire. Également, seules des analyses univariées ont été réalisées, ce qui peut faire en sorte que certaines associations observées ne le seraient plus une fois qu'on aurait contrôlé des facteurs de confusion par des analyses multivariées.

Quoique pour la majorité des questions le taux de non-réponse partielle soit faible, minimisant ainsi un biais de sélection, ceci n'est pas le cas de la question 74, relative à l'utilité de la brochure *Reprendre la vie normale après une panne majeure d'électricité*. Pour cette question spécifique, le taux de non-réponse atteint 10,3 %, ce

qui limite ainsi la capacité de l'enquête à généraliser les résultats à l'ensemble de la population à l'étude. Des analyses spécifiques pour comparer certaines variables telles que le sexe, l'âge ou la scolarité des répondants et des non-répondants n'ont pas été réalisées pour cette question en particulier.

Comme on l'a mentionné auparavant, il faut rappeler les limites très importantes de la question portant sur les changements de comportement. Cette question demandait si, à la suite des informations reçues, le répondant avait modifié certaines de ses façons de faire alors qu'il n'était pas du tout spécifié à quel comportement on faisait référence. Ainsi, on ne peut déterminer à quel risque sanitaire le changement de comportement s'appliquait ; par exemple, s'agissait-il d'un comportement à risque d'intoxication ou d'un comportement à risque de traumatisme ? De plus, comme on ne connaissait pas quel type de comportement était utilisé, ni avant, ni après, on ne peut pas dire non plus si le comportement qui aurait été modifié l'a été dans le sens souhaité. Encore plus, la population qui avait des comportements adéquats avant même d'entendre les messages ne les aura pas modifiés, ce qui serait alors correct dans les circonstances. Les conclusions concernant les changements de comportement à la suite des informations reçues doivent donc être considérées en tenant compte de ces limites considérables.

## CONCLUSION

En conclusion, l'enquête a permis de répondre aux questions de départ sur les sources d'information en matière de santé et leur utilité, les thèmes à ce sujet pour lesquels la population a été informée et le jugement que les Montérégiens ont donné à l'information reçue. Rappelons que la formulation des questions relatives aux médias faisait référence non seulement à la période spécifique de la panne de courant, mais également à la période du retour de l'électricité. Il faut donc considérer les résultats en prenant en compte qu'ils ne s'appliquent pas uniquement à la contribution des médias pour la seule période critique de panne de courant.

Les données de l'enquête montrent l'importance de la radio comme source d'information de la population concernant la santé et la

prévention. La portée des sources d'information locales doit également être prise en compte, et malgré les limites du questionnaire, il faut considérer que les ressources locales en matière de communication sont d'une grande importance lors d'une crise comme celle qu'a été le verglas. La majorité de la population a reçu de l'information en matière de santé et de sécurité et elle en a été généralement satisfaite. Dans les communications avec les Montérégiens, il faudra porter une attention particulière afin de s'assurer que l'ensemble des personnes âgées et des personnes dont la langue parlée à la maison est autre que le français sont bien rejointes. De plus, s'il est jugé nécessaire de communiquer avec la population par le biais d'une brochure d'information, il faudra prendre les mesures nécessaires afin que cet outil puisse franchir les barrières linguistiques et ait une pénétration optimale auprès des personnes ciblées.

## NOTES

- 1 Il faut noter que le titre réel de la brochure était « Reprendre la vie normale après une panne majeure d'électricité : facile pour les uns, difficile pour les autres », alors que le titre mentionné au répondant francophone lors du sondage était plutôt « Reprendre la vie normale après la crise du verglas ». Le titre original a été respecté dans la version anglaise du sondage.
- 2 La brochure a été envoyée en version française, alors que la version anglaise était disponible sur demande dans les CLSC.
- 3 La durée de la panne d'électricité causée par le verglas a été particulièrement longue dans une partie du territoire concentrée autour de trois villes (Saint-Jean-sur-Richelieu, Saint-Hyacinthe, Granby) correspondant à trois centres importants de distribution électrique. On fait alors référence à ce secteur en le nommant le *triangle de glace* en raison de la localisation géographique du secteur affecté qui ressemble à un triangle. En fait, la population touchée par plusieurs jours de panne d'électricité est plus étendue que ce triangle, mais la terminologie triangle pour identifier la population du secteur plus sinistré et hors triangle pour celle du secteur moins sinistré a été conservée dans l'enquête.

## BIBLIOGRAPHIE

- BELLEROSE, C. (2000). « Description de la panne d'électricité et des modes d'organisation », dans C. Bellerose (sous la direction de), *Le verglas de 1998... l'expérience des Montérégiens*, Longueuil, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, chapitre 3.
- CHURCHILL, R.E. (1997). « Effective Media Relations », dans E.K. Noji (Ed.), *The Public Health Consequences of Disasters*, New York, Oxford University Press, p. 122-132.
- GUAY, M. (2000a). « Utilisation et évaluation de l'utilité des médias », dans C. Bellerose (sous la direction de), *Le verglas de 1998... l'expérience des Montérégiens*, Longueuil, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, chapitre 12.
- GUAY, M. (2000b). « Connaissances, modification des comportements et médias », dans C. Bellerose (sous la direction de), *Le verglas de 1998... l'expérience des Montérégiens*, Longueuil, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, chapitre 13.
- QUÉBEC. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, LRQ c S-4.2.



## CONCLUSION

---

### Le colloque revisité : loin des yeux, loin du cœur ?

Yvon LEFEBVRE, Ph.D.  
Université du Québec à Montréal

*Seul celui qui ne néglige plus la mort parce qu'il a fait l'expérience de sa possible mort, événement spécifiquement impossible, peut désirer la paix réelle. Seul celui à qui la vérité de la guerre est apparue dans tout son éclat est vraiment prêt pour la paix, c'est-à-dire prêt à refuser ce qui donne la mort sûrement.*

(Patôcka, p. 140)

Un retour sur l'ensemble des présentations orales (auxquelles nous avons assisté) et sur les tapuscrits, qui nous furent remis ultérieurement, nous rend quelque peu perplexe quant à la possibilité de retrouver une unité de pensée scientifique devant l'hétérogénéité des opinions exprimées et des faits soumis lors de ce colloque, dit interdisciplinaire, sur les conséquences des catastrophes et des événements traumatiques. Diversité d'opinions et de faits qui nous plonge davantage, nous semble-t-il, dans un paysage kaléidoscopique que dans un univers scientifique, à pensée unique. Ce qui n'est pas sans avoir eu un effet dynamique et stimulant pour les participants à ce colloque.

Nous essaierons, malgré cette disparité des sujets traités et les façons de les traiter, de retrouver un fil d'Ariane, là où, peut-être, Dédale lui-même aurait eu de la difficulté à s'en sortir.

Loin de nous l'idée de faire une critique savante de ces présentations. Nous préférons mettre en relief ce qui semble unir ce collectif, malgré les différences entre participants, au sein de ce colloque.

## UN CONSENSUS FRAGILE

Une certaine unanimité existe quant à la reconnaissance de l'impact, sur la santé mentale des personnes, d'un événement à caractère violent, subit, imprévisible, qui met en danger l'intégrité physique et mentale d'une personne. Par contre, il semble que l'on ne conçoive pas les conséquences (à court, mais surtout à moyen terme) de la même façon, selon qu'on soit soi-même victime, que l'on nous fasse parler comme victime ou que l'on parle de nous comme victime.

On reconnaît d'emblée que l'imprévisibilité, la soudaineté, tout comme la menace d'un événement violent qui nous rapproche de notre mort déclenchent (à court et à moyen terme) une remise en question de nos idées toutes faites sur notre milieu de vie et sur le sens de notre vie, que ce soit en termes de sécurité, de contrôle sur la vie ou de notre volonté de la gérer. Bref, sur un ensemble de sentiments et d'illusions quant à notre invulnérabilité, notre autonomie, notre immortalité et notre omnipotence sur la nature. Croyances issues d'une adhésion séculaire (voir Delumeau et Lequin, 1987) à des valeurs comme celles des bienfaits du progrès de la science et de la technologie dans nos sociétés et des conséquences nécessairement bonnes et utiles qui en découlent, pour le présent et pour l'avenir ; la possibilité d'un contrôle croissant de l'incertitude (L. Murphy ; R. Lafond et H. Denis) et de la gestion des risques.

Cette remise en question est souvent accompagnée de transformations de nature biopsychosociale ou autre, liées à un sentiment élevé d'impuissance. Ceci est caractérisé par différents modes d'être de la personne, inscrits dans des dénominations cliniques variées comme la détresse psychosociale, la démoralisation, la crise existentielle, l'état de stress post-traumatique, la dépression majeure, le stress traumatique, le trauma, les victimes traumatisées, le taux plasmatique de GABA, le trouble de stress post-traumatique, etc.

Cependant, déjà la dénomination des troubles subséquents pour les victimes suscite la controverse entre la pensée nord-américaine et la pensée européenne sur ce sujet (voir F. Lebigot), tout comme les façons d'en traiter les conséquences pour les victimes. Traitements

qui vont de la simple intervention d'urgence à l'intervention en situation de crise psychosociale de court terme (pour certains) jusqu'au suivi psychothérapeutique prolongé, individuel ou collectif sur plusieurs années pour d'autres.

Si l'on s'entend sur la nécessité d'intervenir rapidement, on est loin de s'entendre sur l'orientation des interventions, sur leur durée et sur le suivi à donner à l'intervention d'urgence, tout comme sur la place à accorder au vécu des victimes comme sujets autonomes. Ceci n'est pas indépendant de la méthode d'approche utilisée par les participants pour circonscrire le trauma et intervenir auprès des victimes.

## **SUR LES VICTIMES**

### **Les méthodes d'approche et leurs conséquences pour les victimes traumatisées**

La multiplicité des méthodes spécialisées des sciences humaines sur la cueillette de l'information semble déteindre sur la caractérisation des victimes, en termes de gravité et de durée de l'impact sur leur santé mentale. Ainsi, plus on se rapproche de groupes restreints de sinistrés et de façon mieux ciblée, plus cela porte sur le long terme (avec ou sans un groupe comparatif de non-sinistrés, avec ou sans instruments validés) et plus on semble affirmer que la présence d'événements violents qui menacent sa vie ou celle des autres présente un effet durable sur la santé mentale d'un grand nombre des victimes de ces situations.

Ainsi, une enquête comme celle de Daveluy, Courtemanche et autres, réalisée à partir de très grands ensembles dans la population, en séparant les zones sinistrées des non sinistrées, nous parle de différences plutôt faibles en ce qui concerne la tempête de verglas de 1998 ; différences qui peuvent se maintenir, mais dont la portée semble beaucoup moins grave que le laissent entendre des études plus qualitatives, à partir de groupes de sinistrés, avec ou sans groupes comparatifs de non-sinistrés. Les chercheurs<sup>1</sup> qui se rapprochent davantage des victimes, que ce soit à partir d'instruments cliniques d'origine biopsychosociale, psychosociale, neuropsychosociale,

logique ou même en témoignant à partir de leur longue expérience d'intervention, semblent davantage mettre en relief la gravité de la portée de l'impact sur les victimes, à moyen ou à long terme.

### **Entre vivre et être vu dans le trente-sixième dessous : la détresse et les statistiques à court et moyen terme**

La mémoire de la souffrance et de l'impact de l'événement sur sa vie personnelle et sociale est beaucoup plus marquante et prolongée que ce que peuvent supporter l'entourage et les services dans le soutien apporté, particulièrement pour les victimes qui ont affronté directement la présence de la mort et qui ont vécu un sentiment d'impuissance. Sentiment qui perdure sous différentes formes : sentiment de perte morale, physique, mentale ou matérielle, sentiment d'abandon, de diminution de l'image de soi, de perte de contrôle sur sa vie, sentiments qui en démoralisent plusieurs et leur ont fait perdre leurs illusions sur la bonté du monde, sur leur degré d'autonomie devant les événements, sur l'équité et l'équilibre dans la nature et sur l'emprise illimitée de l'homme sur le temps, l'espace, la nature et sur son destin.

Pour la majorité des études qui parlent des personnes qui ont vu la mort de près et où celles-ci s'expriment directement sur leur état présent, à plus de deux ans des événements traumatisants, on peut relever que, dans l'ensemble des cas (victimes des inondations, des actes criminels, de viol, du terrorisme, de la violence au travail, de meurtres collectifs...), prédominent des sentiments d'incompréhension, d'abandon, de rejet, d'inadéquation des ressources fournies et du support apporté ; parfois, cela va jusqu'à l'identification d'irrespect et de stigmatisation de la part de l'entourage médical, syndical, professionnel, culturel, social, politique, juridique, médiatique et, même y compris, les proches et amis. Ceci semble avoir conduit certaines victimes à considérer qu'elles sont coupables de leur sort devant le peu de progrès de leurs conditions et le temps qu'elles prennent à se rétablir. Certaines d'entre elles vont se décourager au point d'abandonner tous leurs droits devant les exigences que leur imposent les institutions pour reconnaître leur statut de victimes innocentes devant les événements. Le retrait et l'humiliation sem-

blent être le sort de plusieurs victimes de violence criminelle, de terrorisme, de meurtre collectif, d'accident de travail...

Par contre, si l'on écoute les représentants institutionnels des situations d'urgence, on a l'impression qu'ils semblent beaucoup plus satisfaits de leurs réalisations et de leurs services (à court et moyen terme) que ce que semblent exprimer les victimes les plus atteintes dans leur intégrité physique et mentale.

On a l'impression que les institutions (lorsqu'elles parlent de leurs résultats, plus particulièrement en santé mentale) ne parlent pas des mêmes victimes ou que les résultats statistiques globaux occultent ceux qui ont perdu le contrôle de leur situation, qui ne deviennent que des laissés-pour-compte dans l'ensemble des plans d'intervention et au sein des données épidémiologiques et écologiques recueillies.

Cela ne semble pas indépendant, nous semble-t-il, de la période où la cueillette des données des chercheurs fut effectuée auprès des victimes. Période beaucoup plus étendue (en général) et éloignée de l'événement que celle des services publics ou bénévoles, qui s'inscrivent davantage dans des services d'urgence, de crise ou de court terme, selon le rôle qui leur est assigné par leurs mandataires institutionnels. Il faut d'ailleurs constater comment, pour le court terme et en situation d'urgence, la description d'impact n'est pas si éloignée entre les services, les chercheurs et l'expression des victimes, que ce soit en termes de santé mentale ou physique. De plus, les institutions engagent souvent massivement leurs ressources dans la situation d'urgence, ce qui favorise au départ un rapprochement (mais non une concordance) dans le constat de l'impact sur les citoyens et l'expression du vécu des victimes. D'ailleurs, on peut remarquer, parmi les résultats présentés au cours de ce colloque, qu'un encadrement rapproché et immédiat des services auprès des victimes de l'événement favorise l'identification plus rapide et adéquate des troubles d'anxiété majeurs et des futures victimes du trauma : voir entre autres, C. Martel ; R. Lafond ; F. Ducrocq ; G. Vaiva et autres ; C.-M. Gagnon ; C. Gravel ; L. Lemyre et autres ; C. Gagnon, L. Boivin et autres ; A. Awad, T.C. Pauchant et M.-C. Therrien ; F. Rudetzki ; P. Brillon ; F. Lebigot.

Mais, il y a plus. Comme le relèvent les cellules d'urgence médico-psychologiques en France (F. Ducrocq et F. Lebigot), l'événement traumatogène est quelque chose de difficile à évaluer en situation d'intervention d'urgence parce qu'il fait référence au vécu propre du sujet, à quelque chose d'intime, de singulier, d'incommensurable et pour lequel l'évaluation chiffrée n'a aucun sens. Dans une activité de « riage-repérage », en situation d'urgence, on est loin de faire le compte. Si, à la suite de l'urgence dans l'intervention, on n'assure pas avec vigilance le suivi des victimes qui semblent les moins atteintes, on est susceptible d'en perdre un bon nombre.

On peut penser que celles-ci exprimeront et rapporteront sous d'autres traits aux chercheurs (et aux intervenants), dans un avenir plus ou moins rapproché, leur anxiété, leur désarroi et leur démolition, sans pour autant avoir été comptabilisées comme victimes sérieusement atteintes par les événements. En se faisant traiter ultérieurement, souvent pour des considérations physiques qui semblent indépendantes de l'événement et pour lesquelles peu de médecins généralistes seront en mesure de faire le lien avec l'événement crucial, plusieurs disparaîtront des statistiques portant sur les victimes des événements tragiques.

Même si certaines victimes essaient d'expliquer confusément l'état dans lequel elles se retrouvent, il devient difficile pour nombre de généralistes (au Québec du moins) de prendre en considération la complexité de ces situations dramatiques et de s'étendre sur chaque cas. Un sentiment d'injustice, d'incompréhension et d'abandon semble donc souvent présent ultérieurement comme mode d'expression de l'anxiété vécue : voir entre autres, parmi plusieurs des études présentées par l'équipe de recherche de l'Université du Québec à Chicoutimi, celle portant sur l'état de santé post-désastre des individus de milieu rural, trois ans après les inondations de juillet 1996 (D. Maltais, L. Lachance et autres).

### **La mémoire collective et individuelle devant la blessure : les marques identifiées et transformées**

Le contact réel et direct avec la présence immédiate de la mort (Crocq, 2002) et le sentiment d'impuissance qui l'accompagne

semblent une réalité vécue d'une intensité difficilement communicable. Seuls ceux qui la vivent personnellement peuvent en comprendre toute la portée.

Le père Eugène Nadeau (1958, p. 135), en se remémorant le vécu des prisonniers des camps de concentration, confrontés quotidiennement aux portes de la mort disait :

*Il faut se voir (soi-même) jeter de force derrière un mur de barbelés pour sentir tout l'affront que cela inflige à la dignité humaine. C'est qu'à y regarder de près, on trouve au fond de chaque homme la secrète illusion qu'il possède la terre. Même s'il n'utilise qu'un point infime de la planète, il se flatte de la liberté chimérique de la couvrir toute quand bon lui semblera.*

Selon Rank (1945, 1958), l'homme doit toujours croire en une seconde réalité. Il s'imagine qu'il vit dans un monde meilleur que celui qui lui est donné par la nature. Dans notre monde moderne, l'entretien de ce mensonge sur la véritable nature des choses et sur la sienne propre permet à chaque personne de se percevoir comme invulnérable, protégée par les autres et par la culture ; bref, comme une personne unique et importante dans l'univers et pouvant modifier le monde existant (voir Lefebvre, 2000).

La blessure imposée par l'événement traumatisant pour les victimes semble plus difficile à conserver dans la mémoire collective qu'individuelle ; du moins, si l'on considère la façon d'y réagir et d'y survivre subséquentement. La sauvegarde de l'espèce prend le dessus sur la contingence individuelle dans la perpétuation sociale des illusions collectives.

Le Pr Lebigot mentionnait, en conférence et en atelier, que le trauma est une effraction de nature interne où l'image de sa mort comme réalité vécue va s'incruster dans l'appareil psychique et y demeurer jusqu'à la fin de sa vie. Cela va bien au-delà du stress externe perçu et perceptible par l'entourage immédiat ou reconnu comme acceptable et convenable pour l'entourage immédiat, que ce soit comme réalité sociale, psychosociale ou comme réalité cliniquement souhaitable dans le cadre de l'efficacité, de la rapidité et de la rentabilité du traitement.

### **La transformation et l'occultation de la souffrance**

Cette rencontre avec le réel de la mort, l'effroi qui l'accompagne, la perte de contact avec son humanité, qui fait qu'on ne trouve plus de mots pour dire, rendent la communication difficile pour les victimes et la compréhension souvent très triturée et caricaturale pour l'entourage, malgré les efforts de soutien et de support que l'on veut apporter.

Il semble dans ce cas-ci que la mémoire collective soit beaucoup plus courte que la mémoire des traumatisés. On trouve beaucoup plus rapidement un sens à l'événement dans la collectivité et on passe beaucoup plus rapidement à autre chose.

Ceci semble d'ailleurs plus prononcé en Amérique que dans certains pays d'Europe, que ce soit dans la façon de concevoir, d'aborder le trauma, de l'interpréter, de traiter les victimes (à court et à moyen terme) et de les soutenir psychosocialement, socialement et politiquement dans la reconstruction de leur vie. En Amérique du Nord, on semble beaucoup plus compter sur la mémoire rapprochée et immédiate des événements des victimes (d'où peut-être cette prédominance du « stress traumatique » plutôt que de la « névrose traumatique ») pour abréger rapidement leur anxiété et les diriger vers l'action, l'agir, le faire dans l'immédiat.

Pour les psychiatres français, comme le Pr Lebigot et bien d'autres, on affirme que, par le trauma, la structure langagière protectrice et rationalisatrice socialisante, propre à la culture, est démystifiée. On atteint ainsi le refoulé originaire, on en franchit les limites et transgresse la zone interdite de l'intrapsychique. Zone voilée, selon nous, par des représentations, des rationalisations et des illusions socioculturelles sur le bien-être, la sécurité, la satisfaction et le plaisir dans les limites du quotidien, souvent serviles et dépendantes de la société et de la culture d'où nous provenons. Selon le Pr Lebigot, cette zone voilée sépare du lien imaginaire de la plénitude incestueuse de la relation au sein de la mère. Le traumatisme psychique nous rapproche du traumatisme de la naissance, dans ses zones les plus refoulées et les plus interdites (voir aussi Crocq, 2002).



Certains auteurs (G. Vaiva et autres) laissent entrevoir la possibilité d'identifier par des indicateurs biologiques (GABA) du trauma les personnes susceptibles de présenter une vulnérabilité plus grande (personnes à risque) et prolongée (PTSD à deux mois et plus) après le vécu de l'effroi au cours d'un accident grave. Effroi parfois vite ressenti et rapidement repoussé, soit sous la forme d'un semblant d'oubli de la mémoire ou par un détournement vers l'action immédiate de l'urgence de la situation et des besoins pressants à combler pour sauver sa vie et celle des autres. S'il peut y avoir un stress élevé remarquable pour l'ensemble des personnes en présence de la situation, il est beaucoup plus difficile et hasardeux, comme le relève le Pr Lebigot « de reconnaître parmi les victimes stressées celles qui sont aussi traumatisées » et pour lesquelles les séquelles de l'incident traumatique auront une influence déterminante sur leur vie future.

D'autant plus que plusieurs mécanismes cognitifs, mis en place pour la survie, vont occulter ou transfigurer la présence du trauma, comme vont le souligner plusieurs formateurs durant le colloque : le Pr François Ducrocq dans sa formation sur les conséquences des traumatismes chez les enfants ; la Dre Pascale Brillon sur le diagnostic et le traitement cognitivo-comportemental du trouble de stress post-trauma ; et plusieurs autres conférenciers dans les ateliers. Nous nous référons ici aux présentations de l'équipe de recherche de l'Université McGill et du centre de recherche de l'Hôpital Douglas, qui tentent de mettre en parallèle les mesures objectives de nature physiologique à l'expression émotionnelle et cognitive des mères enceintes, au cours de la tempête du verglas et subséquemment à la naissance ; voir aussi les conséquences des actes de violence sur la santé des individus, que ce soit les victimes du viol (P. Brillon et A. Marchand), de S.O.S. Attentats en France (F. Rudetzki), du drame de Polytechnique (G. Parent et M.-M. Cousineau), ou encore, à la suite des inondations vécues en France ou au Saguenay—Lac-Saint-Jean : voir les nombreuses études présentées par l'équipe de recherche de l'Université du Québec à Chicoutimi qui tentent de mettre en parallèle l'expression du vécu et la reconstruction des événements par les sinistrés, comparées à des mesures plus objectives de santé physique et mentale, ceci à partir d'une instrumentation validée et de groupes-contrôles. Enfin, une présentation comme celle de D. Holowka, A. Brunet et J.R. Laurence sur la dissociation, comme

« tentative d'évasion psychique des conséquences terrifiantes du trauma » souligne l'importance de la poursuite d'études biopsychologiques, dans le contexte d'une relation étroite du développement de sous-systèmes cognitifs, par la reconstruction des événements en situation traumatique.

### **L'appréciation des risques et des conséquences des événements tragiques pour les institutions : les apprentissages devant l'incertitude**

Le Dr Michel C. Doré a fait ressortir comment les mythes autour et à propos des conséquences des catastrophes, qui entourent les réactions vécues par les citoyens, peuvent être un obstacle à la protection de la communauté. L'une de ses consœurs (Madame Caroline Brodeur) parle d'une diffusion d'informations plus rationnelles et validées pour transcender ces mythes, diminuer les risques, tout en s'appuyant véritablement sur les besoins réels des citoyens et des communautés pour établir des plans d'intervention.

On semble très préoccupé dans nos technocraties modernes de gérer les risques dans les catastrophes, particulièrement lors des situations d'urgence. Mais, ce qu'ont soulevé certains participants est de savoir jusqu'à quel point nos institutions sont disposées à vivre un véritable « dialogue démocratique » (voir T.C. Pauchant, A. Awad et M.-C. Therrien, atelier 19.1), qui permettrait, au-delà de l'urgence, « d'explorer l'expérience individuelle des personnes et d'identifier les apprentissages et les changements à réaliser au niveau collectif ».

Le modèle systémique, qui semble être à la mode dans plusieurs discours, autant pour les représentants institutionnels que pour les chercheurs de ce colloque, laisse quelque peu perplexe dans son application lorsqu'on se tourne vers les véritables changements proposés à la suite des expériences vécues du trauma ou de crise par les victimes ou pour les collectivités véritablement concernées.

L'un des postulats de l'approche systémique dit : « Si vous voulez savoir comment fonctionne un système, essayez de le changer ». Une catastrophe, un désastre, un attentat... confronte différentes

constructions individuelles et sociales sur la maîtrise qu'on peut avoir de son destin et sur le pouvoir réel de nos institutions à nous protéger et à nous permettre de vivre harmonieusement dans notre environnement immédiat. Le déséquilibre créé par la menace à notre intégrité personnelle et à notre sécurité collective ébranle nos croyances sur cette sécurité, sur notre invulnérabilité, sur nos connaissances scientifiques et technologiques acquises, sur la qualité de nos ressources humaines et sociales et, plus particulièrement, sur le pouvoir et la compassion réelle des dirigeants mandatés pour gérer nos ressources et notre sécurité publique.

Au-delà de l'affectation immédiate par la catastrophe, des auteurs comme A. Awad et T.C. Pauchant parlent « de principes fondamentaux qui peuvent être mis à l'épreuve jusqu'au point où les acteurs concernés se voient dans l'obligation soit de reconnaître la fausseté de leurs suppositions de base, soit de développer d'importants mécanismes de défense contre les attaques à ces suppositions de base » (Pauchant et Mitnoff, 1995).

Quelle est la portée de l'expression du vécu des victimes directement concernées et confrontées à la lecture qu'en font les institutions publiques dans la recherche de leurs solutions en intervention ? Quelle est la limite de leur écoute à la parole des victimes et des citoyens atteints par les événements ?

On pourrait conclure sur ce thème, comme nous le mentionnions plus haut que, si l'on se fie à l'ensemble des présentations, il y a beaucoup plus de concordances lorsqu'on compare les points de vue (en termes qualitatifs et quantitatifs) dans les situations d'urgence que subséquemment aux mesures d'urgence, c'est-à-dire sur les conséquences et la nécessité des mesures de suivi sur le moyen et le long terme dans l'intervention auprès des victimes. Cependant, même ces mesures d'urgence sont davantage reconnues comme susceptibles d'avoir laissé plus de traces d'insatisfaction et d'inadéquation que semblent le percevoir et l'accepter les représentants des institutions, mandatés pour gérer et appliquer des plans préconçus. Ce qui n'enlève rien à la reconnaissance exprimée pour le merveilleux travail réalisé par les services d'urgence et de bénévoles, en fonction des moyens et des ressources dont ils pouvaient disposer, lors de l'apparition des événements : voir Dé Harvey et C.

Laberge ; H. Denis ; A. Gaudreault ; D. Maltais, L. Lachance et autres ; C.-M. Gagnon ; C. Gravel ; M. Truchon et D. Maltais ; N. Simard-Boudreault ; L. Lemyre et autres ; C. Gagnon et autres ; M. Gélinas et autres ; F. Ducrocq, G. Vaiva et autres ; N. Lamy ; J. Beaulieu ; L. Boileau ; M. Guay et bien d'autres présentations et témoignages de bénévoles et d'intervenants au sein des ateliers.

Parmi les nombreuses critiques sur la portée des services mis en place par les institutions en situation d'urgence et de post-urgence et au-delà de la bonification des mesures subséquentes, des bonnes intentions et des recommandations de nombreux hauts fonctionnaires, tirés de leurs apprentissages (voir par exemple l'article de F. Gravel, celui de C. Martel, de R. Lafond, la présentation de R. Rodrigue), nous ne pouvons pas parler sérieusement (c'est-à-dire au-delà du discours), selon plusieurs participants du colloque, « d'une approche pragmatique et systémique pour la modélisation de l'apprentissage (i.e. qui émane de l'expérience et qui mène à un changement actualisé dans l'action) », mais plutôt d'une recherche de compromis (à court terme) pour répondre au plus urgent et retourner rapidement à un équilibre antérieur sécurisant, souvent en se valorisant d'illusions sur nos moyens existants et en oubliant, autant que faire se peut, que l'impossible nous est arrivé, ou encore en se disant que s'il nous est arrivé, cela le rend d'autant plus impossible pour l'avenir. Comme le disait si bien Clément Rosset (1987, p. 7-8) :

*Rien de plus fragile que la faculté humaine d'admettre la réalité, d'accepter sans réserve l'impérieuse prérogative du réel ; s'il abuse et se montre déplaisant, la tolérance est suspendue. Quant au réel, s'il insiste et tient absolument à être perçu, il pourra toujours aller se faire voir ailleurs.*

Les institutions semblent avoir la mémoire plus courte lorsqu'il s'agit de remédier aux lacunes identifiées et reconnues, même par leurs propres mandataires (voir entre autres : R. Rodrigue ; C. Lalonde ; R. Lafond ; C. Martel ; F. Rudetzki ; T.C. Pauchant et autres ; F. Gravel ; D. Saint-Onge ; C. Guillaumont et autres ; R. Simon et C. Gravel ; J.B. Guindon).

Une étude réalisée sur « l'évaluation de l'exécution actuelle des recommandations formulées d'après le déluge du Saguenay de juillet 1996 » (D. Parent et T.C. Pauchant) s'avère très éloquente quant à cette tendance à prioriser ce qui nous convient dans les recommandations (c'est-à-dire les considérations technocratiques et technologiques) « plutôt que de traiter des problématiques stratégiques de fond et des dimensions socioculturelles cruciales mais plus diffuses ». On se rend compte, à la lecture de cet article, que très peu de place est donnée dans l'exécution des recommandations à celles faisant état des conséquences néfastes sur les personnes et sur les biens.

Il semble d'ailleurs qu'une réflexion comme celle du Dr Murphy, de l'Université d'Ottawa, sur les leçons tirées et non tirées sur la crise du verglas en 1998 nous force à reconnaître les limites des institutions sur l'imprévisible et la gestion des risques. Reconnaître que l'on agit dans l'incertitude demanderait peut-être plus d'humilité mais améliorerait la transparence auprès des citoyens et, peut-être, entraînerait une participation et une implication plus directes et mieux adaptées aux besoins de la société civile, plutôt que de répondre à des jeux politiques occultes, souvent irrespectueux des capacités et des ressources des communautés et des citoyens. La transparence dans la reconnaissance de ses limites est aussi un facteur susceptible de réduire la dépendance, la démoralisation, la culpabilisation et parfois même, la chronicisation de la souffrance vécue en situations extrêmes. L'infantilisation et l'incompréhension que l'on peut vivre, au gré des institutions protectrices de fins économique-politiques parfois douteuses et souvent méprisantes des droits des victimes au respect, à la compassion et à la dignité, peuvent conduire à la colère, à l'indignation et à une perte de confiance en ces institutions (voir à ce sujet : F. Rudetzki ; D. Maltais, L. Lachance, A. Brassard et L. Picard ; L. Gauthier ; C. Brodeur et A. Dallaire ; G. Parent et M.-M. Cousineau ; A. Gaudreault ; H. Cardu et J.-Y. Têtu).

Pour la poursuite de cette réflexion, on pourra se référer à certaines études qui relèvent l'importance de cette dimension médiatrice (Tatum et autres, 1986 ; Gilbert, 1990 et 1992 ; Crocq et Lery, 1989 ; Denis et Erikson, 1976 ; Kroll-Smith et Couch, 1990 ; Lindy et autres, 1981 ; Solomon, 1989 ; Taylor et autres, 1976 ; Brown et Mikklesen, 1990 ; Feschotte, 1985 ; Harsbarger,

1973 ; Gist et Lubin, 1989) pour réduire le taux d'anxiété chez les individus et auprès des collectivités victimes d'événements traumatisants.

## **SUR LE TRAUMA, LA VICTIMISATION ET LA SAUVEGARDE DE SA DIGNITÉ**

### **Les limites de l'appréciation des causes en situation extrême et devant une menace de mort**

Certains auteurs ont identifié l'influence du sentiment de perte de contrôle et la présence plus marquée des symptômes de l'ESPT (Foa *et al.*, 1989 ; Joseph *et al.*, 1993). L'appréciation des causes de son état à la suite des événements semble être un facteur déterminant dans la persistance des symptômes. Certains, suivant la ou les causes identifiées, se centreront sur la résolution du problème ; d'autres, sur leurs émotions pour réduire leur détresse (Folkman et Lazarus, 1988). Cependant, il semble y avoir une limite à cette interprétation des causes, soit l'intensité de l'exposition durant les événements. Plus l'intensité du stress vécu est grande lors de l'exposition de la personne aux événements, plus elle va expliquer son état par les événements subis, et moins aussi elle tentera de s'attribuer un pouvoir ou un contrôle personnel pour expliquer son état psychologique (Solomon *et al.*, 1989 ; Joseph *et al.*, 1993). Plus la personne se perçoit comme déterminée par les événements, plus elle les perçoit comme stressants et moins elle utilise des stratégies d'affrontement actualisantes.

Le drame de Polytechnique (voir G. Parent et M.-M. Cousineau), les attentats en France par des factions terroristes (voir F. Rudetzki), tout comme les victimes innocentes de guerres civiles (voir M. Barbier Boyer ; J.-P. Vouche et son équipe) ou d'accidents collectifs (voir F. Ducrocq et autres) privilégient la présence d'un trauma et d'une névrose traumatique subséquente, centrée sur la détresse et la démoralisation. Les nord-américains y voient davantage un état de stress post-traumatique, à partir d'une approche cognitiviste ou cognitivo-behaviorale, centrée sur la résolution de problème (voir P. Brillon et A. Marchand, entre autres) et l'élimination des symptômes. Les docteurs P. Brillon et A. Marchand vont même affirmer

que des analyses de régression indiquent que les facteurs cognitifs constituent de meilleurs prédicteurs du TSPT que les caractéristiques objectives de l'agression ou d'antécédents de troubles anxieux ou d'humeur précédent le viol.

La présentation des expériences françaises et nord-américaines durant ce colloque nous semble démontrer la nécessité d'une collaboration plus étroite dans la distinction des événements extrêmes quand on traite de la cause première, du contexte de l'agression et lorsqu'on parle de la pertinence du mode d'intervention. Une complémentarité plutôt qu'une confrontation dans la façon de traiter les cas personnels spécifiques deviendrait un atout, nous semble-t-il. Il y a peut-être nécessité de démystifier une certaine emprise dominante de certains modèles de pensée (dont ne sont pas exempts les chercheurs) en abordant supposément les mêmes faits. Modèles d'interprétation qui ne sont pas indépendants et exempts parfois d'influences sociopolitiques et culturelles et qui répondent autant à des contraintes économique-politiques et culturelles qu'à des connaissances scientifiques dites rigoureuses.

Il nous semble important de rappeler (pour la poursuite de la réflexion) la fragilité scientifique sur laquelle repose la mesure de l'ESPT, d'un point de vue de sa fidélité et de sa validité. Ce diagnostic de l'ESPT et l'instrumentation qui le supporte furent autant le résultat d'une confrontation idéologique et d'une décision historico-politique et corporatiste (peut-être même une invention culturelle de spécialistes) que celui d'une démonstration et d'une instrumentation scientifique irréfutables, eu égard à sa spécificité nosologique (voir pour réflexion l'ouvrage de synthèse sur ce sujet : Young, 1995 ; voir aussi Crocq, 1992 ; Bailly, 1996).

La présence de prémorbidité et de comorbidité liées à l'ESPT rend très difficile l'affirmation spécifique d'un diagnostic d'état de stress post-traumatique. Pour remédier à cette limite, les auteurs les plus circonspects et les plus rigoureux essaient, à tout le moins, d'isoler de l'ESPT les symptômes de dépression, de panique et d'anxiété généralisée (notamment Breslau, Davis, 1987 et Shore *et al.*, 1986). Les symptômes qu'on qualifie de spécifiques à un trouble doivent être nettement séparés de ceux qui appartiennent à tous les autres. Frank (1974) qualifie de symptômes secondaires ceux qui s'inscri-

vent dans la description générale de l'effet de démoralisation ou dans un sentiment général d'incapacité vécu par la personne malade (Frank, 1974, p. 312-337).

La distinction claire et précise entre les différentes catégories de symptômes, leur appartenance et leur recoupement avec l'ESPT améliorerait peut-être notre compréhension de la place si importante faite à l'ESPT. Malgré cet effort, il n'est pas certain qu'on en arriverait à épurer l'ESPT au point d'en parler comme quelque chose de spécifique et de nettement distinct d'un ensemble d'autres syndromes présents lors du vécu d'une situation de menace extrême : voir F. Lebigot ; F. Ducrocq et autres ; F. Rudetzki ; G. Vaiva et autres ; les nombreuses études de l'équipe de recherche de Chicoutimi, sous la direction de D. Maltais ; la *revue Santé mentale*, printemps 1996 ; Maltais *et al.*, 2001 ; la *Revue francophone du stress et du trauma*, publiée depuis 2000 ; études qui ne font que mettre en relief la présence de comorbidité, la relativité scientifique de ce diagnostic et la nécessité d'une complémentarité des points de vue dans la façon d'utiliser un tel diagnostic.

Au-delà de ces limites scientifiques, il y a toujours la souffrance et la blessure à l'intégrité physique et mentale des victimes. Tous les participants sont en mesure de le reconnaître, peu importe la terminologie scientifique dont on les recouvrira. L'impact de cette blessure n'est pas indépendante de l'interprétation qu'en feront les porteurs dans leur recherche d'aide pour y remédier.

### **Les médiateurs dans la recherche d'aide pour réduire la chronicisation**

La forme d'aide recherchée des traumatisés dépendra de l'importance qu'on attribue à sa détresse et des causes identifiées comme y étant liées (Brickman *et al.*, 1982). Il peut y avoir des facteurs médiateurs qui vont moduler l'impact des événements traumatisants et, possiblement, en réduire l'effet néfaste sur la santé mentale des personnes impliquées.

Le fait de ne pas se blâmer, de ne pas se sentir inadéquat, de ne pas se sentir responsable de ce qui arrive va favoriser chez l'individu le



recours à des stratégies de rapprochement avec les parents, amis et autres personnes significatives pour remédier à son état émotionnel ou au problème vécu. De plus, le recours à un plus grand support social semble être relié au fait d'identifier une plus grande responsabilisation personnelle face aux résultats positifs dans ses tentatives de remédier à sa situation, ce qui réduirait les symptômes d'évitement et d'intrusion possiblement identifiés au départ (Joseph *et al.*, 1992, 1993).

Il se peut donc que, parmi les personnes présentant les symptômes d'ESPT, un certain pourcentage d'entre elles ne se sente pas responsable de la situation, mais l'attribue plutôt aux événements, ce qui les conduirait à ne pas s'éloigner d'un réseau accessible d'amis et de proches.

L'approfondissement de l'importance de cette variable intermédiaire qu'est l'attribution de son état d'anxiété et de sa situation précaire à des facteurs internes ou externes pourrait peut-être conduire à intervenir différemment pour réduire ou pour empêcher le développement d'une chronicisation de symptômes identifiés dans un premier temps, comme le relèvent Joseph *et al.* (1993). Ces auteurs suggèrent que l'une des façons efficaces d'un point de vue thérapeutique de contrôler la chronicisation serait de reconditionner la personne par de l'information qui contrebalance ses réactions culpabilisantes face aux événements vécus ; qu'elle change ses idées sur les causes de son état, en réduisant le blâme, la honte, la responsabilité qu'elle s'attribue face aux événements vécus comme traumatisants.

Les présentations orales et écrites relèvent cette importance du soutien de l'entourage dans la reconstruction de son identité. Soutien qui devrait conduire vers un nouvel équilibre de l'estime de soi (malgré les séquelles qui perdurent) plutôt que d'aboutir à une chronicisation, à une victimisation, à un enkystement de la blessure dans le retrait, la démoralisation et la détresse au quotidien : voir C. Guillaumon, D. Duchaussoy et autres ; C. Martel ; H. Cardu et J.-Y. Têtu ; G. Parent et M.-M. Cousineau ; N. Lamy ; J. Beaulieu ; C.-M. Gagnon ; M. Barbier Boyer ; F. Rudetzki ; F. Lavallée et autres ; L. Picard et autres ; A. Gaudreault ; R. Lafond. Le degré de satisfaction quant à l'aide reçue durant la période de recouvrement

joue un rôle médiateur pour atténuer cette détresse vécue à partir d'une menace ressentie. La dépendance de la décision des autres, la perte de contrôle sur son environnement et le peu d'importance accordée à l'appréciation personnelle de la victime, quant aux conséquences de l'événement, la rendent beaucoup plus vulnérable.

Comme le relève la Dre Hélène Denis, la dépendance des victimes, favorisée par l'urgence et le choc vécus par celles-ci, ne doit pas déboucher sur une culture d'aide imposée, plus ou moins consciente des effets des services offerts, sans commune mesure avec les besoins des personnes et des communautés desservies.

### **La sauvegarde de sa dignité dans la défense de ses droits vis-à-vis l'aide reçue**

Il s'agit ici d'assurer (pour le recouvrement de la santé) une reconstruction idéologique, d'incidence clinique (voir Young, 1995), afin de rétablir la sécurité ontologique de l'individu et lui permettre de reprendre confiance en lui, en ses capacités de contrôle sur l'environnement, de renouer ses liens avec un ensemble de croyances (et d'illusions ?) sur la nature humaine, la justice cosmique, l'existence d'un ordre et d'un sens dans l'univers, d'un futur possible et d'une maîtrise relative sur sa propre vie (Janoff-Bulman, 1992).

Les postulats soutenus par l'idéologie de la culture civile du Québec, présentés par C. Martel dans ce volume, s'inscrivent dans la recherche d'une normalisation des rapports entre les personnes au sein d'une situation anormale, en considérant les personnes dites sinistrées davantage comme « des acteurs possédant des ressources » plutôt que « des victimes complètement dépendantes ». On pourra juger de la distance à parcourir entre l'idéologie soutenue par le discours des institutions et les obstacles identifiés par monsieur Martel et par d'autres participants à ce colloque : voir, entre autres, les évaluations de l'équipe de D. Maltais, portant sur l'aide apportée durant la crise du verglas et surtout pendant le déluge du Saguenay—Lac-Saint-Jean ; voir de même la réflexion de D. Bourque sur le sujet, celle de H. Denis ou encore celle de Larouche, 1998.

Au-delà de ces critiques constructives, on se doit aussi de relever les nombreux témoignages apportés par le Québec et la France, issus d'intervenants et de bénévoles impliqués directement sur le terrain au cours de sinistres, d'attentats, de catastrophes, d'accidents... Ils nous laissent entrevoir que, malgré la grande anxiété vécue dans ces situations qui les confrontèrent à la mort, il existe un ressort invisible (Fischer, 1994) et des ressources insoupçonnées et insoupçonnables, autant chez les victimes que chez les aidants.

*Nous vivons suivant un principe de non-actualisation de toute une part de nous-mêmes ; tout se passe comme si la vie ne pouvait jamais donner lieu à une révélation totale de nous-mêmes ; en ce sens, toute adaptation construit la vie de chacun, mais comme un processus d'inachèvement ; en d'autres termes, le fait que l'être humain est par nature un être inachevé définit l'adaptation comme une faculté qui lui permet d'actualiser ses ressources cachées, mais d'une certaine façon ces dernières montrent qu'on ne peut jamais aller jusqu'au bout de soi-même. (Fischer, 1994, p. 243)*

Comme l'ont révélé les études et les témoignages sur les victimes d'actes criminels, d'attentats, de guerres civiles, de meurtres collectifs, de violence au travail, de sinistres..., les victimes doivent souvent s'imposer pour être écoutées et entendues : voir F. Rudetzki ; G. Parent et M.M. Cousineau ; A. Gaudreault. Cependant, nous avons aussi pu constater qu'au cours de ces combats contre l'incompréhension, l'injustice vécue et la demande du respect de sa dignité humaine, des bénévoles, des cliniciens, des intervenants, des citoyens ordinaires (ou extraordinaires !) de la société civile, tout comme certains responsables institutionnels, de par leur engagement et leur dévouement dans ces situations extrêmes, ont répondu, avec le meilleur d'eux-mêmes, à l'appel d'aide en situation de détresse :

*Qui donc a rendu leurs couleurs perdues aux jours, aux semaines ?  
Sa réalité à l'immensité des choses humaines ?  
Il aurait fallu un moment de plus pour que la mort vienne.  
Mais une main, alors est venue, qui a pris la mienne. (Aragon)*

## NOTE

- 1 Nous verrons dans ce qui suit que l'entourage et l'organisation des services de soutien post-urgence ne font pas exception à cette règle : « Loin des yeux, loin du cœur ? »

## BIBLIOGRAPHIE

- BAILLY, L. (1996). *Les catastrophes et leurs conséquences psychotraumatiques chez l'enfant*, Paris, ESF.
- BRESLAU, N. et G.C. DAVIS (1987). « Post-traumatic Stress Disorder : the Stressor Criterion », *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 175, p. 255-264.
- BROWN, P. et E.J. MIKKLESEN (1990). *No Safe Place*, Berkeley, University of California Press.
- CROCQ, L. (1992). « Panorama des séquelles des traumatismes. Névroses traumatiques, états de stress post-traumatiques et autres séquelles », *Psychologie médicale*, vol. 24, n° 5, p. 427-432.
- CROCQ, L. (1993). « Le trauma et ses mythes », *Psychologie médicale*, vol. 25, n° 10, p. 992-999.
- CROCQ, L. (2002). « Persée, la Méduse et l'effroi », *Revue francophone du stress et du trauma*, août, tome 2, n° 3, p. 133-138.
- CROCQ, L. et O. LERY (1989). *Le stress des décideurs et des sauveteurs dans les catastrophes*, présentation au Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, LXXXVII<sup>e</sup> session, Montréal, 3-9 juillet 1989, extrait de comptes rendus, p. 523-537.
- DELUMEAU, J. et Y. LEQUIN (1987). *Les malheurs du temps*, Paris, Librairie Larousse.
- DENIS, H. (1993). *Gérer les catastrophes. L'incertitude à apprivoiser*, Montréal, PUM.
- ERICKSON, Kau. T. (1976). *Everything in its Path. Destruction of Community in the Buffalo Creek Flood*, New York, A Touchtone Book.

- FESCHOTTE, P. (1985). *Les illusionnistes. Essai sur le mensonge scientifique*, Lausanne, Éditions de l'AIRE.
- FISCHER, G.N. (1994). *Le ressort invisible*, Paris, Éditions du Seuil.
- FOA, E.B., G. STEKETEE et B.O. ROTHBAUM (1989). « Behavioral-cognitive Conceptualization of PTSD », *Behavioral Therapy*, vol. 20, p. 155-176.
- FOLKMAN, S. et R.S. LAZARUS (1988). « Coping as a Mediator of Emotion », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 54, p. 466-475.
- FRANK, J.D. (1974). *Persuasion and Healing*, New York, Schocken Books, édition révisée.
- FREUD, S. (1971). *L'avenir d'une illusion.*, Paris, PUF.
- FREUD, S. (1971). *Malaise dans la civilisation*, Paris, PUF.
- GILBERT, C. (sous la direction de) (1990). *La catastrophe, l'élu et le préfet*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble.
- GILBERT, C. (1992). *Le pouvoir en situation extrême. Catastrophes et politique*. Paris, L'Harmattan.
- GIST, R. et B. LUBIN (1989). *Psychosocial Aspects of Disaster*, New York, John Wiley & Sons, 357 p.
- HARSBARGER, D. (1973). « An Ecological Perspective on Disasters and Facilitative Disaster Intervention Based on the Buffalo Creek Disaster », Rockville, Maryland, Séminaire NIMH in Education, Washington, D.C.
- JANOFF-BULMAN, R. (1992). *Shattered Assumptions*, New York, Free Press (Macmillan).
- JOSEPH, S., R. WILLIAMS et W. YULE (1992). « Crisis Support, Attributional Style, Coping Style and Post-traumatic Symptoms », *Personality and Individual Differences*, vol. 13, p. 1249-1251.
- JOSEPH, S., W. YULE et R. WILLIAMS (1993). « Post-traumatic Stress : Attributional Aspects », *Journal of Traumatic Stress*, vol. 6, n° 4, p. 501-513.

- KROLL-SMITH, J.S. et S.R. COUCH (1990). *The Real Disaster is Above Ground*, Lexington, The University Press of Kentucky, 200 p.
- LAROUCHE, G. (1998). « L'éveil du milieu », in M.-U. Proulx (sous la dir. de), *Une région dans la turbulence*, Québec, PUQ, p. 101-115.
- LEFEBVRE, Y. (2000). « Désastre, illusion et fonctions tautomères des communautés », *Santé mentale au Québec*, vol. XXV, n° 1, p. 7-44.
- LEFEBVRE, Y. (2002). « Désastres, sinistrés et intervenants : une contribution québécoise », *Revue francophone du stress et du trauma*, mai, tome 2, n° 2, p. 123-124.
- LEFEBVRE, Y. et F. COUDARI (1992). *Entre le délit et le délire : apprivoiser le désir*, Montréal-Ottawa, UQÀM, Santé et Bien-Être social Canada, 267 p.
- LEQUAN, M. (1998). *La paix*, textes choisis, Paris, Flammarion, 245 p.
- LINDY, J.D., M.C. GRACE et G.L. GREEN (1981). « Survivors : Outreach to a Reluctant Population », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 51, p. 468-478.
- MALTAIS, D., S. ROBICHAUD et A. SIMARD (2001). *Désastres et sinistrés*, Québec, Édition JCL, coll. « Au cœur des catastrophes », 407 p.
- MOUCHÈS, A. (1990). *De l'illusion psychique aux illusions sociales*. Paris, L'Harmattan.
- NADEAU, E. (1958). *La perle au fond du gouffre*, Montréal-Paris, Fides, 283 p. (extr. p. 135).
- PATÔCKA, J. (1998). « Essais hérétiques sur la philosophie de l'histoire », extrait p. 129-140 et 143 de *Le jour, la vie et la paix*, publié par M. Lequan, 1998, p. 87-88.
- PAUCHANT, T.C. et MITNOFF (1995). *La gestion des crises et des paradoxes. Prévenir les effets destructeurs de nos organisations*, Montréal, Québec-Amérique, coll. « Presses HEC ».
- PROULX, M.-U. (1998), *Une région dans la turbulence*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- RANK, O. (1945). *Will Therapy and Truth and Reality*, New York, Knopf.

- RANK, O. (1958). *Beyond Psychology*, New York, Dover Books.
- Revue Santé mentale au Québec (1996). « Les états de stress post-traumatique », Montréal, printemps, n° 1, dossier spécial, p. 129-228.
- ROSSET, C. (1984). *Le réel et son double*, Paris, Gallimard.
- SHORE, J.H., E.L. TATUM et W.M. VOLMER (1986). « The Mount St-Helens Stress Response Syndrome » in J.H. Shore (sous la dir. de), *Psychological Consequences of a Disaster*, p. 77-98.
- SCHUR, M. (1975). *La mort dans la vie de Freud*, Paris, Gallimard, 688 p.
- SOLOMON, S.D. (1989). « Research Issues in Assessing Disaster's Effects », in R. Gist et B. Lubin (sous la dir. de), *Psychosocial Aspects of Disaster*, New York, p. 308-340.
- SOLOMON, Z., M. MILKULINCER et R. BENBENISHTY (1989). « Locus of Control and Combat Related to Post-traumatic Stress Disorder : the Intervening Role of Battle Intensity, Threat Appraisal and Coping », *British Journal of Clinical Psychology*, vol. 28, p. 131-144.
- TATUM, E.L., W.M. VOLMER et J.H. SHORE (1986). « Relationship of Perception and Mediating Variables to the Psychiatric Consequences of Disaster », in J.H. Shore (sous la dir. de), p. 99-122.
- TAYLOR, V.A., G.A. ROSS, et E.L. QUARANTELLI (1976). *Delivery of Mental Health Services in Disasters : the Xenia Tornado and some Implications*. Newark, University of Delaware, DRC, Book and Monograph, series 11.
- Revue francophone du stress et du trauma (2000-2002), sous la direction du Pr. F. Lebigot, Paris, Édits. Princeps, publ. trimestrielle.
- YOUNG, A. (1995). *The Harmony of Illusions. Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*, Princeton, N.J., Princeton University Press.





## **INDEX DES AUTEURS**

---

Aladin AWAD  
Université de Sherbrooke

Martine BARBIER BOYER  
Psychologue clinicienne et victimologue

Jimmy BAULNE  
Institut de la statistique du Québec

Abbé Clément BÉDARD  
Prêtre retraité

Carmen BELLEROSE, M.Sc.  
Direction de la santé publique  
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Dr Michel BELLONE  
CHRU de Lille, France

Yaniv BENZIMRA, B.A.  
École de Psychologie et Institut de recherches en santé des  
populations  
Université d'Ottawa

Manon BLACKBURN  
Direction de la santé publique  
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Luc BOILEAU  
Direction de la santé publique  
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Denis BOURQUE, LL.L, LL.M, LL.D.  
Docteur en droit  
Professeur  
Département des sciences économiques et administratives  
Université du Québec à Chicoutimi

Ghislain BOURQUE, Ph.D.  
Vice-recteur à l'enseignement et à la recherche  
Université du Québec à Chicoutimi

Virginie BOSS, M.D.  
Centre hospitalier et universitaire de Lille, France

Danielle BRASSET, M.Sc.  
Agente de relations humaines  
CLSC du Grand Chicoutimi

Pascale BRILLON, Ph.D.  
Psychologue  
Clinique des troubles anxieux  
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Hélène CARDU, Ph.D.  
Université Laval

Serge CHEVALIER  
Régie régionale de la santé et des services sociaux  
de Montréal-Centre  
et Institut national de santé publique du Québec

Olivier COTTENCIN, M.D.  
Clinique universitaire de psychiatrie  
Centre hospitalier et universitaire de Lille, France

Robert COURTEMANCHE  
Institut de la statistique du Québec

Marie-Marthe COUSINEAU  
Professeure agrégée à l'École de Criminologie  
et chercheure au Centre international de criminologie comparée

Carole DAVELUY, M.Sc.  
Institut de la statistique du Québec

Hélène DENIS, Ph.D.  
Professeure titulaire  
École Polytechnique de l'Université de Montréal  
et ex-commissaire  
Commission scientifique et technique chargée d'analyser les  
événements relatifs à la tempête de verglas

Patrick DEVOS, Ph.D.  
Département de biostatistiques  
Centre hospitalier et universitaire de Lille, France

François DUCROCQ, M.D.  
Clinique universitaire de psychiatrie  
Centre hospitalier et universitaire de Lille, France

Monique FONTAINE, M.D.  
Laboratoire de biochimie  
Centre hospitalier et universitaire de Lille, France

Christophe FORTIN, Bac.  
Département des sciences humaines  
Université du Québec à Chicoutimi

Martin FORTIN, M.D.  
Département des sciences humaines  
Université du Québec à Chicoutimi

Arlène GAUDREAU  
Présidente de l'Association québécoise Plaidoyer-Victimes  
Chargée de cours à l'Université de Montréal

Michel GOUEMAND, M.D.  
Clinique universitaire de psychiatrie  
Centre hospitalier et universitaire de Lille, France

Carol GRAVEL, B.A.  
Secteur recherche-développement  
Centre de prévention du suicide 02

François GRAVEL, B. Inf., B.Sc., M. Env.  
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Longueuil

Maryse GUAY, MD, M.Sc., FRCPC  
Direction de la santé publique de la Montérégie

Donald HARVEY, Bac.  
Directeur territorial de l'est du Québec  
Croix-Rouge

Chantal HOVINGTON, M.A.  
Département des sciences humaines  
Université du Québec à Chicoutimi

Louis JACQUES, M.D., M.Sc., FRCPC  
Direction de la santé publique  
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Claudie LABERGE, Bac.  
Responsable des services humanitaires et du financement  
Croix-Rouge

Lise LACHANCE, Ph.D.  
Département des sciences humaines  
Université du Québec à Chicoutimi

Philippe LAFFARGUE, M.D., Ph.D.  
Service de traumatologie  
Centre hospitalier et universitaire de Lille, France

Robert LAFOND, Ph.D.  
Santé Canada

Johanne LAGUË, MD, M.Sc., FRCPC  
Direction de la santé publique  
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie  
et Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke

Gilles LALANDE, Ph.D  
Université du Québec à Chicoutimi

Nathalie LAMY, M.Sc.  
Directrice  
Centre d'aide aux victimes d'actes criminels-MV Saguenay

France LAPOINTE  
Institut de la statistique du Québec

Françoise LAVALLÉE, psychologue  
Professeure de psychologie  
Université du Québec à Trois-Rivières

François LEBIGOT  
Médecin-chef des services hors classe  
Hôpital d'instruction des armées de Percy

Yvon LEFEBVRE, Ph.D.  
Université du Québec à Montréal

Frédéric LEMIEUX  
École de criminologie  
Université de Montréal

Louise LEMYRE, Ph.D.  
École de Psychologie et Institut de recherches en santé des  
populations  
Université d'Ottawa

Jacinthe LOISELLE  
Institut de la statistique du Québec

Danielle MALTAIS, Ph.D.  
Département des sciences humaines  
Université du Québec à Chicoutimi

Jacques D. MARLEAU, Ph.D.  
Anthropologue et démographe  
Centre de recherche de l'Institut Pinel de Montréal

Claude MARTEL, M.Sc.  
Responsable de mission santé en sécurité civile et  
conseiller national au volet psychosocial en sécurité civile  
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Guy MOFFAT, M.Sc.  
Université du Québec à Chicoutimi

Sylvie MOLEND  
CHRU de Lille, France

Raymond MURPHY, Ph.D.  
Université d'Ottawa

Julie NADEAU  
Étudiante à la maîtrise en service social  
Université Laval

Manon NOISEUX  
Direction de la santé publique  
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Daniel PARENT  
Candidat au DBA  
Université de Sherbrooke

Geneviève PARENT  
Étudiante au doctorat  
École de Criminologie de l'Université de Montréal

Thierry C. PAUCHANT, Ph.D.  
Professeur titulaire de management  
École des Hautes Études Commerciales de Montréal

Andrée PELLERIN  
Psychologue  
Professeure de psychologie  
Université du Québec à Trois-Rivières

Louis PICARD, Bac.  
Université du Québec à Chicoutimi

Claude PRÉVOST, M.D., M.Sc., FRCPC  
Direction de la santé publique  
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Claire RASCLE, M.D. Ph.D.  
Clinique universitaire de psychiatrie

Suzie ROBICHAUD, Ph.D.  
Département des sciences humaines  
Université du Québec à Chicoutimi

Françoise RUDETZKI, Ph. D.  
S.O.S. ATTENTATS  
France

Jean-François SAUCIER  
Psychiatre  
Hôpital Sainte-Justine

Anne SIMARD, M.Sc.  
Département des sciences humaines  
Université du Québec à Chicoutimi

Jean-Yves TÊTU  
Candidat M.A. Éducation  
Université Laval

Pierre THOMAS, M.D. Ph.D.  
Clinique universitaire de psychiatrie  
Centre hospitalier et universitaire de Lille, France

Claude TREMBLAY, Ph.D.  
Direction de la santé publique  
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Martin TRUCHON, M.Sc.  
Étudiant au doctorat  
Université de Montréal

Guillaume VAIVA, M.D., Ph.D.  
Clinique universitaire de psychiatrie  
Centre hospitalier et universitaire de Lille, France





