



Mission santé

L'INTERVENTION SOCIO SANITAIRE EN CONTEXTE DE SÉCURITÉ CIVILE Volet psychosocial

Document de référence

2008 ¹

Module 5

Le processus d'adaptation

TABLE DES MATIÈRES

	Page
Introduction	4
1. L'équilibre dynamique	5
2. Le processus d'adaptation.....	6
3. Les facteurs de compensation.....	10
4. Les réactions d'adaptation.....	12
4.1 Les réactions positives.....	12
4.2 Les difficultés d'adaptation.....	14
5. Les problèmes d'adaptation	16
5.1 Le trouble de l'adaptation.....	17
5.2 L'état de stress aigu (ESA.....	19
5.3 L'état de stress post-traumatique (ESPT).....	22
5.4 La dépression post-traumatique.....	24
5.5 Le deuil compliqué.....	26
Références	28

Module 5 : Le processus d'adaptation

Conception : Pierre-Paul Malenfant, Ts
Formateur national du volet psychosocial

Coordination : Claude Martel
Coordination ministérielle
en sécurité civile du MSSS
Responsable de mission

Traitement de texte : Carolle Blaquière
Diane Morin
Nancy Belzile

Consultation et validation :

Le contenu du présent module a été validé à la suite d'un processus de consultation impliquant :

- Les membres de la Table du volet psychosocial de la Coordination ministérielle en sécurité civile du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec;
- L'équipe des formateurs en sécurité civile de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent : madame Martine Cormier, psychologue, monsieur René Banville, ARH, madame Odile Saint-Pierre, psychologue;
- Mesdames Sylvie Poirier, Danielle Brassat, Solange Lévesque et Caroline Sabourin.

Remerciements :

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la conception de ce module.

Droits d'auteur :

© Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielle, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction partielle ou complète de ce document à des fins personnelles et non commerciales est permise, uniquement sur le territoire québécois et à condition d'en mentionner la source.

Introduction

Comme nous l'avons vu précédemment, il est normal que les survivants d'un sinistre manifestent des réactions de tout ordre. Face aux impacts engendrés par un sinistre, une majorité des survivants feront preuve de résilience. Ils se retrouveront en situation de stress, traverseront une période d'adaptation pour entreprendre, par la suite, le retour à l'équilibre dynamique.

Cependant, d'autres survivants présenteront des problèmes d'adaptation qui compliqueront leur retour à l'équilibre dynamique. Il s'agit de problèmes d'adaptation qui peuvent, en autres, être causés par des facteurs propres au sinistre, à la fragilité personnelle, en raison de contraintes liées au réseau naturel, aux habiletés interpersonnelles ou à la réponse des autorités face aux besoins des sinistrés.

Dans ce module, nous proposons de tracer les grandes lignes du processus qu'empruntent les personnes sinistrées pour s'adapter aux impacts d'un sinistre. Plus particulièrement, nous aborderons les sujets suivants :

- Une définition de l'équilibre dynamique;
- Les étapes du processus d'adaptation;
- Les facteurs de compensation;
- Les réactions d'adaptation;
- Les problèmes d'adaptation.

1. L'équilibre dynamique

Avant de s'attarder au processus d'adaptation en tant que tel, voyons ce qu'est l'équilibre dynamique.

Nous pouvons dire que chacun possède un équilibre dynamique qui lui est propre. C'est ce qu'on peut appeler l'homéostasie². Ainsi, il est incontournable qu'après avoir vécu les effets d'un sinistre, la plupart des personnes survivantes devraient retrouver cet équilibre dynamique.

Aux fins de notre démarche, nous nous en tenons à une définition de l'équilibre dynamique qui se veut simple, pratique et rassembleuse des différentes approches du domaine de l'intervention psychosociale.

Selon Gabrielle Mercier-Leblond³:

« L'équilibre dynamique est une attitude du psychisme qui permet à l'individu de fonctionner de façon harmonieuse, de s'adapter à son environnement, de faire face aux situations difficiles et de rétablir après une épreuve, son équilibre et son dynamisme. »

2. Le processus d'adaptation

D'entrée de jeu, disons que l'adaptation est un processus naturel chez l'humain qui permet de se protéger de la désorganisation que peuvent provoquer les impacts d'un sinistre. L'adaptation s'inscrit dans un processus complexe qui relève tant de la dimension cognitive, physique, comportementale qu'émotive de la personne. Ce processus, qu'on peut également associer à la résilience, permet à la personne sinistrée d'effectuer un travail continu sur elle-même et sur son entourage pour trouver réponse à ses propres besoins et ceux de ses proches.

Avant de s'attarder à ce mécanisme d'adaptation en tant que tel, revenons au cadre d'analyse systémique (module 2) qui nous permet de saisir le processus d'adaptation dans toute sa globalité. Rappelons qu'il faut tenir compte :

- des facteurs liés à l'aléa (type, ampleur, durée, etc.);
- des facteurs liés à l'environnement (milieu de vie, services disponibles, etc.);
- des facteurs liés à la personne sinistrée (vulnérabilité, personnalité, etc.).

Ainsi, nous pouvons comprendre que la réaction des uns et des autres, à la suite du même sinistre, variera selon ces facteurs, dont les facteurs de compensation personnelle et le profil de résilience.

LA RÉSILIENCE

Résilience des individus, des organisations et des communautés

Depuis le début des années 80, plusieurs auteurs de différentes disciplines se sont intéressés au concept de résilience : physique, économie, gestion, sociologie, et psychologie.

Dans le domaine de la sécurité civile, la notion de résilience se présente comme étant :

« l'aptitude d'un système, d'une collectivité ou d'une société potentiellement exposé à des aléas à s'adapter, en résistant ou en changeant, en vue d'établir et de maintenir des structures et un niveau de fonctionnement acceptables. Il s'agit de la capacité de résister aux situations présentant des dangers avec un minimum de dommages et de s'en relever efficacement par la suite.

La notion de résilience provient du domaine de la métallurgie où elle désigne la capacité d'un métal à résister aux chocs. Elle a ensuite été appliquée à de nombreux secteurs d'activité, notamment à la psychologie alors qu'elle est utilisée pour décrire la capacité d'une personne de subir une épreuve et de s'en remettre. Son utilisation en sécurité civile remonte aux années 1990 et est aujourd'hui répandue parmi les gouvernements et les organisations partout dans le monde.

Quatre composantes ou propriétés principales permettent d'évaluer la résilience d'un milieu. Celles-ci sont :

- La **robustesse** qui se rapporte à la résistance et à la force intrinsèque des éléments du milieu;
- La **redondance** qui est associée aux propriétés des systèmes et qui consiste à disposer de choix ou moyens de rechange pour faire face à une défaillance;
- La **capacité de prise en charge** qui est liée à la capacité des personnes et des organisations de trouver les solutions appropriées, de mobiliser les ressources nécessaires et de mettre en place les moyens pour faire face à une situation;
- La **rapidité** qui concerne la vitesse avec laquelle les perturbations peuvent être réduites, les sommes financières rendues disponibles et les restaurations effectuées.

Résilience des individus, des organisations et des communautés

On peut accroître la résilience d'une collectivité ou d'une organisation en agissant sur les plans suivants :

- **Technique**, soit l'état et la localisation des infrastructures essentielles ainsi que des systèmes et des équipements névralgiques du milieu;
- **Organisationnel**, à savoir les caractéristiques et le dynamisme des organisations et des institutions;
- **Social**, c'est-à-dire les caractéristiques et le dynamisme des communautés et des populations;
- **Économique**, soit les caractéristiques et le dynamisme de l'économie locale et régionale ainsi que des entreprises qui la composent.

L'intérêt de la notion de résilience est qu'elle aborde la situation dans une perspective positive et globale. Elle offre aux collectivités un défi à relever, ce qui est susceptible de contribuer non seulement à une meilleure résistance aux catastrophes, mais aussi à améliorer la sécurité, le bien-être et la qualité de vie de la population. »⁴

Dans une perspective psychosociale, on a tenté, à partir d'études sur le comportement humain, de définir pourquoi certaines personnes réussissent mieux que d'autres à composer avec les épreuves de la vie.

« Une approche basée sur la résilience met en évidence les capacités adaptatives des individus, leur capacité de rebondir dans des situations difficiles. Les professionnels de la santé qui s'en inspirent dans leur intervention s'inscrivent dans le champ du « sens à donner à l'événement », dans la capacité d'aider le client à mettre une signification parlante et libérante face à une situation difficile. »⁵

Selon Manciaux et Tomkiewicz « ... résilier, c'est se reprendre, aller de l'avant après une maladie, un traumatisme, un stress. C'est surmonter les épreuves et les crises de l'existence, c'est-à-dire y résister, puis les dépasser pour continuer à vivre le mieux possible. C'est résilier un contrat avec l'adversité. Le processus de résilience dépend des interactions entre divers facteurs de protection ou de risque provenant tant de l'individu que de son environnement. »⁶

Résilience des individus, des organisations et des communautés

Nous pouvons concevoir la résilience chez les personnes sinistrées comme un processus d'adaptation qui a réussi. Comme nous l'avons vu au module 2 portant sur une conception systémique des impacts d'un sinistre, nous reconnaissons que trois facteurs doivent être pris en considération dans l'analyse : les facteurs personnels, les facteurs inhérents à l'aléa et les facteurs environnementaux. On comprendra ainsi que le profil de résilience que la personne sinistrée avait avant la survenue du sinistre aura une influence déterminante sur ses capacités à composer avec les impacts du sinistre.

Dans une perspective d'intervention nous pouvons reconnaître que certains facteurs contribuent positivement au développement de la résilience chez les personnes sinistrées et leurs communautés :

- 1 : La reconnaissance des besoins et de la capacité des personnes à s'en sortir
- 2 : La qualité de la relation intervenant-sinistré
- 3 : La mise en place de services adaptés aux besoins
- 4 : La présence d'un esprit d'entraide et de solidarité sociale

3. Les facteurs de compensation

Chaque fois que se présente un événement comme un sinistre ou une tragédie, les victimes utiliseront des facteurs de compensation reconnus qui peuvent favoriser un retour à l'équilibre dynamique; évitant ainsi de se diriger dans une dynamique de crise⁷.

Lors de contact avec les personnes sinistrées, les intervenants doivent être en mesure d'observer la **présence ou l'absence de ces facteurs** de compensation qui peuvent faire toute la différence quant au retour à l'équilibre dynamique.

Les intervenants actifs lors de sinistres rapportent ce dont les études ont démontré⁸ à l'effet que la présence de ces facteurs de compensation est un bon indicateur du potentiel d'adaptation et de récupération des victimes d'un sinistre. Ces facteurs agissent comme des éléments de protection contre les problèmes d'adaptation.

Trois facteurs de compensation :

1. La perception de l'événement par la personne sinistrée;
2. Le soutien par le réseau naturel de la personne;
3. Les mécanismes d'adaptation.

Outre ces facteurs de compensation, on comprendra que le profil de défavorisation et de fragilisation des personnes (préexistant au sinistre) aura aussi une influence sur le processus d'adaptation.

LES FACTEURS QUI INFLUENCENT LE PROCESSUS D'ADAPTATION⁹

FACTEUR	DESCRIPTION	HYPOTHÈSES A VÉRIFIER
1. LA PERCEPTION DE L'ÉVÉNEMENT PAR LA PERSONNE	<p>Si l'événement est perçu de façon réaliste :</p> <p>Il y a prise de conscience de la relation entre l'événement et les réactions ressenties.</p> <p>Il est probable que la situation de stress sera résolue efficacement.</p> <p>Si la perception de l'événement est déformée :</p> <p>Il y a déformation du lien entre l'événement et les réactions ressenties.</p> <p>Il existe différentes façons de déformer l'événement. La personne amplifie, généralise ou minimise l'événement.</p> <p>Toute tentative pour résoudre le problème en sera d'autant affectée.</p>	<p>Pour la personne qui a vécu l'événement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quelle signification a l'événement à ses yeux? - Comment affectera-t-il son avenir? - Comment interprète-t-elle cet événement? - Peut-elle le regarder de façon réaliste? <p>ou</p> <ul style="list-style-type: none"> - En interprète-t-elle mal la signification?
2. LE SOUTIEN PAR LE RÉSEAU NATUREL DE LA PERSONNE	<p>Le soutien par le réseau naturel comprend les personnes qui sont accessibles dans l'entourage et sur lesquelles on peut se fier pour obtenir de l'aide à ce moment-là.</p> <p>En situation de sinistre, le manque ou l'insuffisance de soutien peut laisser un individu dans une position vulnérable propice à un état de déséquilibre ou de crise.</p>	<p>Pour la personne qui a vécu l'événement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Est-ce qu'elle est entourée d'un réseau significatif? - Est-ce que le soutien reçu lui apparaît adéquat et suffisant? - Est-ce que ce réseau de soutien est accessible facilement et pour combien de temps?
3. LES MÉCANISMES D'ADAPTATION UTILISÉS PAR LA PERSONNE	<p>Ces mécanismes réduisent la tension et favorisent l'adaptation à des situations de stress. Ils peuvent être mis en action consciemment ou inconsciemment.</p> <p>Tout au long de sa vie, l'individu apprend à utiliser diverses méthodes pour s'adapter au stress et réduire la tension; ces mécanismes visent à maintenir et protéger son équilibre.</p> <p>Lorsque survient un événement provocateur de stress et que les mécanismes d'adaptation appris ne sont pas efficaces, le malaise est alors ressenti à un niveau conscient.</p>	<p>Pour la personne qui a vécu l'événement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Est-ce que des mécanismes d'adaptation sont utilisés? - Ces mécanismes parviennent-ils à maintenir et à protéger son équilibre? - Comment envisage-t-elle l'avenir?

4. Les réactions d'adaptation

Comme elles le font pour s'accommoder des aléas de la vie quotidienne, les personnes sinistrées vont puiser dans certaines stratégies d'adaptation pour composer avec les impacts d'un sinistre.

4.1 Les réactions positives

Pour la grande majorité, le déséquilibre sera ressenti pendant un certain temps (de 4 à 8 semaines) avant de retourner graduellement à un équilibre dynamique.

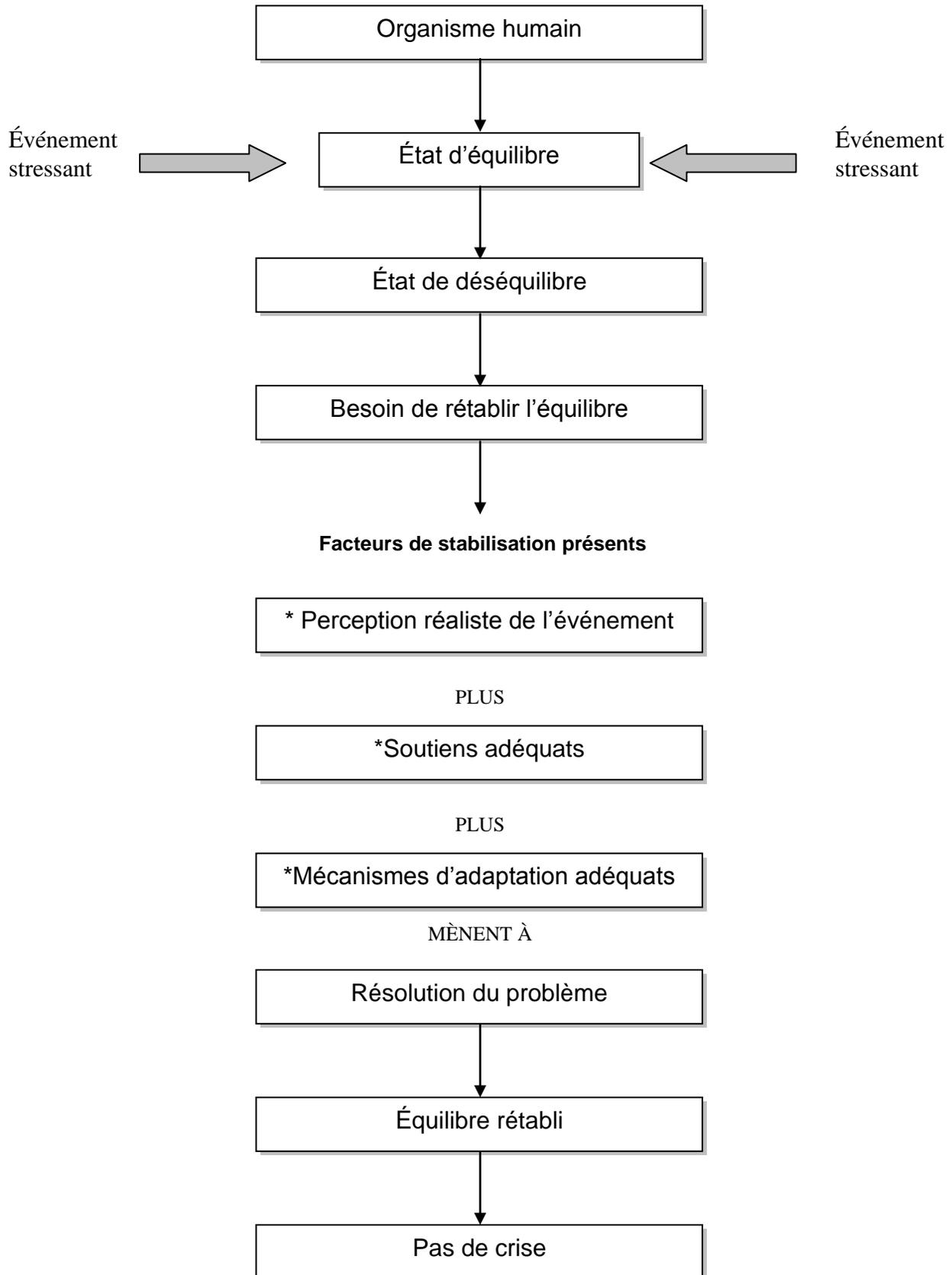
Réactions positives d'adaptation¹⁰ :

Voici certains facteurs qui nous indiquent que la personne sinistrée s'adapte positivement aux impacts du sinistre :

- Capacité à se mobiliser et à réagir adéquatement lors de l'urgence;
- Perception réaliste de la situation;
- Utilisation appropriée des ressources d'aide disponibles;
- Habilité à composer simultanément avec la forte charge émotionnelle issue de l'expérience et les tâches à accomplir;
- Capacité à exprimer la souffrance émotionnelle;
- Reconnaissance de sa douleur sans manifestation obsessionnelle ou pathologique;
- Développement de stratégies appropriées pour composer avec l'incertitude sans utilisation de réactions impulsives;
- Reconnaissance et acceptation de sa dépendance temporaire à l'égard de certains de ses besoins de base et démarches pertinentes pour les combler;

La figure suivante représente le cheminement d'une personne confrontée à un événement stressant qui utilise les stratégies d'adaptation appropriées lui permettant de retrouver un équilibre dynamique¹¹.

L'INFLUENCE DE LA PRÉSENCE DE FACTEURS DE STABILISATION AU COURS D'UN ÉVÉNEMENT STRESSANT Aquilara 1995



4.2 Les difficultés d'adaptation

Bien que la majorité des survivants d'un sinistre retrouveront leur équilibre dynamique après une période d'adaptation, certaines personnes sinistrées, pour leur part, présenteront des difficultés d'adaptation qui pourraient les conduire vers le développement de complication d'ordre physique, psychologique et social; et ce, à court, moyen ou à long terme.

Ainsi, un événement dramatique comme un sinistre est générateur d'une forte tension qui peut entraîner sournoisement une personne dans un état de déséquilibre persistant.

Réactions négatives d'adaptation¹²

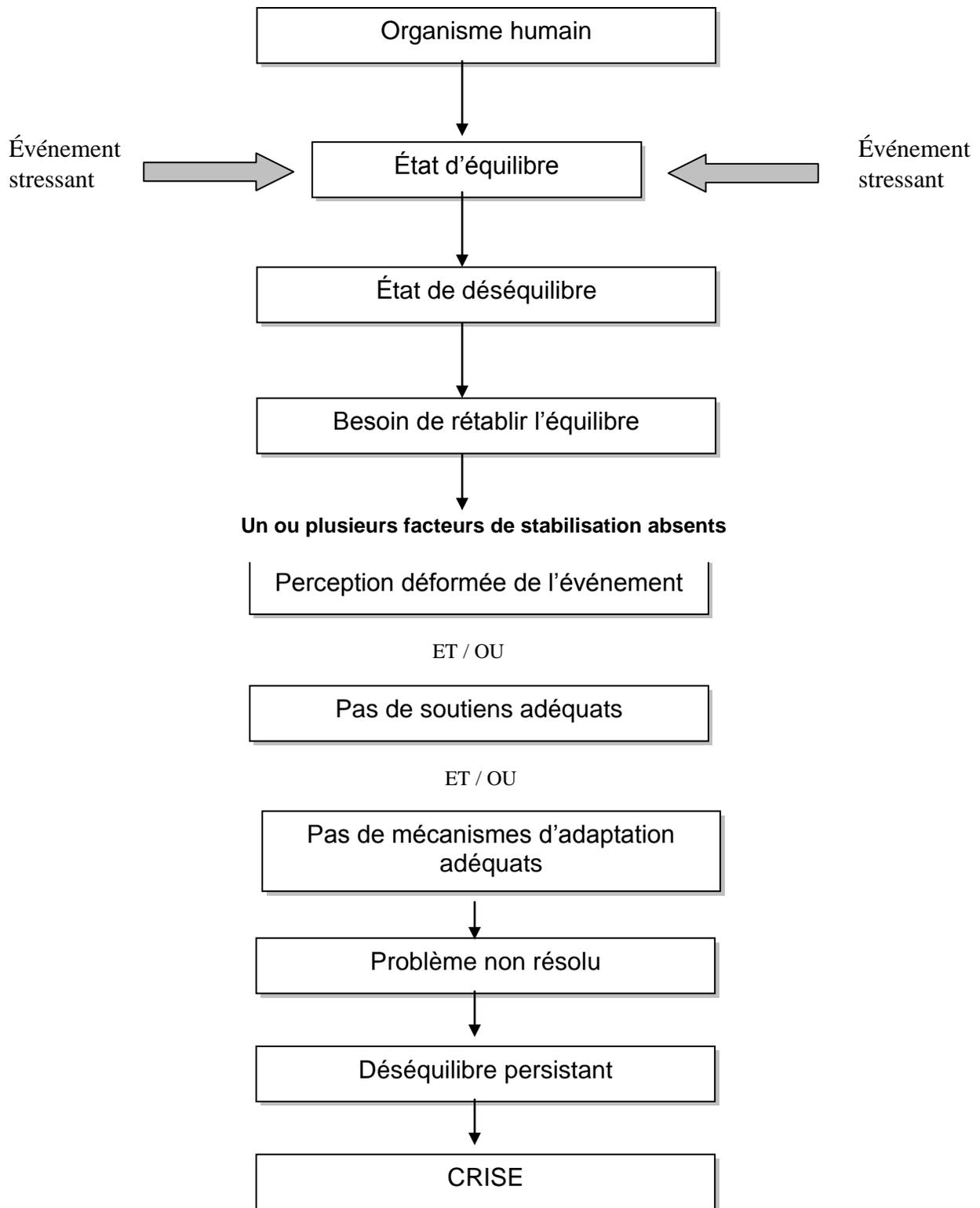
Voici certains facteurs qui nous indiquent que la personne sinistrée s'adapte négativement aux impacts du sinistre :

La présence de un ou de plusieurs de ces éléments peut constituer un indicateur des difficultés d'adaptation et nous permettre dans une certaine mesure d'anticiper les problèmes à plus long terme.

- Dénî, évitement, retrait social;
- Perception fantaisiste et pauvre de l'événement;
- Réactions impulsives;
- Idées de vengeance ou recherche d'un « bouc émissaire »;
- Manifestation de dépendance;
- Expression excessive, inappropriée ou absence d'émotion;
- Absence d'empathie à l'égard des autres victimes;
- Utilisation de comportements spirituels non appropriés;
- Inhabilité dans les activités de la vie quotidienne (AVQ);
- Abus de substances psychoactives;
- Incapacité à utiliser adéquatement l'aide offerte, à faire les démarches pertinentes et voir à la défense de ses droits.

La figure suivante présente comment l'absence de un ou de plusieurs facteurs de compensation peut suivre une trajectoire qui pourrait conduire une personne sinistrée vers un processus de crise¹³.

L'INFLUENCE DE L'ABSENCE DE FACTEURS DE COMPENSATION AU COURS D'UN ÉVÉNEMENT STRESSANT Aguilera 1995



5. Les problèmes d'adaptation

Nous insistons à nouveau sur le fait que la majorité des personnes victimes d'un sinistre présentera des réactions normales qui se résorberont graduellement pour leur permettre de retrouver leur équilibre dynamique.

Lorsque les mécanismes d'adaptation habituelle ne permettent pas à la personne de retrouver un fonctionnement dynamique relativement normal dans une période que l'on peut situer dans les quatre à huit semaines de l'événement, nous pouvons voir s'installer progressivement « un pattern de crise ».

Nous voulons ici porter une attention particulière à la portion des sinistrés qui présenteront des problèmes particuliers d'adaptation¹⁴. Nous présentons certains de ces problèmes que les intervenants psychosociaux peuvent rencontrer chez les victimes d'un sinistre. Il s'agit de :

- La surconsommation de drogues, d'alcool ou de médicaments;
- Le retrait social et familial;
- Le fait de trop travailler;
- L'irritabilité et les comportements agressifs et violents;
- La culpabilité excessive;
- Les problèmes alimentaires;
- Les comportements compulsifs;
- Les comportements dangereux;
- Les problèmes de sommeil.

Certaines personnes peuvent également présenter des problèmes d'adaptation qui s'inscrivent dans un registre bien structuré et que la littérature scientifique définit clairement. Il s'agit :

- du trouble d'adaptation;
- de l'état de stress aigu;
- de l'état de stress post-traumatique;
- de la dépression post-traumatique;
- du deuil compliqué.

Mise en garde :

Il est important de mentionner que les problèmes que nous présentons ici ne sont pas restrictifs à la description que nous en faisons. Ainsi, la personne qui ne rencontre pas l'ensemble des critères ou qui manifeste des problèmes que le DSM ne reconnaît pas doit tout de même pouvoir recevoir le soutien que sa situation exige.

Nous insistons sur le fait que le rôle de l'équipe d'intervention psychosociale en contexte de sécurité civile est de repérer ces personnes et de les soutenir pour qu'elles puissent retrouver « une vie normale ».

En ce qui concerne les personnes qui présentent des problèmes plus importants (état de stress post-traumatique, dépression post-traumatique, deuil compliqué), il y a lieu de les référer aux services spécialisés au besoin. Le traitement clinique de ce genre de complication doit se faire par des professionnels aguerris uniquement (médecins, psychologues ou psychiatres) et ne relève pas nécessairement de la responsabilité de l'équipe d'intervention psychosociale en contexte de sécurité civile du CSSS.

5.1 Le trouble de l'adaptation

« La caractéristique essentielle d'un Trouble de l'adaptation est une réponse psychologique à un ou à des facteurs de stress identifiables (Stresseurs) qui conduit au développement de symptômes dans les registres émotionnels ou comportementaux cliniquement significatifs » (APA, DSM-IV-TR 2003).

Il s'agit là d'un problème qui peut se manifester dans une période de trois mois suivant la survenue d'un sinistre. Ainsi, tous les problèmes consécutifs au sinistre comme les questions de logement, la couverture des assurances et des compensations financières, les conflits, l'accès aux services de base, etc. peuvent constituer autant de sources de stress qui compliqueront le processus d'adaptation. Puisqu'il s'agit d'un trouble apparemment fréquent à la suite d'un sinistre, les intervenants psychosociaux doivent prévoir les interventions en conséquence.

Nous présentons ici, à titre indicatif, les critères d'un Trouble de l'adaptation selon l'American Psychiatric Association.

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES TROUBLE DE L'ADAPTATION (DSM-IV-TR, 2003)	
A.	Développement de symptômes dans les registres émotionnels et comportementaux, en réaction à un ou plusieurs facteur(s) de stress identifiable(s), au cours des trois mois suivant la survenue de celui-ci (ceux-ci)
B.	Ces symptômes ou comportements sont cliniquement significatifs, comme en témoignent : 1) Soit une souffrance marquée, plus importante qu'il n'était attendu en réaction à ce facteur de stress; 2) Soit une altération significative du fonctionnement social ou professionnel (scolaire).
C.	La perturbation liée au stress ne répond pas aux critères d'un autre trouble spécifique de l'Axe I ou de l'Axe II.
D.	Les symptômes ne sont pas l'expression d'un deuil.
E.	Une fois que le facteur de stress (ou ses conséquences) a disparu, les symptômes ne persistent pas au-delà de 6 mois.
	<p>Spécifier si :</p> <p>Aigu : si la perturbation persiste moins de 6 mois. Chronique : si la perturbation persiste 6 mois ou plus.</p> <p>La codification des Troubles de l'adaptation est fondée sur le sous-type, qui est déterminé par les symptômes prédominants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - avec humeur dépressive; - avec anxiété; - avec à la fois anxiété et humeur dépressive; - avec perturbation des conduites; - avec perturbation à la fois des émotions et des conduites; - non spécifié.

5.2 L'état de stress aigu (ESA)

Certaines personnes **exposées à un événement traumatique** développeront des réactions de stress d'une intensité telle que leur fonctionnement sera perturbé de façon significative. Le trouble **État de stress aigu**, ESA, communément appelé « le choc nerveux » fait référence à la réaction immédiate des personnes exposées à un événement traumatique. On estime¹⁵ que de 15 à 30 % des personnes exposées à un événement traumatique présenteraient des symptômes d'ESA. Il s'agit d'une réaction répondant à des critères précis dont les manifestations se situent à l'intérieur des quatre semaines de l'événement. Puisqu'il s'agit d'un trouble apparemment fréquent à la suite d'un sinistre, les intervenants psychosociaux doivent prévoir les interventions en conséquence.

Nous présentons ici, à titre indicatif, les critères d'un ESA selon l'American Psychiatric Association.

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES TROUBLE ÉTAT DE STRESS AIGU (DSM-IV-TR)	
A.	<p>Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de graves blessures, ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée; 2) La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.
B.	<p>Durant l'événement ou après avoir vécu l'événement perturbant, l'individu a présenté trois (ou plus) des symptômes dissociatifs suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Un sentiment subjectif de torpeur, de détachement ou une absence de réactivité émotionnelle; 2) Une réduction de la conscience de son environnement, ex. : « être dans le brouillard »; 3) Une impression de déréalisation; 4) De dépersonnalisation; 5) Une amnésie dissociative (c.-à-d. incapacité à se souvenir d'un aspect important du traumatisme).
C.	<p>L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des manières suivantes : images, pensées, rêves, illusions, épisodes de flash-back récurrents, ou sentiment de revivre l'expérience, ou la souffrance lors de l'exposition à ce qui peut rappeler l'événement traumatique.</p>
D.	<p>Évitement persistant des stimulus qui éveillent la mémoire du traumatisme (ex. : pensées, sentiments, conversations, activités, endroits, gens).</p>
E.	<p>Présence de symptômes anxieux persistants ou manifestations d'une activation neurovégétative (ex. : difficultés lors du sommeil, irritabilité, difficultés de concentration, hypervigilance, réaction de sursaut exagérée, agitation motrice).</p>
F.	<p>La perturbation entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants, ou altère la capacité du sujet à mener à bien certaines obligations comme obtenir une assistance nécessaire ou mobiliser des ressources personnelles en parlant aux membres de sa famille de l'expérience traumatique.</p>
G.	<p>La perturbation dure un minimum de deux jours et un maximum de quatre semaines et survient dans les quatre semaines suivant l'événement traumatique.</p>
H.	<p>La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (ex. : une substance donnant lieu à un abus, un médicament) ou une affection médicale générale n'est pas mieux expliquée par un trouble psychotique bref et n'est pas uniquement une exacerbation d'un trouble préexistant de l'axe I ou de l'axe II.</p>

	CRITÈRES DIAGNOSTIQUES TROUBLE ÉTAT DE STRESS AIGU (DSM-IV-TR)

5.3 L'état de stress post-traumatique (ESPT)

Des auteurs rapportent des études¹⁶ à l'effet que de 60 à 80 % des personnes qui présentent des réactions d'État de stress aigu (ESA) initialement, développeront ultérieurement un État de stress post-traumatique (ESPT).

L'état de stress post-traumatique constitue un problème qui nécessite une intervention spécialisée. Le rôle de l'équipe du volet psychosocial du CSSS est de repérer les personnes qui présenteront ce genre de problème et de les référer aux spécialistes appropriés.

Nous présentons ici, à titre indicatif, les critères d'un ESPT selon l'American Psychiatric Association.

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES TROUBLE ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (DSM-IV-TR)	
A.	<p>Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :</p> <ol style="list-style-type: none">1) Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de graves blessures, ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée;2) La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.
B.	<p>L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none">1) Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions. Chez les jeunes enfants, il peut survenir un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme;2) Rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse. Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable;3) Impression ou agissements soudains « comme si l'événement traumatique allait se reproduire » incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations, et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication. Chez les jeunes enfants, des reconstitutions spécifiques du traumatisme peuvent survenir;4) Sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES TROUBLE ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (DSM-IV-TR)	
	traumatique en cause; 5) Réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause.
C.	Évitement persistant des stimulus associés aux traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes : 1) Efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme; 2) Efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme; 3) Incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme; 4) Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités; 5) Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres; 6) Restriction des affects, ex. : incapacité à éprouver des sentiments tendres; 7) Sentiment d'avenir « bouché », ex. : pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie.
D.	Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes : 1) Difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu; 2) Irritabilité ou accès de colère; 3) Difficultés de concentration; 4) Hypervigilance; 5) Réaction de sursaut exagérée.
E.	La perturbation (symptômes des critères B, C et D) dure plus d'un mois.
F.	La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Spécifier si :

Aiguë : si la durée des symptômes est de moins de trois mois.

Chronique : si la durée des symptômes est de trois mois ou plus.

Spécifier si :

Survenue différée : si le début des symptômes survient au moins six mois après le facteur de stress.

5.4 La dépression post-traumatique

Les personnes exposées à un événement traumatique peuvent voir leur état évoluer vers le développement d'un État de stress post-traumatique. Cela étant dit, il y aurait près de 50 % des personnes souffrant d'un ESPT qui présenteraient de façon concomitante un état de dépression majeure¹⁷. On imagine la souffrance que cette comorbidité ESPT/dépression peut entraîner chez les personnes qui en sont touchées.

La dépression post-traumatique constitue un problème qui nécessite une intervention spécialisée. Le rôle de l'équipe du volet psychosocial du CSSS est de repérer les personnes qui présenteront ce genre de problème et de les référer aux spécialistes appropriés.

Le DSM-IV-TR définit les critères diagnostiques d'une dépression majeure de la façon suivante.

Critères d'un Épisode dépressif majeur	
A.	<p>Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.</p> <p>N. B. : Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection médicale générale, à des idées délirantes ou à des hallucinations non congruentes à l'humeur.</p> <ol style="list-style-type: none">1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. ex. : se sent triste ou vide) ou observée par les autres (p. ex. : pleure). N. B. : Éventuellement, irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex., modification du poids corporel en un mois excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. N. B. : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (ne pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

	<p>8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).</p> <p>9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.</p>
B.	Les symptômes ne répondent pas aux critères d'Épisode mixte.
C.	Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
D.	Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. : une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex. : hypothyroïdie).
E.	Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil, c'est-à-dire après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

5.5 Le deuil compliqué

Nous avons vu au module 4 que les personnes qui ont subi des pertes significatives à la suite d'un sinistre traverseront une période de deuil. Ainsi, le deuil est un processus normal qui se vit de façon différente selon les personnes à partir d'étapes plus ou moins bien définies.

Le deuil constitue une expérience universelle que nous devons reconnaître comme un des événements le plus stressant de la vie.

Certaines personnes peuvent présenter des complications dans la traversée de leur deuil. Nous pouvons définir le deuil compliqué comme étant **l'incapacité à traverser les étapes à franchir afin de terminer l'ensemble du processus de deuil**. C'est comme si le travail du deuil ne s'engageait pas et ne parvenait pas à son terme.¹⁸

Bien que les auteurs ne s'entendent pas sur une définition qui permette une démarcation claire entre le deuil normal et le deuil compliqué, nous pouvons classer les deuils compliqués selon quatre grandes catégories :

- Le deuil absent;
- Le deuil intensifié;
- Le deuil différé;
- Le deuil prolongé;

Le deuil compliqué constitue un problème qui nécessite une intervention spécialisée. Le rôle de l'équipe du volet psychosocial du CSSS est de repérer les personnes qui présenteront ce genre de problème et de les référer aux spécialistes appropriés.

Un deuil compliqué peut se reconnaître par la présence des manifestations suivantes¹⁹ :

Caractéristiques d'un deuil compliqué	
	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de réactions lors de la perte; - Présence de colère excessive; - Identification démesurée à la personne décédée, idéalisation exagérée; - Une dégradation dans la sphère des relations sociales; - Une incapacité à s'investir dans d'autres relations significatives; - Attachement maniaque ou au contraire réaction phobique face aux objets, aux lieux ou aux personnes qui lui rappellent la perte; - Fort sentiment de culpabilité; - Cauchemars répétitifs; - Sentiment de panique, anxiété persistante; - Développement de symptômes dépressifs; - Problèmes de comportement; - Abus de substance; - Perte d'estime de soi; - Réactivation exagérée des symptômes du deuil lors des dates anniversaires; - Incapacité à franchir les étapes du deuil ou blocage à une étape précise.

La présence de plus de deux de ces manifestations nous indique qu'il y a possiblement présence d'un deuil compliqué.

Nous insistons à nouveau sur le fait que le rôle des intervenants de l'équipe d'intervention psychosociale en contexte de sécurité civile est de repérer ces personnes, de leur offrir le soutien nécessaire à court terme et de les référer aux services spécialisés.

La complication d'un deuil peut conduire à **un deuil pathologique**¹⁹. Ce dernier est la manifestation d'un trouble psychiatrique survenu à la suite d'une perte significative; généralement dans la sphère des troubles dépressifs ou des troubles anxieux.

RÉFÉRENCES

1. La présente version constitue une révision et une mise à jour de la version originale : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, Guide de formation, volet psychosocial, *L'intervention sociosanitaire dans le cadre des mesures d'urgence*, 1994.
2. SÉGUIN, M., A. BRUNET, et L. LEBLANC. *Intervention en situation de crise et en contexte traumatique*, Gaëtan Morin éditeur, 2006.
3. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *L'intervention sociosanitaire dans le cadre des mesures d'urgence, volet psychosocial*. Guide de formation, 1994.
4. MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE, *Approche et principes en sécurité civile* - Mars 2007 – Document de consultation.
5. FRANÇOISE LAVALLÉE Ph. D. Psychologue, UQTR. « *Un mode d'intervention basé sur la résilience* », mai 2003.
5. DANIELLE MALTAIS, Ph.D. et Simon Gauthier, *Long term impacts on personal and spiritual values for French Canadian elderly victims of flood in Québec (Canada): a question of resilience*, UQAC, Département des sciences humaines, 2007.
5. AQUILERA, Donna C. *Intervention en situation de crise, Théorie et méthodologie*, ERPI, 1995.
6. COHEN, Raquel E. *Mental health services in disaster, Manual for humanitarian workers*, Pan American health organisation, 2000.
7. AQUILERA, Donna C. *Intervention en situation de crise, Théorie et méthodologie*, ERPI, 1995, p. 81.
8. COHEN, Raquel E. *Mental health services in disaster, Manual for humanitarian workers*, Traduction libre, Pan American health organisation, 2000, p. 17.
9. AQUILERA, Donna C. *Intervention en situation de crise, Théorie et méthodologie*, ERPI, 1995, p. 79.
10. COHEN, Raquel E. *Mental health services in disaster, Manual for humanitarian workers*, Traduction libre, Pan American health organisation, 2000, p. 17.
11. AQUILERA, Donna C. *Intervention en situation de crise, Théorie et méthodologie*, ERPI, 1995, p. 79.
12. Le taux de prévalence des problèmes d'adaptation à la suite d'un sinistre sont très variables d'une étude à l'autre. Plusieurs facteurs, comme l'impact du sinistre, sa nature, la durée, la réponse des autorités, les facteurs personnels et sociaux expliqueraient ces variations. Ainsi, Maltais, Robichaud et Simard (2001) rapportent des études à l'effet que de 20 % à 80 % des personnes sinistrées auraient présenté des « problèmes d'ordre psychologique » à la suite d'un sinistre.

13. DSM-IV-TR, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Ed. Masson, 2003.
14. SÉGUIN, M., A. BRUNET, et L. LEBLANC. *Intervention en situation de crise et en contexte traumatique*, Gaëtan Morin éditeur, 2006, p. 151.
15. BRILLON, Pascal. *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique*, Ed. Québecor, 2004, p. 387.
16. MONTBOURQUETTE, Jean. *Grandir, aimer, perdre et grandir*, Ed. Novalis, 1994.
17. Société canadienne de psychologie, www.cpa.ca
18. DE MONTIGNY, Johanne. *Quand le deuil se complique*, dans *Psychologie Québec*, novembre 2002.