



Mission santé

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

Documents de référence

Module 7

Le rétablissement psychosocial

Module 7 : Le rétablissement

Conception : Pierre-Paul Malenfant, t.s.
Formateur national du volet psychosocial

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

Traitement de texte : Nancy Belzile

Consultation et validation :

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

- Johanne Sylvain, conseillère au volet psychosocial, service de coordination ministérielle des activités de sécurité civile, ASSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec;
- Myriam Garrant, conseillère du volet psychosocial en sécurité civile, CSSS Cœur de l'Île;
- Chantal Naud, responsable régionale du volet psychosocial, ASSS de l'Abitibi-Témiscamingue
- Caroline Sabourin, responsable du volet psychosocial, CRSS de la Baie-James;
- Germain Couillard, agent de planification, programmation et recherche sociosanitaire, direction des services sociaux, ASSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean;
- Nicole Lachance, agente de planification, de programmation et de recherche, responsable du volet psychosocial du plan régional de sécurité civile sociosanitaire, ASSS de la Capitale-Nationale;
- Martine Roch, responsable du volet psychosocial en sécurité civile, CSSS les Eskers de l'Abitibi.
- Marie-Hélène Deschênes, formatrice régionale du volet psychosocial, CSSS de la Mitis
- Martine Cormier, psychologue, formatrice régionale du volet psychosocial, CSSS de Rivière-du-Loup,
- Odile Saint-Pierre, psychologue, formatrice régionale du volet psychosocial, chef de programme, CSSS de La Mitis
- Martin Gagnon, conseiller régional du volet psychosocial, CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes
- Josée Francoeur, travailleuse sociale, CSSS de Port-Cartier
- Karine Therrien, travailleuse sociale, CSSS de Sept-Îles

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.

Table des matières

Introduction	4
1. Objectifs	5
2. Définition	6
3. Nécessité de demeurer actif au plan psychosocial	7
4. Processus d'évaluation et de planification du rétablissement psychosocial	10
4.1. Pyramide du processus d'évaluation	12
4.1.1. L'évaluation macrosociale	13
4.1.2. L'évaluation microsociale	15
5. Impacts psychosociaux lors du rétablissement	17
5.1. Impacts sociaux	17
5.2. Impacts interpersonnels	17
5.3. Impacts psychologiques	18
6. Processus de relance	19
7. Interventions psychosociales à privilégier	26
7.1. Principes de l'intervention psychosociale de rétablissement	26
7.2. Indicateurs permettant de déterminer les interventions à privilégier	27
7.3. Services psychosociaux à mettre en place	28
8. Conclusion	31
Bibliographie	32
Annexe 1 : Questionnaire d'évaluation des impacts psychosociaux du sinistre	34
Annexe 2 : Échelle révisée d'impact de l'événement (IES-R)	35
Annexe 3 : Mesure du stress psychologique MSP-9	38

Introduction

Le rétablissement constitue la troisième et la dernière étape de l'intervention psychosociale en contexte de sécurité civile. Soulignons que les impacts d'un sinistre seront habituellement assez visibles à court ou moyen terme alors qu'ils se manifesteront de façon plus ou moins évidente à plus long terme. À cause de leur caractère sournois, les impacts à long terme peuvent souvent être négligés, sous-évalués, voire ignorés par les gestionnaires et les intervenants. Ainsi, il se peut que la diminution de l'intérêt médiatique et l'intérêt politique viennent masquer les besoins psychosociaux des personnes sinistrées à plus long terme.

Les interventions psychosociales de la phase de rétablissement correspondent au moment où les sinistrés et la communauté ont repris leurs activités quotidiennes habituelles, mais en raison des impacts psychosociaux nombreux et des multiples besoins ressentis au sein de la communauté, on doit prolonger les interventions psychosociales.

Le module 7 présente les phénomènes psychosociaux que l'on peut rencontrer lors de la phase de rétablissement, la nécessité de demeurer actif au plan psychosocial ainsi que l'importance des activités de relance comme moyens pour bien évaluer les besoins. Enfin, nous aborderons les interventions psychosociales types que l'on peut réaliser pendant cette phase.

Nous avons vu au module 2 (un contexte d'intervention particulier) la nécessité d'avoir une perspective systémique pour bien saisir toutes les facettes d'un sinistre. Alors que le module 6 identifiait spécifiquement les interventions psychosociales à mettre en place dans les sphères individuelles et familiales, on remarquera que le présent module cible plus particulièrement l'environnement social dans lequel vivent les personnes sinistrées.

Notons qu'il se peut qu'à la suite de la démarche d'évaluation effectuée avant de s'engager dans la phase de rétablissement, il ne soit pas apparu nécessaire d'intervenir de façon spécifique à cette phase. Il demeure toutefois pertinent de faire une relance auprès des personnes sinistrées environ quatre semaines après que celles-ci soient retournées à leur quotidien, et ce, afin de réévaluer leurs besoins et d'établir, si nécessaire, un programme de rétablissement psychosocial.

1. Objectifs

- Comprendre la nécessité de demeurer actif pendant cette phase afin de prévenir les problèmes d'adaptation et de favoriser un retour « à la vie normale »;
- Identifier les phénomènes psychosociaux spécifiques à la phase de rétablissement;
- Reconnaître le processus de relance comme moyen pour bien évaluer les problèmes persistants et les besoins psychosociaux des personnes sinistrées;
- Avoir une vue d'ensemble des interventions les plus appropriées et les plus efficaces à mettre en place pendant cette période.

2. Définition

Le rétablissement est la période où les individus, les familles, les groupes et les communautés mettent tout en œuvre pour rétablir le fonctionnement normal des différentes composantes de la société à la suite d'un sinistre. Chaque sinistre connaît un processus de rétablissement qui lui est propre, mais on reconnaît que c'est à ce stade que les gens font des plans pour retrouver une vie relativement normale (MSSS, 1994, Santé Canada, 1994).

On comprendra qu'il est difficile de situer la dimension psychosociale d'un sinistre dans une échelle temporelle précise. Le rétablissement psychosocial dépendra d'une multitude de facteurs comme la nature et la durée du sinistre, l'environnement socioéconomique et les caractéristiques biopsychosociales des personnes sinistrées (Module 2).

Le passage entre l'intervention et le rétablissement s'effectue de façon graduelle et s'opère différemment selon l'importance et la nature du sinistre. « Ainsi, certains acteurs peuvent avoir amorcé les mesures associées au rétablissement alors que d'autres se consacrent toujours à l'intervention » (Martel, 2005).

Considérant les impacts psychosociaux que peut occasionner un sinistre à moyen et à long terme, le rétablissement peut ainsi s'étendre sur une période variant de quelques semaines à plusieurs années.

Le ministère de la Sécurité publique du Québec définit le rétablissement comme « *l'ensemble des décisions et des actions prises à la suite d'un sinistre pour restaurer les conditions sociales, économiques, physiques et environnementales de la collectivité et réduire les risques de sinistre* » (MSP, 2007).

Au plan psychosocial, les interventions associées au rétablissement tiendront compte des besoins des personnes sinistrées à moyen et à long terme. Il peut s'agir des besoins d'ordre psychologique, financier, matériel, familial, social, environnemental et communautaire.

Le rétablissement vise la restauration des conditions psychosociales des individus, des familles, des groupes et des communautés touchés par un sinistre.

3. La nécessité de demeurer actif au plan psychosocial

Comme nous l'avons vu dans les modules sur les réactions des sinistrés et le processus d'adaptation, nous reconnaissons qu'il est normal qu'un sinistre provoque des réactions d'ordre physique, cognitif, émotif et comportemental. On se rappellera que la vaste majorité des personnes touchées par un sinistre s'adaptera positivement à la situation sans avoir recours à des services spécialisés. Ainsi, malgré les impacts et les pertes subies, elles retrouveront une certaine stabilité et s'adapteront à leurs nouvelles conditions de vie. Cette période d'adaptation peut durer des mois, voire des années.

Les réactions des victimes lors de cette période varieront selon leur vulnérabilité avant l'événement, les pertes subies, le degré d'exposition traumatique, le niveau de résilience et bien entendu selon la capacité du milieu à retrouver sa stabilité.

À la phase de rétablissement, c'est l'accalmie qui s'installe. L'événement ne fait plus la manchette, les autres missions du système de sécurité civile québécois ont terminé leurs tâches et la société semble retrouver un fonctionnement relativement normal. Il en va tout autrement pour ce qui est de la dimension psychosociale du sinistre. En effet, après la « phase héroïque » où la solidarité, l'entraide et l'altruisme ont été de mises, c'est la « désillusion », la confrontation à la réalité des impacts psychosociaux qui persistent (Enrenreich, 2001).

Il s'agit en fait de la phase qui interpelle au premier plan l'intervention psychosociale. Il y a une certaine proportion de victimes qui demeureront affectées, voire même « traumatisées » par les pertes subies. Ces derniers constatent que leurs besoins dépassent grandement l'aide disponible et que ce sera un événement qui laissera des cicatrices à long terme. En plus des pertes humaines, on sait par ailleurs que la perte de ressources financières, matérielles et sociales, sans compter les multiples démarches à faire, peut entraîner des conséquences psychologiques majeures qui peuvent s'étaler sur plusieurs années (Dubois, 2005, Galea, 2007).

De leur côté, après une période intense d'intervention, les intervenants psychosociaux se retrouvent habituellement fatigués, voire exténués... Pourtant, plusieurs besoins ne sont toujours pas comblés et ils doivent poursuivre leur intervention auprès des personnes les plus affectées, les plus fragiles, celles qui ont le plus de difficultés à récupérer du sinistre.

Une petite proportion sera plus affectée pour une plus longue période. Il y a donc des symptômes moins communs qui, lorsqu'ils se présentent de façon sévère, nous indiquent la présence de problèmes psychosociaux qui perdurent. *Chez certaines victimes, la durée, l'apparition et même l'augmentation de l'intensité des symptômes psychologiques peuvent être constatées sur des périodes variant de quelques mois à plusieurs années* (Maltais et al. 2001).

Dans le cadre des démarches que les personnes sinistrées doivent faire après le sinistre, on remarque qu'elles sont parfois envoyées d'un endroit à l'autre et qu'elles doivent souvent expliquer plusieurs fois leur récit complet à des fonctionnaires, des représentants d'assurance ou autres, pour qui les séquelles psychosociales sont un domaine inconnu. Dans ces circonstances, les victimes peuvent se retrouver dans un labyrinthe de services qui peut représenter une sorte de « sinistre secondaire » (Denis, 2002, De Soir, 2002, Maltais, Lachance, Brassard et Dubois, 2005). Certains seront stigmatisés, voire accusés de vouloir profiter de leur situation (Hutton, 2001). Pour plusieurs, ce manque de compréhension entraîne une perte de confiance dans la société et ses institutions (De soir, 2002). Ainsi, l'insatisfaction et la colère personnelle peuvent se transformer en « mécontentement populaire » et susciter de multiples tensions sociales.

En général, les personnes sinistrées trouvent que l'aide offerte est d'une trop courte durée. Ainsi, comme le rapporte Maltais et al. (2005) on reconnaît que le manque de soutien entraîne des niveaux plus élevés d'anxiété, de désarroi, de somatisation, de dépression et de stress. Il y aurait donc une corrélation directe entre l'aide disponible et le niveau de détresse biopsychosociale des personnes sinistrées.

Force est de constater que si nous ne prenons pas les mesures d'intervention psychosociale appropriées lors de la phase de rétablissement, cela risque d'avoir des impacts sur la qualité de vie des personnes, des familles et des communautés. Les états de stress post-traumatique et l'appauvrissement en sont des exemples éloquentes.

Ainsi, les gens aux prises avec des problèmes psychosociaux inhérents à l'événement risquent de se retrouver avec des séquelles qui peuvent se cristalliser et aboutir à des difficultés persistantes. Si l'on ne prend pas soin de répondre aux besoins des personnes sinistrées lors de la phase de rétablissement, on verra ressurgir ces personnes dans les services courants des établissements du réseau de la santé et des services sociaux dont les services médicaux (Galea, 2007).

Les difficultés de la vie quotidienne, qui en situation normale peuvent se résoudre assez facilement, peuvent se transformer en complications majeures lors d'un sinistre. C'est le cas des tensions familiales, de difficultés financières, des problèmes de logement et du manque de travail qui peuvent se transformer en problèmes majeurs et constituer une source de stress invalidante.

Pour leur part, les personnes fragilisées par une déficience ou par des troubles mentaux auront plus de difficultés à s'adapter.

Soulignons également qu'un bon nombre de personnes qui ne présentaient pas de symptômes importants de stress lors de l'impact et de la phase transitoire peuvent manifester d'importantes réactions anxio-dépressives à plus long terme (Enrenreich, 2001). Les trois types de trouble psychologique les plus fréquents après une catastrophe se situent dans les registres de l'anxiété, de la dépression et de l'état de stress post-traumatique (Chenevert et al. 2000). On sait que les personnes atteintes de ce genre de problèmes consultent surtout pour des problèmes secondaires à ces troubles.

Toujours au plan psychologique, on parle alors de fatigue chronique, d'incapacité au travail, de difficultés d'attention et de concentration, de problèmes de sommeil, d'épuisement, de symptômes post-traumatiques et même de suicide, et ce, sans compter l'augmentation des manifestations de violence et de la toxicomanie. On reconnaît l'importance d'intervenir le plus rapidement possible afin de prévenir l'aggravation de ces troubles.

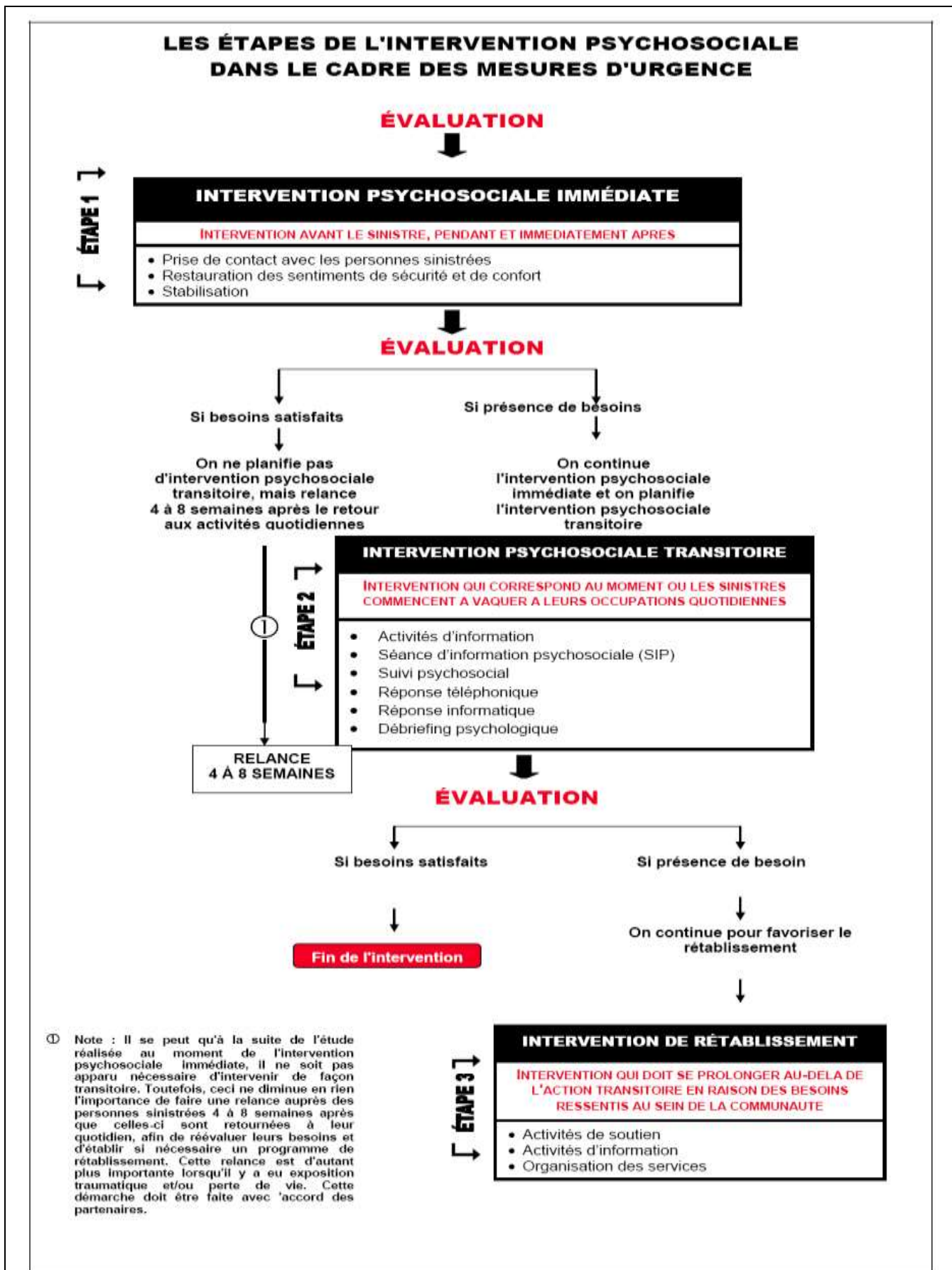
Dans un registre plus social, soulignons les impacts que peut représenter un sinistre sur la famille, la communauté et la société tout entière, et ce, sans compter la perte du soutien social, de services de base, des activités de loisirs, du sentiment d'appartenance, etc.

Il y a donc lieu d'adapter la réponse psychosociale à la phase de rétablissement en tant que levier qui permettra d'accroître la capacité d'adaptation des individus et des familles ainsi qu'un moyen de renforcer la résilience communautaire.

4. Le processus d'évaluation et de planification du rétablissement psychosocial

Malgré la difficulté que représente l'évaluation des paramètres psychosociaux d'un sinistre, cette démarche demeure l'unique façon de bien connaître les impacts ainsi que les besoins des personnes sinistrées et de la communauté (Fernandez, Auglanier, Bonnet, Guinard, Pedinielli, et Preau, 2007). C'est par la réactivation du processus d'évaluation psychosociale que le CSSS pourra déterminer le niveau et le type de services à mettre en place pendant la phase de rétablissement. Il faut se référer à nouveau aux étapes de l'intervention psychosociale pour bien situer la démarche d'évaluation.

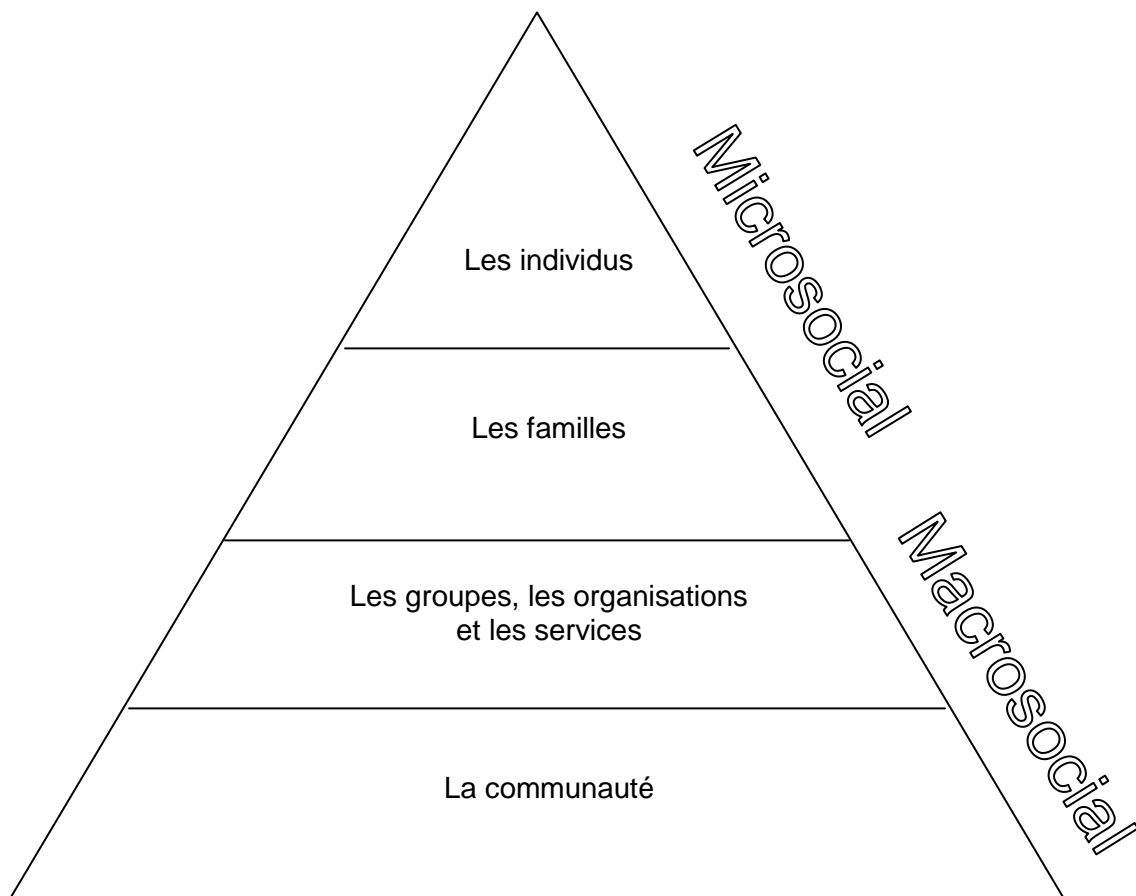
Figure 1



4.1. Pyramide du processus d'évaluation

Pour la phase de rétablissement, nous distinguons deux types d'évaluation : l'évaluation macrosociale de la situation et l'évaluation microsociale qui concerne spécifiquement les familles et les personnes sinistrées. La logique de la démarche d'évaluation spécifique à la phase de rétablissement est à l'effet de commencer par l'évaluation macrosociale qui nous fournira une vue d'ensemble de la situation dans la communauté. Cette vue d'ensemble nous permettra par la suite d'avoir accès à la situation spécifique des groupes de la communauté, qui eux sont composés de membres de familles et d'individus. Il s'agit d'un processus pyramidal, du bas vers le haut qui permettra de connaître la situation dans son ensemble.

Figure 2 : Pyramide du processus d'évaluation



4.1.1. Évaluation macrosociale de la situation : il s'agit d'une démarche d'évaluation qui permet d'avoir une vue d'ensemble des impacts psychosociaux du sinistre à un moment particulier (ici le rétablissement) et de déterminer en conséquence les interventions à réaliser. Il s'agit d'une évaluation qui se situe dans une perspective macrosociale. On prendra en considération la dynamique multidimensionnelle du sinistre en tenant compte des processus d'adaptation ou de « mésadaptation » au niveau collectif. On tentera ainsi d'avoir une image des impacts que le sinistre a provoqués, des besoins qui en découlent et de la capacité de la communauté à y répondre. Pour mener ce type d'évaluation les outils *L'évaluation et la planification des services psychosociaux en contexte de sécurité civile* ainsi que *L'évaluation de la comorbidité psychosociale d'un sinistre* sont tout désignée.

Cette démarche s'inscrit dans une perspective organisationnelle de planification stratégique qui permettra au CSSS d'identifier les services à maintenir, à adapter ou encore les nouveaux services à mettre en place. Il est important de bien connaître le milieu avant la survenue du sinistre afin de bien mesurer les impacts du sinistre et d'avoir des objectifs réalistes en ce qui concerne le rétablissement. Connaître les besoins de la communauté demande que nous ayons une bonne connaissance des forces et des faiblesses de la communauté pour y faire face.

Rappelons que ce sont les membres de la communauté qui sont le mieux placés pour identifier les impacts du sinistre et les besoins. Il y a donc lieu de les impliquer activement dans le processus d'évaluation macrosociale. Pour mener à terme cette démarche, on pourrait même créer un *comité d'évaluation des besoins* composé de partenaires de la communauté.

Au départ, il faut accepter que nous ayons un aperçu plutôt sommaire de la situation, mais au fur et à mesure de son application l'évaluation nous permettra de mieux connaître les besoins. Il importe de s'assurer que les principaux acteurs de la communauté soient impliqués dans cette démarche afin d'étoffer notre connaissance des besoins de créer des liens de partenariat.

Pour la dimension macrosociale, l'évaluation pourra tenir compte notamment :

- Des causes du sinistre (connu, clairement identifié et accepté ou méconnu et source de conflits);
- Des caractéristiques démographiques dont la relocalisation ou le déménagement de personnes à l'extérieur de la communauté depuis le sinistre (dislocation sociale);
- Des caractéristiques économiques (fermeture d'entreprise, perte d'emploi, etc.);
- Du type de communauté (rural, semi-urbaine, banlieue ou urbaine);
- De la composition sociale, des clientèles défavorisées et fragilisées, etc.;
- De l'expérience de la communauté en matière de solidarité, de coopération et d'entraide;
- Des aspects culturels, historiques et ethniques;
- Des systèmes politiques formels et informels et l'influence des leaders;
- De l'évolution du processus d'adaptation de la communauté depuis l'impact (régression, évolution lente et pénible ou adaptation dynamique et positive);
- Du niveau de reconnaissance à l'égard des sauveteurs, des intervenants et des décideurs;
- Des réseaux d'entraide et de défense de droits;
- Des valeurs et des croyances populaires à propos de leur situation (victime, injustice, résilience, révolte, etc.);
- Des services disponibles (école, garderie, aide à domicile, loisirs, etc.);
- De l'accessibilité aux services de santé et aux services psychosociaux;
- Des systèmes d'indemnisation et de compensation financière (assurances privées ou aides financières du MSP);
- Du niveau de dépendance ou d'autonomie à l'égard de l'aide gouvernementale ou de fournisseurs privés;
- De l'empathie et la solidarité sociale face aux sinistrés versus la stigmatisation;
- De la capacité des systèmes de communication et des médias permettant à la communauté d'être informée des services disponibles;
- Des entreprises et des infrastructures affectées;
- Etc.

On portera également attention à la situation interne des groupes communautaires comme la direction, le membership, la capacité de poursuivre leurs activités, la situation financière, la reconnaissance sociale et politique, la relève, etc.

4.1.2. Évaluation spécifique des besoins des familles et des personnes sinistrées : il s'agit d'un processus d'évaluation qui vise davantage à connaître la situation et les besoins spécifiques des familles et des personnes sinistrées. Ici, ce sont les dimensions personnelles et familiales qui sont en cause. Il s'agit d'une évaluation qui se situe dans une perspective plutôt microsociale.

Pour les dimensions familiales, on portera attention à la situation et aux besoins tant du petit bébé, des enfants, des adolescents, des parents que des grands-parents. On tiendra compte de la position de chacun par rapport au sinistre en tant que clientèle primaire, secondaire ou tertiaire.

Rappelons l'importance de relancer les clientèles qui furent l'objet de repérage lors de l'intervention psychosociale immédiate (IPI) et transitoire (IPT).

On sait que les victimes d'un sinistre qui réussissent, dans les deux à trois semaines, à reprendre leurs activités dans les sphères du travail et des activités de la vie quotidienne et domestique sont moins à risque de développer des problèmes d'adaptation (SAMHSA, 2009). Il est donc nécessaire d'évaluer le fonctionnement des personnes sinistrées afin de déterminer les besoins et les services à mettre en place.

Dans ce sens, il existe différents instruments qui permettent d'évaluer l'impact de l'événement, le niveau de stress psychologique, la santé mentale, etc. Nous présentons ici quelques instruments :

Questionnaire d'évaluation des impacts psychosociaux chez une personne sinistrée. Il s'agit d'un questionnaire, actuellement en élaboration, qui vise à documenter les impacts psychosociaux du sinistre sur la personne sinistrée. (Annexe 1).

De plus, afin d'identifier plus spécifiquement les aspects psychologiques de l'événement sur la personne, le clinicien peut utiliser l'un ou l'autre des outils suivants :

- **Échelle révisée d'impact de l'événement (IES-R, Weiss, Mamar, 1997, Brunet, 2003)** annexe 2;
- **Mesure de stress psychologique (MSP-9, Lemire et Tessier, 2003)** l'annexe 3;
- **Le Dominique Interactif :** Pour l'évaluation des enfants, cet instrument permet de mesurer leur état mental. On peut trouver cet outil au : <http://www.dominicinteractive.com/page1FB.html>

Ce type d'évaluation repose principalement sur des prémisses cliniques qui permettront de bien cerner les dimensions biopsychosociales du sinistre au plan individuel.

Pour la dimension microsociale, on tiendra notamment compte des éléments suivants :

- L'évolution du degré de fragilisation et de défavorisation depuis l'impact;
- L'évolution des personnes qui furent exposées directement à l'événement;
- L'opinion subjective que se font les victimes de leur situation en tant qu'occasion qui leur permet d'en sortir plus fort ou en contrepartie de devenir plus vulnérables et dépendantes des services en place;
- Le sentiment de sécurité et de confort;
- Les capacités au niveau des activités de la vie quotidienne (AVQ) et domestique (AVD);
- Le niveau d'adaptation face aux pertes subies versus les problèmes d'adaptation comme l'abus de substances psychotropes, etc.;
- Le degré de fatigue physique et psychologique;
- L'évolution du niveau de tension familiale et conjugale;
- La perception de l'événement;
- L'histoire des capacités d'adaptation lors d'épreuves antérieures;
- Le soutien des proches et de la communauté;
- La situation financière familiale et personnelle, les sources de revenus, l'accès au programme d'indemnisation, etc.;
- L'accès à un travail en tant que source de revenu et de valorisation sociale;
- La présence de symptômes de stress post-traumatique, d'anxiété, de dépression ou de deuil compliqué;
- L'accès aux services de santé, aux services psychosociaux, aux services de garderie, aux services éducatifs et de loisirs;
- Le niveau d'adaptation des enfants (retour à la routine, sécurité, confort, protection parentale, etc.);
- Etc.

5. Impacts psychosociaux lors du rétablissement

En phase de rétablissement, on distingue trois niveaux d'impacts psychosociaux tous reliés entre eux.

5.1. Impacts sociaux :

- Pertes matérielles (logement, meubles, animaux, outils, équipements de loisirs, etc.);
- Pertes d'emploi;
- Difficultés de fonctionnement au travail;
- Problèmes de logement, démarches de relocalisation;
- Difficultés de recouvrement auprès des assureurs, de la municipalité et des gouvernements;
- Problèmes financiers, faillite;
- Perturbation des activités sociales, d'éducation, de loisirs, culturels, sportifs et spirituels qui entraînent un manque de source de divertissement, de valorisation sociale, de sentiment d'appartenance et d'identité sociale :
- Difficultés d'intégration sociale;
- Exacerbation des conflits sociaux;
- Problèmes de comportement chez les adolescents et les enfants;
- Perturbation des services sociocommunautaires;
- Modification permanente de l'environnement;
- Etc.

5.2. Impacts interpersonnels

- Isolement, marginalisation et stigmatisation;
- Problèmes de couple, séparation, divorce;
- Violence conjugale;
- Conflits familiaux et dislocations familiales;
- Violence (familiale, interpersonnelle, abus, etc.);
- Perte des voisins, de son réseau social;
- Perturbation des activités sociales;
- Conflits au travail;
- Etc.

5.3. Impacts psychologiques

- Trouble de l'adaptation;
- Deuil;
- Deuil compliqué;
- Épuisement;
- État de stress post-traumatique;
- Dépression;
- Dépression post-traumatique;
- Troubles anxieux;
- Somatisation;
- Abus de psychotropes;
- Etc.

6. Le processus de relance

Rappelons que la vaste majorité des personnes victimes de sinistre connaîtra, après une période de stress intense, un processus d'adaptation positif qui lui permettra de retrouver un certain *équilibre dynamique*. Elles pourront puiser dans leurs ressources personnelles et compter sur leurs proches pour les supporter. Rappelons également que les personnes sinistrées n'ont pas tendance à demander de l'aide, d'où la nécessité de demeurer proactif (Outreach) même en phase de rétablissement.

Seulement une petite proportion présentera des problèmes persistants d'adaptation qui nécessiteront la poursuite du soutien psychosocial. Afin de bien documenter les besoins et les interventions à mettre en place, les CSSS doivent assumer le leadership en ce qui concerne le processus de relance.

Le processus de relance psychosociale lors du rétablissement

Les objectifs :

- Évaluer les besoins psychosociaux de la communauté, des familles et des individus;
- Repérer les personnes ou les groupes qui ont encore besoin d'aide au plan psychosocial;
- Outiller les proches et les partenaires pour qu'ils soient en mesure de repérer les personnes qui pourraient présenter des problèmes d'adaptation;
- Informer les personnes sinistrées, les proches et les partenaires sur les services psychosociaux disponibles et les mécanismes d'accès.

Les principes :

- La relance doit s'inscrire dans un processus structuré et cohérent afin d'éviter d'inutile répétition auprès des personnes relancées;
- La relance permet d'évaluer la situation et les besoins, mais constitue du même coup une occasion privilégiée de faire de la psychoéducation sur les réactions normales, la gestion du stress, l'autosoin, le repérage par les proches, les services disponibles, etc.;
- Se rappeler que la relance peut occasionner un rappel de l'événement et une résurgence des réactions. Forcer une personne à parler de l'événement, de son vécu peut causer plus de préjudices que de bienfaits. L'intervenant doit utiliser le doigté et les habiletés nécessaires pour composer avec les réactions et surtout éviter de créer de la « retraumatisation »;

Le processus de relance psychosociale lors du rétablissement

Les principes (suite) :

- Éviter l'intrusion professionnelle. Les personnes relancées peuvent percevoir le processus de relance comme de l'intrusion, comme une autre conséquence du sinistre. Elles pourraient ainsi manifester de la résistance face à la démarche. Respecter la disposition des personnes sinistrées à parler à l'intervenant. Plusieurs personnes sinistrées n'ont pas besoin d'aide professionnelle ou ne veulent tout simplement pas parler de leur situation. Toujours se demander si la démarche de relance est accueillie positivement ou plutôt négativement par la personne afin d'ajuster son intervention en conséquence. Passer par les proches peut également constituer une façon efficace d'aider une personne dans le besoin;
- Évaluer les problèmes, mais également l'adaptation positive des individus, des familles et de la communauté. Toute manifestation de résilience se doit d'être supportée et encouragée;
- Accepter de recevoir l'expression des besoins autres que ceux qui concernent spécifiquement le volet psychosocial. Le fait d'aborder les personnes sinistrées à propos de leur situation leur donne l'occasion d'exprimer leurs besoins sur plusieurs plans. Elles pourraient profiter de l'occasion pour parler de leurs besoins prioritaires, présenter leurs récriminations face aux indemnités, à la lenteur ou à l'absence de services ou à propos des dédales administratifs, le tout pouvant parfois être marqué par de la colère et de la détresse;
- Discerner ce qui relève des réactions normales en pareille circonstance de ce qui apparaît comme des manifestations ou des indications de problèmes d'adaptation;
- Connaître et tenir compte des spécificités locales, des besoins, de la dynamique du milieu dans laquelle on tient nos activités de relance;
- Connaître et tenir compte des valeurs culturelles et spirituelles. Par exemple, certaines croyances religieuses peuvent concevoir le sinistre comme la volonté de Dieu et toute intervention pour en atténuer les conséquences irait à l'encontre de cette volonté divine;
- S'assurer que la relance est effectuée, dans la mesure du possible, par le même intervenant qui a déjà eu un contact avec la personne ou la famille sinistrée;
- S'assurer que l'intervenant assigné à une activité de relance est dans un équilibre personnel qui lui permet de bien évaluer la situation en toute objectivité. On comprend que l'intervenant épuisé ou imprégné par exemple par une dynamique de « stress de compassion » ou de « traumatisation vicariante » ne serait pas en mesure de bien saisir toutes les subtilités de la situation et d'apporter le niveau d'aide approprié;
- S'assurer que la démarche du processus de relance fait l'objet d'une supervision et d'une évaluation afin de s'assurer qu'elle a été réalisée selon les objectifs visés.

Les responsables de la relance :

La relance doit être une démarche initiée par le volet psychosocial du CSSS et être partagée avec les partenaires du milieu.

La personne à la coordination du volet psychosocial est la personne responsable de l'ensemble du processus de relance. En collaboration avec la fonction supervision, elle doit s'assurer que cette démarche est mise en place au moment opportun. Elle verra à ce que les intervenants procèdent à la relance de leurs clientèles respectives.

Concernant le processus d'évaluation macrosociale, il pourrait être indiqué de s'adjoindre le soutien d'organismes communautaires ou de psychologues communautaires.

Les intervenants psychosociaux sont quant à eux responsables de relancer les victimes du sinistre qu'ils ont rencontrées depuis le début de l'événement et les personnes qui n'ont pas reçu de services, mais pour qui l'évolution de leur situation fait en sorte qu'ils pourraient avoir besoin de soutien.

Deux situations se présenteront à l'intervenant :

1. La personne reçoit déjà des services de soutien psychosocial de la part du CSSS ou d'organisme du milieu. Il s'agit alors d'évaluer l'évolution de la situation afin de déterminer le maintien ou la fin du suivi.
2. La personne ne recevait pas de services de soutien psychosocial. Il s'agit alors d'évaluer les besoins afin de déterminer la nécessité d'un suivi ou d'une référence à des services du milieu.

Les clientèles ciblées par la relance :

- Les personnes exposées (primaire, secondaire et tertiaire);
- Les intervenants;
- Les familles;
- Les groupes de la communauté;
- La communauté;
- Les gestionnaires et les décideurs de la mission santé, des autres missions et de la municipalité;
- La population en général.

Les partenaires de la relance :

Rappelons à nouveau que ce sont les membres de la communauté qui sont le mieux placés pour identifier les impacts du sinistre et les besoins. Il y a donc lieu de les impliquer activement dans le processus de relance :

- Les intervenants des autres services psychosociaux du CSSS et du CLSC;
- Les membres des autres volets de la mission santé (infirmières, médecins, auxiliaires

familiales, ergothérapeute, physiothérapeute, etc.);

- Les partenaires des autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux : (CRDI, Centre jeunesse, services de réadaptation physique, services pour les personnes alcooliques et autres toxicomanes, centre de crise, Info-Santé, Info-Social, etc.);
- Les partenaires des autres missions;
- Les personnels de la sécurité civile responsables des programmes d'indemnisation (ORSC);
- Les leaders et les personnes significatives du milieu (maire, conseiller municipal, président d'association, leader naturel, etc.);
- Les services communautaires (organismes communautaires, groupes d'entraide, groupes de loisirs et sportifs, groupes religieux, les journaux locaux, etc.);
- Les services de garde et les écoles;
- Les autres membres de l'équipe du volet psychosocial;
- Les proches des personnes sinistrées.
-

Les moments de la relance :

- 4 semaines;
- 6 mois;
- 1 an.

Ces moments sont présentés à titre indicatif. Selon les caractéristiques du sinistre, on pourrait faire des relances à d'autres moments. Seul un processus d'évaluation actif et dynamique permettra de déterminer les moments les plus propices de tenir les activités de relance.

La prise de contact avec les personnes relancées :

1. Pour les clientèles connues : rencontres individuelles, familiales (on pourrait également procéder par voie téléphonique);
2. Pour les clientèles non connues :
 - Contacts par le porte-à-porte;
 - Contacts dans les endroits publics;
 - Avis psychosocial dans les journaux;
 - Contacts téléphoniques;
 - Message dans les médias et sur les sites Web.
3. Pour la relance de groupes, prévoir une rencontre de préparation avec les leaders du groupe concerné avant de rencontrer au besoin les membres de la base.

Le déroulement d'une activité de relance :

1. Bien s'identifier :

Bonjour, je m'appelle... je suis (votre titre)... du CSSS

2. Présenter le motif du contact :

Depuis maintenant x temps que le sinistre s'est produit, nous procédons présentement à une relance afin de connaître vos besoins. Si vous permettez, j'aimerais vous poser quelques questions sur votre situation afin de bien connaître vos besoins.

3. Informer sur le caractère confidentiel de la démarche et sur le respect de leur vécu :

Je tiens à vous préciser que cette démarche se tient sous le couvert de la confidentialité et que je ne pourrai en révéler la teneur sans votre consentement. De plus, vous pouvez en tout temps cesser de participer à la démarche si vous ne vous sentez pas bien.

4. S'informer sur la situation générale :

Comment ça va maintenant par rapport à ce que vous avez vécu au moment du sinistre? Si vous aviez à coter votre niveau de bien-être aujourd'hui sur une échelle de 1 à 10, quel niveau représenterait le mieux votre situation?

5. Information psychoéducative : afin d'appuyer vos propos, on peut remettre un feuillet sur le sujet.

Vous savez, à la suite d'un événement semblable, plusieurs personnes vivront des réactions dans plusieurs facettes de leur vie. Par exemple, il peut y avoir des réactions physiques et émotionnelles ainsi qu'une augmentation du stress occasionnée par les pertes, les démarches à réaliser, etc. On peut également remarquer des changements dans nos relations avec notre entourage, les enfants, le conjoint, la famille, les voisins, les collègues de travail, etc. Il est normal de vivre ce genre de situation...

6. Exploration spécifique des différentes facettes de l'évaluation :

On peut utiliser le Questionnaire d'évaluation des impacts psychosociaux du sinistre, présenté à l'annexe 1 (à déterminer) afin de colliger les réponses;

Selon la situation, il peut être également approprié d'utiliser l'IES-R (annexe 2), le MSP-9 (annexe 3) pour mieux documenter les dimensions du trauma et du stress psychologique.

7. Présenter une opinion sommaire de l'évaluation :

À partir des informations que vous avez accepté de partager avec moi, je remarque que votre situation est...

8. Identifier la difficulté prioritaire :

Nous avons exploré ensemble plusieurs facettes de votre situation, dont..., si vous aviez à identifier la situation qui représente le plus de difficulté pour vous, laquelle choisiriez-vous?

9. Offrir conseils et support face à la situation présentée :

Face à ce type de difficultés, comment pensez-vous que vous réussirez à passer au travers? À votre avis, quelles sont les solutions possibles? Comment votre entourage peut vous aider? Y a-t-il des services dans le milieu qui pourraient vous aider? Comment pensez-vous que je peux vous aider?

Après avoir exploré ces questions, on peut présenter des conseils sur les façons d'aborder ce

genre de problèmes, sur les services disponibles et les mécanismes d'accès.

10. Déterminer les orientations à donner, soit :

- Offrir la possibilité de bénéficier d'un suivi;
- Offrir la possibilité d'une référence à un service spécialisé ou vers un service communautaire;
- Ne pas offrir de suivi mais faire une relance ultérieurement;
- Ne pas offrir de suivi, ni de relance. Il y a donc lieu de souligner la bonne capacité d'adaptation et de renforcer la résilience. On mentionne alors qu'il est possible de contacter le CSSS si le besoin se faisait ressentir ultérieurement.

11. Conclusion de l'entretien.

Les groupes* et les situations qui méritent une attention particulière lors du processus de relance (Maltais et al. 2001) :

- Les enfants;
- Les personnes âgées fragilisées ou défavorisées;
- Les personnes qui ont subi des blessures;
- Les personnes qui ont subi des pertes ou des dommages matériels importants;
- Les personnes à faible revenu, sans emploi ou qui ont perdu leur emploi à la suite du sinistre;
- Les personnes fragilisées, notamment celles ayant des antécédents d'instabilité émotionnelle ou des problèmes psychiatriques;
- Les personnes défavorisées;
- Les familles nombreuses;
- Les femmes vivant dans des conditions de vie difficiles;
- Les personnes qui furent exposées directement à des scènes traumatiques;
- Les personnes qui ressentent de la culpabilité en raison d'avoir survécu;
- Les personnes appartenant à des groupes minoritaires;
- Les personnes qui éprouvent des problèmes de santé physique ou psychologique antérieurs au sinistre;
- Les personnes n'ayant jamais vécu d'expérience semblable;
- Les individus estimant ne pas avoir les ressources nécessaires pour composer avec les conséquences du sinistre;
- Les individus ayant perdu les ressources sur lesquelles elles auraient pu compter pour gérer les conséquences du sinistre;
- Les personnes vivant seules;
- Les personnes dont la vie et l'avenir sont limités par des contraintes et des obstacles liés au genre, à l'ethnicité, à l'absence de pouvoir politique ainsi que par différentes formes de domination ou d'oppression.

* Les groupes présentés ici ont été identifiés par de nombreuses recherches rapportées par Danielle Maltais (Maltais et al. 2001). Ainsi, nous reconnaissons qu'afin d'adapter les interventions aux caractéristiques des personnes à rejoindre, il est primordial de se soucier de la façon dont ces personnes font habituellement des demandes de services ainsi que de leur ouverture à les recevoir. Par exemple, il est documenté que les hommes ont plutôt tendance à nier leur souffrance et hésitent à accepter l'aide qui leur est offerte (Rapport Rondeau 2005). Par contre, les femmes seront plus enclines à accepter des services. Toutefois, en fonction de certains facteurs sociaux comme leur âge ou le contexte familial, elles peuvent être réticentes à accepter des services psychosociaux.

Les problèmes d'adaptation à surveiller (cf. module 5) :

1. Le trouble de l'adaptation;
2. L'état de stress aigu;
3. L'état de stress post-traumatique;
4. La dépression post-traumatique;
5. Le deuil compliqué.

7. Les interventions psychosociales à privilégier

L'identification des interventions à mettre en place dépendra principalement des résultats de la démarche d'évaluation des besoins effectuée pendant la phase de rétablissement. Nous présentons ici, à titre indicatif, des exemples d'interventions psychosociales à privilégier lors de la phase de rétablissement. Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive, mais de suggestions qui peuvent inspirer l'élaboration d'un programme d'intervention adapté aux besoins de cette phase.

Regardons tout d'abord certains principes de base à respecter dans l'élaboration du plan d'intervention psychosociale spécifique à la phase de rétablissement :

7.1. Principes de l'intervention psychosociale de rétablissement

- Maintenir le processus d'évaluation-planification actif afin de s'assurer que les interventions sont adaptées aux besoins et s'inscrivent dans un plan de rétablissement psychosocial structuré, et ce, en collaboration avec les partenaires de la sécurité civile;
- Garder toujours une démarche proactive;
- S'assurer que les interventions psychosociales ciblent tant les dimensions sociales, communautaires, familiales que personnelles;
- S'assurer que les services disponibles font l'objet d'une démarche de promotion afin de s'assurer que toutes les couches de la société en connaissent l'existence;
- S'assurer que les interventions favorisent l'autonomie (autosoins) et la dignité des personnes. Elles doivent reposer sur une approche globale, communautaire et préventive (*cf.* module 6);
- Impliquer les partenaires dans le repérage et dans l'intervention (enseignants, milieu de garde, groupes sociaux, leaders, ministres du culte, etc.);
- Rappeler que les réactions des sinistrés sont normales malgré les difficultés d'adaptation résiduelles. Éviter ainsi de donner un caractère pathologique aux problèmes;
- Garder actives les fonctions de coordination et de supervision.

7.2. Indicateurs permettant de déterminer les interventions à privilégier

- **Pertinence** : les objectifs et les actions privilégiés correspondent à des besoins répandus et touchent soit la communauté entière ou soit un groupe spécifique bien identifié.
- **Efficacité** : les actions identifiées sont simples, efficaces et facilement réalisables dans les conditions actuelles. Les résultats seront rapidement remarqués par les personnes concernées.
- **Efficienc**e : le rapport entre l'efficacité des actions et les coûts en termes de ressources financières, matérielles et humaines. Bref, ce qui est le plus efficace avec le moins de ressources possible.
- **Acceptabilité** : les actions prévues sont acceptables tant pour sa propre organisation que pour les personnes sinistrées, leurs proches, les partenaires, les personnes ciblées, les leaders du milieu que pour la population dans son ensemble.
- **Pérennité** : le résultat des actions prévues se maintiendra dans le temps.

7.3. Les services psychosociaux à mettre en place

Les interventions communautaires

En plus d'assurer à la population l'accès aux services dont elle a besoin, la restauration des services communautaires constitue un facteur déterminant dans le processus d'adaptation à un sinistre. En effet, plus la société retrouvera un fonctionnement relativement normal, mieux se fera le processus d'adaptation aux niveaux familial et individuel (Valent, 2003, Hutton, 2001).

L'intervention de type communautaire crée un environnement favorable à la mise en place de l'intervention psychosociale. L'intervention communautaire vise, dans la mesure du possible, la prise en charge par la communauté elle-même de ses propres besoins. Cela signifie que le réseau de la santé et des services sociaux, en tant qu'acteur majeur de la communauté, assume un rôle significatif dans la restauration des services communautaires, et ce, en étroite collaboration avec les partenaires du milieu. On comprendra que cette dimension de l'intervention psychosociale en contexte de sinistre doit reposer sur un engagement formel des instances décisionnelles du réseau de la santé et des services sociaux.

Les services d'organisation communautaire des CSSS, en étroite collaboration avec les intervenants psychosociaux, sont tout désignés pour mener ce genre d'intervention.

Nous identifions ici des interventions de types communautaires qui peuvent être réalisées lors du rétablissement.

1. **Comité des besoins psychosociaux** : créé avec les partenaires de la communauté, ce genre de comité permet de déterminer les besoins et les services à mettre en place. Il faut se rappeler que ce sont les gens de la communauté qui sont les mieux placés pour identifier les besoins.
2. **Repérage** : maintenir des contacts avec les milieux de vie et les groupes de la communauté afin de repérer (Outreach) les groupes, les familles et les personnes qui demeurent les plus vulnérables : quartiers, places publiques, milieux scolaires, lieux de travail, milieux de vie, lieux publics, etc.;
3. **Restauration des services communautaires** : contribuer à la restauration ou à la mise sur pied des services communautaires : services de santé, services psychosociaux, groupes communautaires, dépannage, aide à domicile, répit, transport adapté, services de garde, services d'économie sociale, etc.
4. **Éducation populaire et plan de communication** : activités qui permettent de sensibiliser tous les niveaux de la société quant aux questions psychosociales. Abordé sous un angle psychoéducatif, ce genre d'activités permet, entre autres, de refaire des appels à la solidarité et à l'entraide afin de prévenir les phénomènes de stigmatisation et de marginalisation et de maintenir l'intérêt de la population, des médias et des autorités à l'égard du vécu et des besoins des victimes. Pour ce faire, prévoir des rencontres avec les décideurs, tenir des séances d'information, produire des articles dans les journaux, des dépliants, des avis psychosociaux, des affiches, des conférences, des lignes ouvertes, etc. Utiliser les nouvelles technologies de l'information comme les sites WEB.

Les interventions communautaires

5. **Restauration des activités récréatives** : contribuer à la restauration des activités culturelles, de loisirs et de sports, en tant que mécanisme de régulation, de reconnaissance et de valorisation sociale.
6. **La défense de droit** : supporter au besoin la mise en place d'un groupe de défense des intérêts des personnes sinistrées ou des groupes d'entraide.
7. **Collecte de fonds** : supporter au besoin la mise en place de collectes de fonds pour combler les besoins financiers non couverts par les assurances, les programmes d'aide financière de la sécurité civile ou le soutien financier de dernier recours. On peut s'associer à la Croix-Rouge, qui possède une expertise dans le domaine.
8. **Reconstruction** : dans le processus de reconstruction et de relance économique, s'assurer que les intérêts des personnes sinistrées sont pris en compte. (Ex. : démolition ou remplacement d'infrastructures, construction de logements, etc.).
9. **Commémoration** : contribuer au processus d'évocation lors des anniversaires de l'événement. Il s'agit de moments pour se remémorer les pertes, mais également d'occasions privilégiées pour souligner les aspects positifs du processus d'adaptation.

Les interventions individuelles et familiales

On doit se référer à *La fonction intervention* (module 6, section 7.3) où nous avons identifié une série de besoins psychosociaux relativement à la comorbidité psychosociale d'un sinistre ainsi que les interventions types à mettre en place.

Il s'agit ici, soit d'adapter les interventions psychosociales amorcées lors de la phase transitoire ou encore de mettre sur pied de nouveaux services en fonction des besoins des familles et des individus spécifiquement à la phase de rétablissement.

Ce type d'intervention peut prendre l'une ou l'autre des formes suivantes :

1. Suivi individuel;
2. Suivi familial;
3. Suivi de groupe;
4. Intervention ponctuelle;
5. Groupe d'entraide;
6. Intervention téléphonique d'écoute ou de crise;
7. Services spécialisés de réadaptation physique¹;
8. Services de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie²;
9. Services spécialisés de traitement psychologique³;

Les interventions individuelles et familiales

1. Les services de réadaptation physique sont des services spécialisés qui relèvent de la responsabilité des centres de réadaptation physique présents dans toutes les régions du Québec. On y retrouve notamment des services psychosociaux spécialisés en réadaptation physique. Le CSSS doit s'entendre avec ces services sur les mécanismes de référence et de suivi dans le cadre de plans de services individualisés (PSI).
2. Les services de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie sont des services spécialisés qui relèvent soit des centres de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie du secteur public ou de services privés ou communautaires présents dans toutes les régions du Québec. Le CSSS doit s'entendre avec ces services sur les mécanismes de référence et de suivi dans le cadre de PSI.
3. Il s'agit de permettre aux personnes aux prises avec des problèmes d'adaptation psychologique de recevoir des services adaptés à leurs besoins. Il est en outre question de troubles dans le registre anxieux (trouble d'anxiété généralisé, état de stress post-traumatique, etc.) ou dépressif (épuisement, dépression, deuil, deuil compliqué, etc.). Ce sont les services psychologiques, psychiatriques et médicaux qui sont tout indiqués pour mener ce type d'intervention.

8. Conclusion

Nous avons vu dans ce module le défi que représente la phase de rétablissement pour le volet psychosocial en sécurité civile. Alors que les autres partenaires de la mission santé et des autres missions de la sécurité civile sont pour la plupart démobilisés, les gestionnaires et les intervenants psychosociaux doivent demeurer actifs pour offrir les services adaptés à cette phase.

L'expérience démontre qu'il s'agit de la phase qui représente le plus de difficultés en ce qui regarde le maintien de la mobilisation des effectifs psychosociaux.

Bibliographie

BRILLON, P., *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique, Guide à l'intention des thérapeutes*, éd. Québecor, 2004.

BRUNET, A., ST-HILAIRE, A., JEHEL, L., ET KING, S., *Validation of a french version of the impact of event scale-revised*, Canadian journal of psychiatry, vol. 48, no. 1, February 2003

CHENEVERT, R., AUDET, D., ET PROULX, B., *La prise en charge en première ligne du trouble de stress post-traumatique*, dans Trouble de stress post-traumatique, un problème sous-évalué et sous-traité, Association trouble anxieux du Québec, 2000.

DE SOIR, ERIK, 2002, L'aide psychosociale dans les catastrophes, partie 9: modèles opérationnels : le modèle crash de l'intervention psychosociale dans le contexte de calamités et de catastrophes.

DENIS, HÉLÈNE, 2002, *La réponse aux catastrophes, quand l'impossible survient*. Presse internationale Polytechnique.

DUBOIS, MATHIEU, mémoire de maîtrise en psychologie, présenté à l'université du Québec à Chicoutimi, 2004.

EHRENREICH, JOHN H., coping with disasters a guide book to psychosocial intervention 2001, *Center for Psychology and Society, State University of New York*.

FERNANDEZ, L., AULAGNIER M., BONNET, A., GUINARD, A. PEDINIELLI, J.L., PRÉAU, M. (2005). Modules VI. Outils psychométriques. In P. Verger, M. Aulagnier, V. Schwoebel, T. Lang (Eds.), *Démarches épidémiologiques après une catastrophe* (pp. 201-204). Paris : La Documentation française.

GALEA, SANDRO, 2007, *The long-term health consequences of disasters and mass traumas*, Canadian medical association journal, avril 2007.

GALEA, SANDRO, University of Michigan (2006, June 8). More Than One-third Of Disaster Victims May Suffer From Stress Disorder. *ScienceDaily*. Retrieved July 16, 2008, from <http://www.sciencedaily.com/releases/2006/06/060608131958.htm>

HUTTON, DAVID, *Psychosocial aspects of disaster recovery: Integrating communities into disaster planning and policy making*. Institute for catastrophic loss reduction, 2001.

LALANDE, GILLES, MALTAIS, DANIELLE ET ROBICHAUD, SUZIE, « Les sinistrés des inondations de 1996 au Saguenay : problèmes vécus et séquelles psychologiques » Santé mentale au Québec, vol. 25, n° 1, 2000, p. 95-115.

LEMIRE, L., TESSIER, R., *La mesure de stress psychologique en recherche de première ligne Concept, modèle et mesure*, dans Le Médecin de famille canadien, vol 49, septembre 2003

LEMIRE, L., TESSIER, R., FILLION, I., *La mesure du stress psychologique : manuel d'utilisation*, Québec, Béhavoria, 1990.

MALENFANT, Pierre-Paul, Coordination ministérielle en sécurité civile, MSSS, L'intervention

sociosanitaire en contexte de sécurité civile, Guide de formation, module 5, *Le processus d'adaptation*. Document de travail, 28 octobre 2008.

MALENFANT, Pierre-Paul, Coordination ministérielle en sécurité civile, MSSS, L'intervention sociosanitaire en contexte de sécurité civile, Guide de formation, module 6, *La fonction intervention*. Document de travail, 29 octobre 2008.

MALTAIS, DANIELLE, 2005, *L'intervention sociale en cas de catastrophe*, Presse de l'Université du Québec.

MALTAIS, DANIELLE, LACHANCE, LISE, BRASSARD, AUDREY, DUBOIS, MATHIEU, *Soutien social et santé psychologique de victimes d'inondations*, Sciences Sociales et Santé, Vol. 23, n° 2, juin 2005.

MALTAIS, DANIELLE, ROBICHAUD, SUZIE, SIMARD, ANNE. *Désastres et sinistrés*, Édition JCL, 2001.

MARTEL, CLAUDE, *Les grands dérangements et la perspective du soutien aux sentiments humains*, dans *L'intervention psychosociale en cas de catastrophe*, Presse de l'Université du Québec, 2005.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Rapport du comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes* (Rapport Rondeau), 2004.

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE, 2007, *Approche et principes en sécurité civile*. Document de consultation, p. 33.

MYERS, DIANE, WEE, DAVID, Disaster Mental Health Services, *A Primer for Practitioners*, Routledge ed. 2004.

ROBICHAUD, SUZIE, DANIELLE MALTAIS, GILLES LALANDE, ANNE SIMARD ET GUY MOFFAT, *Les inondations de juillet 1996 : une série d'événements stressants*

SAMHSA, Substance abuse and mental health services administration, <http://mentalhealth.samhsa.gov/samhsadr/presentation3.htm>, 13 février 2009

SANTÉ CANADA, 1994, *Services personnels. Planification psychosociale en cas de sinistre*.

SERNICLAES, OLIVIER, *Approche des processus d'évaluation des actions de support psychosocial des victimes de catastrophe*, Journal international de victimologie, JIVD-08.

SERVICE SOCIAL, vol. 48, n° 1, 2001, p. 16-33.

Services psychosociaux communautaires dans le domaine de l'aide humanitaire, Guide du facilitateur, Version 2, mai 2007.

www.svenskakyrkan.se/pdf-filer/guide_fran%C3%A7ais_2005.pdf.

VALENT, PAUL, 2003, *Psychological services in the disaster context, guidelines for psychological services practice*, Emergency management australia.

VALLA, J-P., BERGERON, L., SMOLLA, N., DOMINIQUE-R, *le Dominique interactif*, <http://www.dominicinteractive.com/page1FB.html>

Annexe 1 :

Questionnaire d'évaluation des impacts psychosociaux chez une personne sinistrée

Identification					
Nom :		Prénom :		Date de naissance :	
Sexe :		RAMQ:		N° de dossier :	
Adresse :		Téléphone : Rés. : _____			
		Travail : _____			
		Courriel : _____			
Situation de vie		<input type="checkbox"/> Couple		<input type="checkbox"/> Monoparentale	
				<input type="checkbox"/> Seul	
Enfants à charge :		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Âge : _____		Âges : _____	Âges : _____	Âges : _____	Âges : _____
Autres personnes à charge :					
Impacts du sinistre					
Mortalité		Avez-vous perdu une personne qui vous était chère? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui			
Risques de décès à venir		<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, précisez _____		
Atrocité entourant la mort		<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, précisez _____		
Processus d'identification de corps		<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, précisez _____		
Disparition de corps		<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, précisez _____		
Atteintes à la santé					
Avez-vous été blessé ou êtes-vous tombé malade à cause du sinistre?					
<input type="checkbox"/> Non					
<input type="checkbox"/> Oui, précisez _____					
Avez-vous reçu des soins médicaux au moment de l'événement?					
<input type="checkbox"/> Non					
<input type="checkbox"/> Oui Pour quel problème avez-vous reçu des soins médicaux? _____					
Avez-vous été hospitalisé? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui					
Avez-vous été en congé de maladie? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui					
Comment estimeriez-vous votre état de santé présentement?					
<input type="checkbox"/> Stable <input type="checkbox"/> S'améliore <input type="checkbox"/> Se détériore					
Type d'incapacité : <input type="checkbox"/> Physique <input type="checkbox"/> Psychique <input type="checkbox"/> Cognitif					
Problèmes de réadaptation. Précisez : _____					
Établissements qui offrent les services de réadaptation : _____					
Nom de l'intervenant : _____					
Un de vos proches a-t'il été blessé ou tombé malade lors du sinistre?					
<input type="checkbox"/> Non					
<input type="checkbox"/> Oui, précisez _____					
Y-a-t'il des personnes de votre entourage qui ont disparu lors de l'événement?					
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, précisez _____					
Médicaments					
Avez-vous éprouvé des difficultés concernant l'approvisionnement en médicaments?					
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, précisez _____					

Besoin de base**Alimentation :**

Avez-vous éprouvé des difficultés à vous procurer des aliments?

Non Oui, précisez _____

Avez-vous encore de la difficulté à vous procurer des aliments?

Non Oui, précisez _____

Logement :

Au cours de l'événement votre maison (ou logement) a-t-il été endommagé? Non Oui

Niveau de dommage : Léger Moyen Perte totale

Avez-vous été évacué? Non Oui

Combien de temps a duré l'évacuation? _____

Où avez-vous été relocalisé? _____

Particularités de la relocalisation : _____

Avez-vous été relogé en permanence? Non Oui

À quel endroit? _____

Particularités du relogement : _____

Considérez-vous que votre nouveau logement est :

Mieux qu'avant

Équivalent

Moins bien qu'avant

Vêtements :

Avez-vous perdu des vêtements? Non Oui

Avez-vous éprouvé des difficultés à vous procurer des vêtements? Non Oui

Atteintes psychologiques

Sur le plan traumatique, avez-vous été témoin ou confronté directement à un événement où des individus ont pu mourir ou être gravement blessés?

Non Oui

Avez-vous ressenti une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur?

Non Oui

Si la personne a répondu oui à ces deux questions, il faut compléter le IES-R afin de documenter davantage le niveau de stress post-traumatique.

Sur le plan du deuil, avez-vous subi la perte d'un être cher ou de biens matériels pour laquelle vous éprouvez de la difficulté à vous adapter?

Non Oui, précisez _____

À la suite de l'événement, avez-vous ressenti du stress qui s'est manifesté de la façon suivante?

Insomnie Manque d'appétit Irritabilité et colère Tristesse incontrôlée Déprime

Anxiété Fatigue Symptômes physiques Difficulté de concentration et d'attention

Augmentation de la consommation d'alcool, de drogues ou de médicaments

Autres : _____

Avez-vous été mis en congé de maladie suite à des problèmes d'ordre psychologique causés par le sinistre?

Non Oui, pendant combien de temps? _____

En plus de l'événement en cause ici, avez-vous vécu d'autres événements importants au cours des cinq dernières années?

Non

Oui, précisez : _____

Exemples : deuil, divorce, autres événements traumatisants, pertes d'emploi, faillite, etc.

Atteintes sociales, interpersonnelles et familiales

Veillez estimer l'évolution de vos relations avec votre entourage depuis l'événement.

	Moins	Stable	Mieux	Commentaires
Au niveau parental				
Comportement des enfants				
Relations familiales				
Relations conjugales				
Relations amicales				
Relations au travail				
Relations sociales (stigmatisation, indifférence, etc.)				

Devez-vous soutenir une personne de votre entourage qui a été affectée par l'événement?

Non

Oui Au près d'une personne qui a subi des blessures physiques

Au près d'une personne qui a des difficultés d'adaptation psychologique

Précisez : _____

Votre famille a-t-elle pu reprendre ses activités sociales, sportives et culturelles?

Oui

Non, précisez _____

Niveau de soutien :

Avez-vous reçu du soutien de la part de votre famille, des amis et de votre entourage?

	Très aidant	Aidant	Peu aidant	Commentaires
Soutien familial				
Soutien des amis				
Soutien de la communauté				

Pertes financières et matérielles

Pendant et après l'événement quelles sont les pertes que vous avez subies au niveau :

Type de perte	Commentaires
Électricité	
Eau	
Téléphone	
Meubles et accessoires	
Outils	
Travail	
Autres sources de revenus	
Automobile	
Animaux	
Chalet, roulotte, etc.	
Articles divers, jouets,	

équipements, motocyclette,
œuvres d'art, souvenirs, etc.

Pertes financières et matérielles (suite)

Avez-vous reçu une compensation financière pour les pertes encourues?

- De la part des assurances De la part de la sécurité du revenu
 De la part du programme d'indemnisation de la sécurité civile

Vous estimez-vous satisfait de cette compensation?

- Non Oui En partie seulement

Commentaires : _____

Estimation du niveau de fonctionnement

Dans les jours qui ont suivi l'événement, sur une échelle de 1 à 10, à quel niveau estimeriez-vous votre fonctionnement dans les différentes facettes de votre vie? ____

Aujourd'hui, sur une échelle de 1 à 10, à quel niveau estimez-vous votre fonctionnement dans les différentes facettes de votre vie? ____

Nom de l'intervenant

Date

ANNEXE 2 : ÉCHELLE RÉVISÉE D'IMPACT DE L'ÉVÉNEMENT (IES-R)

L'échelle révisée d'impact de l'événement

L'IES-R a été intégré à cet ouvrage avec l'aimable autorisation du Dr Alain Brunet, Ph.D. traducteur officiel de la version française, centre de recherche de l'hôpital Douglas (Brunet et al. 2003).

La version française de l'IES-R comprend 22 énoncés post-traumatiques divisés en trois sous-échelles : symptômes de reviviscences (8 énoncés), symptômes d'évitement (8 énoncés) et symptômes d'hyperactivation (6 énoncés). La victime évalue la fréquence de chaque symptôme sur une échelle de 5 degrés, de 0 (« pas du tout ») à 4 (« extrêmement ») (choix des scores : 0, 1, 2, 3, 4).

Cotation

La cotation s'effectue en additionnant les réponses aux 8 énoncés de reviviscences (énoncés 1, 2, 3, 6, 9, 14, 16, 20), d'évitement (énoncés 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22) et d'hyperactivation (énoncés 4, 10, 15, 18, 19, 21).

Après avoir rempli le questionnaire, additionnez tous les scores. Le score total va de 0 à 88. Vous pouvez comparer les scores selon cette grille de comparaison : 0-39 = symptômes légers; 40-55 = symptômes modérés; 56 et plus = symptômes sévères. (Brillon, 2004).

ÉCHELLE RÉVISÉE D'IMPACT DE L'ÉVÉNEMENT (IES-R)

Voici une liste de difficultés que les gens éprouvent parfois à la suite d'un événement stressant. Veuillez lire chaque énoncé et indiquer à quel point vous avez été bouleversé(e) par chacune de ces difficultés *au cours des 7 derniers jours* en ce qui concerne _____ . Dans quelle mesure avez-vous été affecté(e) ou bouleversé(e) par ces difficultés?

Au cours des 7 derniers jours	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Passablement	Extrêmement
1. Tout rappel de l'événement ravivait mes sentiments face à l'événement.	0	1	2	3	4
2. Je me réveillais la nuit.	0	1	2	3	4
3. Différentes choses m'y faisaient penser.	0	1	2	3	4
4. Je me sentais irritable et en colère.	0	1	2	3	4
5. Quand j'y repensais ou qu'on me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser.	0	1	2	3	4
6. Sans le vouloir, j'y repensais.	0	1	2	3	4
7. J'ai eu l'impression que l'événement n'était jamais arrivé ou n'était pas réel.	0	1	2	3	4
8. Je me suis tenu(e) loin de ce qui m'y faisait penser.	0	1	2	3	4
9. Des images de l'événement surgissaient dans ma tête.	0	1	2	3	4
10. J'étais nerveux (nerveuse) et je sursautais facilement.	0	1	2	3	4
11. J'essayais de ne pas y penser.	0	1	2	3	4
12. J'étais conscient(e) d'avoir encore beaucoup d'émotions à propos de l'événement, mais je n'y ai pas fait face.	0	1	2	3	4
13. Mes sentiments à propos de l'événement étaient comme figés.	0	1	2	3	4
14. Je me sentais et je réagissais comme si j'étais encore dans l'événement.	0	1	2	3	4
15. J'avais du mal à m'endormir.	0	1	2	3	4
16. J'ai ressenti des vagues de sentiments intenses à propos de l'événement.	0	1	2	3	4
17. J'ai essayé de l'effacer de ma mémoire.	0	1	2	3	4

Au cours des 7 derniers jours	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Passablement	Extrêmement
18. J'avais du mal à me concentrer.	0	1	2	3	4
19. J'ai rêvé à l'événement.	0	1	2	3	4
20. J'étais aux aguets et sur mes gardes.	0	1	2	3	4
21. J'ai essayé de ne pas en parler.	0	1	2	3	4

Traduction française et adaptation : Alain Brunet et al., 2003.

ANNEXE 3 : MESURE DE STRESS PSYCHOLOGIQUE

Le MSP-9 (Lemire et Tessier, 2003) est un outil simple et validé qui permet de mesurer le niveau de stress. On retrouvera à la page suivante le test que l'on peut faire compléter par la clientèle.

Pour la compilation des résultats, pour les énoncés 1 et 6 où il faut inverser les scores (9 - score). On additionne les scores pour chacun des énoncés.

Résultats :

Moins de 20 : Vous ressentez le stress moins que la moyenne de la population. Actuellement, vous semblez donc en mesure de faire face de manière adéquate aux défis de la vie.

Entre 21 et 30 : Vous ressentez le stress autant que la moyenne des gens. Vous semblez donc en mesure de faire face de manière adéquate aux défis de la vie, mais vous ressentez quand même un peu de pression.

Entre 31 et 50 : Vous ressentez le stress plus que la moyenne des gens. En fait, vos réponses indiquent que vous ressentez plus de stress que les deux tiers des gens.

Plus que 51 : Vos réponses indiquent que vous ressentez le stress de manière extrême et que celui-ci vous affecte émotionnellement et physiquement.

La Mesure du stress psychologique MSP-9								
Cochez le chiffre qui indique le mieux le degré auquel chaque affirmation s'est appliquée à vous récemment, c'est-à-dire dans les 4 à 5 derniers jours.								
	PAS DU TOUT	PAS VRAIMENT	TRÈS PEU	UN PEU	QUELQUE PEU	PAS MAL	BEAU- COUP	ÉNORMÉ- MENT
	1	2	3	4	5	6	7	8
Je suis détendu(e) (score inversé : 9-score)								
Je me sens débordé(e); j'ai l'impression de manquer de temps								
J'ai des douleurs physiques : maux de dos, maux de tête, mal à la nuque, maux de ventre								
Je me sens préoccupé(e), tourmenté(e) ou anxieux (anxieuse)								
Je ne sais plus où j'en suis, je n'ai pas les idées claires, je manque d'attention et de concentration								
Je me sens plein(e) d'énergie, en forme (score inversé : 9-score)								
Je sens peser un grand poids sur mes épaules								
Je contrôle mal mes réactions, mes émotions, mes humeurs, mes gestes								
Je suis stressé(e).								
@MSP - Lemire et Tessier, 1988, 2003.								

La Mesure du stress psychologique MSP-9

Cochez le chiffre qui indique le mieux le degré auquel chaque affirmation s'est appliquée à vous récemment, c'est-à-dire dans les 4 à 5 derniers jours.

	PAS DU TOUT	PAS VRAIMENT	TRÈS PEU	UN PEU	QUELQUE PEU	PAS MAL	BEAU- COUP	ÉNORMÉ- MENT
	1	2	3	4	5	6	7	8
Je suis détendu(e)								
Je me sens débordé(e); j'ai l'impression de manquer de temps								
J'ai des douleurs physiques : maux de dos, maux de tête, mal à la nuque, maux de ventre								
Je me sens préoccupé(e), tourmenté(e) ou anxieux (anxieuse)								
Je ne sais plus où j'en suis, je n'ai pas les idées claires, je manque d'attention et de concentration								
Je me sens plein(e) d'énergie, en forme								
Je sens peser un grand poids sur mes épaules								
Je contrôle mal mes réactions, mes émotions, mes humeurs, mes gestes								
Je suis stressé(e).								

@MSP - Lemyre et Tessier, 1988, 2003.

Le test est également disponible en version électronique au:

www.passeportsante.net/fr/VivreEnSante/Tests/Test_MSP9_Index.aspx

On y retrouvera les interprétations et des conseils d'usage sur la façon de gérer son stress.